

# Asuransi Disabilitas Pendapatan & Jaminan Kecelakaan Kerja



Edisi Januari 2025

© 2025 PAMJAKI

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Diterbitkan tahun 2025

Dicetak di Indonesia

## KATA PENDAHULUAN

---

Buku ini diterbitkan oleh Perkumpulan Ahli Manajemen Asuransi dan Jaminan Kesehatan (PAMJAKI).

PAMJAKI adalah asosiasi profesi yang anggotanya berasal dari berbagai pemangku kepentingan seperti kalangan industri asuransi jiwa, asuransi umum, pialang asuransi, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, lembaga pemerintah dan pendidikan serta pelatihan.

Tujuan kami adalah untuk:

- Meningkatkan dan mengembangkan mutu profesionalisme para pelaku jaminan dan asuransi kesehatan.
- Meningkatkan pemahaman dan kesadaran akan jaminan dan asuransi kesehatan masyarakat Indonesia.
- Mempromosikan dan mengembangkan penerapan jaminan dan asuransi kesehatan di Indonesia yang profesional.
- Mengupayakan peningkatan peran industri jaminan dan asuransi kesehatan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Program Pendidikan dan Pelatihan serta Sertifikasi Profesi PAMJAKI bertujuan untuk menjadi pemimpin dalam menyediakan materi dan layanan pendidikan dan pelatihan bermutu tinggi bagi industri asuransi kesehatan dan bidang perawatan kesehatan.

Untuk mencapai misi ini, program ini berupaya untuk memenuhi tujuan berikut:

- menyediakan alat bagi anggota untuk digunakan dalam meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kepada publik;
- menyediakan sarana pengembangan karier bagi karyawan dan profesional industri perawatan kesehatan lainnya; dan
- meningkatkan pemahaman umum tentang peran dan kontribusi industri asuransi kesehatan dalam pembiayaan, administrasi, dan penyediaan layanan perawatan kesehatan.

Program Pendidikan dan Pelatihan serta Sertifikasi Profesi PAMJAKI menyediakan layanan berikut:

- kursus studi komprehensif tentang dasar-dasar asuransi kesehatan, asuransi biaya medis, asuransi kesehatan suplemen, asuransi perawatan jangka panjang, asuransi disabilitas pendapatan, managed care, kecurangan perawatan kesehatan, asuransi biaya medis, program-program SJSN, dan layanan pelanggan di lingkungan asuransi dan perawatan kesehatan;
- pencapaian pendidikan melalui ujian untuk semua kursus dan sertifikasi profesi; dan
- pengembangan materi pendidikan, instruksional, pelatihan, dan informasi yang terkait dengan industri asuransi kesehatan dan perawatan kesehatan.

#### **PAMJAKI**

Rasuna Office

Jakarta Selatan 12960

[www.pamjaki.org](http://www.pamjaki.org)

Email:[sekretariat@pamjaki.org](mailto:sekretariat@pamjaki.org)

## KATA PENGANTAR

---

Kita semua menyadari bahwa kehidupan penuh dengan ketidakpastian. Kehilangan orang yang dicintai, penyakit serius, atau bencana alam dapat mengguncang fondasi finansial keluarga. Namun, dengan memiliki perlindungan asuransi, kita dapat mengurangi dampak negatif dari peristiwa-peristiwa tersebut. Asuransi memberikan jaring pengaman yang melindungi aset kita, menjamin kelangsungan hidup keluarga, dan memberikan ketenangan pikiran di tengah ketidakpastian.

Selain risiko kematian, risiko cacat merupakan ancaman serius terhadap stabilitas finansial keluarga. Kehilangan pendapatan akibat cacat dapat mengakibatkan kesulitan ekonomi yang berkepanjangan, terutama jika diiringi oleh biaya medis yang tinggi. Oleh karena itu, perlindungan asuransi terhadap risiko cacat menjadi semakin penting untuk menjaga kesejahteraan keluarga.

Risiko cacat merupakan ancaman serius bagi stabilitas finansial keluarga. Buku ini, *Asuransi Disabilitas Pendapatan dan Jaminan Kecelakaan Kerja*, hadir sebagai panduan lengkap untuk memahami dan mengelola risiko ini. Pembaca akan mempelajari berbagai jenis asuransi disabilitas, termasuk program pemerintah dan pemberi kerja, serta perkembangan terkini dalam industri. Dengan pengetahuan ini, pembaca dapat membuat keputusan yang tepat untuk melindungi pendapatan pembaca dan memastikan masa depan finansial keluarga.

Buku ini tidak hanya bermanfaat bagi para profesional asuransi dan kesehatan yang ingin memperkaya pengetahuan mereka, tetapi juga bagi individu yang ingin memahami pentingnya perlindungan asuransi disabilitas. Materi dalam buku ini selaras dengan kurikulum kursus PAMJAKI, sehingga dapat menjadi referensi bagi mereka yang ingin mendalami bidang asuransi kesehatan dan meraih kualifikasi sebagai ahli asuransi.

Dengan gaya penulisan yang sederhana dan penggunaan contoh-contoh yang relevan, buku ini memudahkan Anda untuk mempelajari konsep-konsep asuransi disabilitas pendapatan. Fitur-fitur seperti istilah penting yang ditandai, contoh kasus yang ada, akan membantu pembaca memahami materi dengan lebih mendalam. Namun, mengingat dinamika industri asuransi, kami sarankan pembaca untuk selalu memperbarui pengetahuan dengan mengunjungi situs web PAMJAKI.

Sebagian besar naskah buku ini disarikan dari buku-buku pengantar tentang asuransi disabilitas pendapatan di bawah ini, dan dilengkapi dari pengetahuan dan pengalaman anggota Tim Penyusun Naskah, serta sumber-sumber resmi lainnya.

1. Charles E. Soule, Disability Income Insurance: The Unique Risk, 4<sup>th</sup> ed, 1998
2. AHIP, Disability Income Insurance: A Primer, 2002

### **Tim Penyusun Naskah**

#### **Desember 2024**

1. Heru Susmono, Ir, AAIJ, AAK, CHIP (koordinator, editor)
2. Ali Ghufron Mukti, Prof, Dr, dr, MSc, Ph.D, AAK (reviewer)
3. Mas'ud Muhammad, dr, MM, AAK, CHIA (anggota)
4. Sumiarsih Pujilaksani, dr, MKM, AAK (anggota)
5. Retno Luckyatiningsih, drg, MARS, AAK (anggota)

**Asuransi Disabilitas Pendapatan dan Jaminan Kecelakaan Kerja:**

Buku panduan ini disusun sebagai sumber belajar bagi para profesional yang ingin mengembangkan kompetensinya di bidang-bidang terkait. Isi buku ini merupakan opini pribadi penulis dan tidak mencerminkan kebijakan resmi PAMJAKI. Pembaca disarankan untuk berkonsultasi dengan ahli hukum atau keuangan terkait penerapan materi dalam buku ini.

Halaman ini sengaja dikosongkan

# DAFTAR ISI

---

Kata Pendahuluan .....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	vii
Bab 1 – Gambaran Umum.....	1
Pendahuluan .....	2
Risiko Disabilitas.....	3
Kebutuhan Akan Asuransi Disabilitas Perorangan.....	6
Sumber Asuransi disabilitas Pendapatan.....	11
Perbandingan dengan Cakupan Asuransi Lainnya.....	15
Latar Belakang.....	18
Kecenderungan ke Depan .....	20
Ringkasan .....	22
Bab 2 – Ketentuan Kontrak .....	25
Pendahuluan .....	26
Provisi Dasar.....	26
Provisi Penting Lainnya .....	44
Ringkasan .....	74
Bab 3 – Pemasaran dan Penjualan.....	75
Pendahuluan .....	76
Pasar Asuransi.....	77
Pemasaran dari Masa ke Masa .....	80
Siklus Produk Asuransi .....	82
Distribusi Produk Asuransi .....	83
Kompensasi Agen Penjualan.....	88

Kompetensi Tenaga Penjual.....	94
Peran Field Underwriter .....	98
Penjualan Produk Asuransi .....	99
Ringkasan .....	101
Bab 4 – Underwriting .....	103
Pendahuluan .....	104
Aplikasi Permohonan .....	104
Underwriting Medis .....	111
Underwriting Keuangan .....	112
Keputusan Underwriter .....	123
Ringkasan .....	125
Bab 5 – Administrasi Klaim .....	127
Pendahuluan .....	127
Proses Administrasi Klaim .....	128
Kecurangan Klaim .....	137
Ringkasan .....	146
Bab 6 – Program Pemerintah.....	147
Pendahuluan .....	148
Jaminan Sosial .....	148
Program Pemerintah di Amerika Serikat .....	152
Program Pemerintah di Indonesia .....	160
Ringkasan .....	166
Bab 7 – Jaminan Kecelakaan Kerja.....	169
Pendahuluan .....	170
Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja.....	171
JKK, SJSN dan Asuransi Disabilitas Pendapatan .....	191
Mekanisme Penyelenggaraan Program JKK .....	198

Ringkasan .....	209
Bab 8 – Asuransi Kumpulan .....	211
Pendahuluan .....	211
Cuti Sakit dan Program Disabilitas Jangka Pendek .....	212
Program Disabilitas Jangka Panjang .....	218
Administrasi Klaim .....	223
Program Tempat Kerja .....	227
Ringkasan .....	229
Bab 9 – Asuransi Disabilitas Usaha .....	231
Pendahuluan .....	231
Business Overhead Expenses Insurance .....	232
Key Person Disability Insurance .....	236
Buyout Disability Insurance .....	239
Ringkasan .....	243

Halaman ini sengaja dikosongkan

# BAB 1

## GAMBARAN UMUM

Pendahuluan .....	2
Pengertian.....	2
Risiko Disabilitas Jangka Panjang versus Kematian Dini .....	3
Risiko Disabilitas.....	3
Kebutuhan Akan Asuransi Disabilitas Perorangan.....	6
Memahami Kebutuhan .....	6
Mengukur Kebutuhan .....	7
Sumber Asuransi disabilitas Pendapatan.....	11
Program Pemerintah.....	11
Asuransi Kumpulan .....	13
Asuransi Perorangan .....	13
Perbandingan dengan Cakupan Asuransi Lainnya .....	15
Perbandingan dengan Asuransi Biaya Medis.....	16
Perbandingan dengan Asuransi Jiwa .....	17
Perbandingan dengan Asuransi Perawatan Jangka Panjang .....	17
Latar Belakang.....	18
Asuransi Disabilitas di Amerika Serikat.....	18
Asuransi Disabilitas di Indonesia.....	19
Investigasi Armstrong .....	19
Kecenderungan ke Depan .....	20
Ringkasan .....	22

## PENDAHULUAN

---

Istilah Asuransi Disabilitas Pendapatan diterjemahkan dari istilah bahasa Inggris Disability Income insurance, Dalam bahasa Indonesia bisa diterjemahkan sebagai "Asuransi Disabilitas Pendapatan" dan "Asuransi Pendapatan Disabilitas," dan ini dapat dipahami, walaupun terdapat perbedaan nuansa dalam penggunaan istilahnya.

Di dalam naskah ini penulis memilih penggunaan "Asuransi Disabilitas Pendapatan" lebih umum dan lebih mudah dipahami dalam konteks bahwa produk ini memberikan perlindungan terhadap kehilangan pendapatan akibat disabilitas. Namun, "Asuransi Pendapatan Disabilitas" juga valid dan dapat digunakan jika ingin menekankan aspek pendapatan yang hilang.

Asuransi ini akan dibahas sebagai Asuransi Disabilitas Pendapatan perorangan maupun kumpulan, dan juga dibahas tentang Jaminan Kecelakaan Kerja, serta terakhir khusus mengenai Asuransi Disabilitas Usaha terutama untuk usaha kecil dan menengah.

### PENGERTIAN

**Asuransi disabilitas pendapatan (disability income insurance, DI)** adalah sebuah perlindungan finansial yang dirancang untuk mengganti sebagian pendapatan seseorang jika mereka mengalami disabilitas yang mencegahnya untuk bekerja. Berbeda dengan asuransi kesehatan yang fokus pada biaya medis, asuransi jiwa yang memberikan santunan kepada ahli waris, atau asuransi perawatan jangka panjang yang menanggung biaya perawatan ketika seseorang tidak lagi mampu merawat diri sendiri, asuransi disabilitas pendapatan secara khusus memberikan perlindungan terhadap risiko kehilangan penghasilan akibat disabilitas. Latar belakang munculnya asuransi disabilitas pendapatan didorong oleh meningkatnya kesadaran akan pentingnya keamanan finansial dalam menghadapi ketidakpastian hidup. Seiring dengan perubahan gaya hidup dan tuntutan pekerjaan yang semakin kompleks, tren terkini dalam asuransi disabilitas pendapatan menunjukkan adanya peningkatan minat terhadap produk-produk yang lebih fleksibel dan komprehensif, serta integrasi dengan teknologi digital untuk memudahkan akses dan pengelolaan polis.

Di banyak negara, termasuk Amerika Serikat, program jaminan sosial disabilitas memberikan manfaat finansial bagi individu yang tidak dapat bekerja karena kondisi medis tertentu. Hal

ini dapat memengaruhi desain produk asuransi disabilitas pendapatan, karena perusahaan asuransi mungkin perlu menyesuaikan manfaat dan cakupan mereka untuk bersaing dengan jaminan sosial yang ada.

Oleh karena itu, penting untuk menganalisis program jaminan sosial yang ada, termasuk kriteria kelayakan, tingkat manfaat, dan batasan-batasan yang mungkin ada, untuk memahami bagaimana hal ini memengaruhi industri asuransi disabilitas dan pilihan yang tersedia bagi konsumen. Jaminan Sosial ini akan dibahas dalam Bab akhir buku ini.

### **RISIKO DISABILITAS JANGKA PANJANG VERSUS KEMATIAN DINI**

Meskipun kematian dini merupakan peristiwa yang menyedihkan dan berdampak besar pada keluarga, risiko kecacatan jangka panjang (LTD) seringkali lebih diabaikan dan memiliki implikasi finansial yang lebih kompleks.

Kita perlu lebih memperhatikan risiko kecacatan jangka panjang (LTD) dibandingkan kematian dini karena probabilitas kecacatan jauh lebih tinggi, berpotensi menimbulkan tantangan finansial yang signifikan akibat kehilangan sumber pendapatan dan biaya tambahan untuk perawatan. Kecacatan atau disabilitas dapat berlangsung bertahun-tahun, mengakibatkan beban finansial yang berkepanjangan, serta mempengaruhi kualitas hidup dengan menyebabkan stres dan isolasi sosial. Selain itu, meskipun asuransi jiwa penting, ia tidak menggantikan pendapatan yang hilang akibat kecacatan, sehingga asuransi disabilitas pendapatan menawarkan perlindungan finansial yang lebih komprehensif.

## **RISIKO DISABILITAS**

---

Ada risiko kecacatan atau risiko disabilitas yang signifikan dan sikap konsumen yang memprihatinkan terhadap asuransi disabilitas pendapatan, seperti yang diungkapkan oleh survei dari HIAA<sup>1</sup>. Meskipun 60% responden menyatakan keprihatinan yang kuat tentang dampak finansial dari kecacatan jangka panjang, hanya 34% individu berusia 25 hingga 60 tahun yang memiliki asuransi DI dalam bentuk apa pun. Survei ini menyoroti bahwa mayoritas dari mereka yang memiliki pertanggungjawaban bergantung pada rencana yang disponsori oleh

---

<sup>1</sup> Survei tahun 200an oleh Health Insurance Association of America (HIAA) sekarang bernama America's Health Insurance Plans (AHIP)

perusahaan, dengan hanya 5% yang membayar premi penuh sendiri, sering kali wiraswasta atau dalam kelompok berpenghasilan lebih tinggi.

Survei ini mengungkapkan adanya kesenjangan antara persepsi risiko disabilitas dan perlindungan yang sebenarnya tersedia. Banyak orang yang meremehkan paparan mereka terhadap disabilitas, dengan statistik yang menunjukkan bahwa hampir satu dari empat orang Amerika di bawah 40 tahun akan mengalami disabilitas yang berlangsung selama 90 hari atau lebih sebelum pensiun. Selain itu, kemungkinan mengalami disabilitas jangka panjang adalah dua hingga tiga kali lebih besar daripada risiko kematian dini. Survei ini juga mencatat bahwa program yang disediakan oleh perusahaan asuransi dapat membantu individu menilai risiko disabilitas mereka secara lebih akurat, mengungkapkan bahwa wanita umumnya menghadapi risiko morbiditas yang lebih tinggi daripada pria.

Survei tahun 2000an tersebut meminta perhatian pada kebutuhan kritis akan kesadaran dan pendidikan yang lebih besar mengenai risiko kecacatan dan pentingnya mendapatkan asuransi disabilitas pendapatan yang memadai untuk melindungi dari potensi kerugian finansial.

Sebuah survei terbaru yang dirilis akhir 2023<sup>2</sup> oleh American Health Insurance Plans (AHIP) mengenai asuransi disabilitas pendapatan. Survei tersebut mengungkapkan bahwa mayoritas responden - lebih dari 90% - menyatakan puas dengan asuransi disabilitas pendapatan mereka. Menggarisbawahi stabilitas finansial yang diberikannya selama periode disabilitas. AHIP menekankan bahwa asuransi ini sangat penting untuk membantu para penyandang disabilitas Amerika dan keluarga untuk menjaga stabilitas keuangan, mencegah mereka membuat keputusan keuangan yang merugikan.

Temuan utama dari survei ini menunjukkan bahwa 86% responden memandang asuransi disabilitas pendapatan sebagai investasi yang berharga, sementara 84% menyatakan bahwa pembayaran asuransi mereka memberikan ketenangan. Selain itu, 69% responden percaya bahwa mereka akan menghadapi kesulitan keuangan tanpa pembayaran ini, dan 51% akan berjuang untuk menutupi biaya hidup dasar. Survei ini juga menunjukkan dukungan yang kuat

---

<sup>2</sup> Survei AHIP dilakukan oleh Global Strategy Group dari tanggal 5 April hingga 12 April 2023, survei ini melibatkan 500 penuntut yang menerima pembayaran DI dalam dekade terakhir. Hasilnya menggarisbawahi pentingnya asuransi disabilitas pendapatan dalam memberikan keamanan finansial jangka pendek dan stabilitas jangka panjang bagi mereka yang tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera, yang memperkuat nilainya dalam kehidupan jutaan orang Amerika.

untuk membuat program cuti berbayar (penghasilan tetap dibayar selama cuti), dengan lebih dari 90% mendukung, dan keinginan bagi perusahaan asuransi swasta untuk memainkan peran penting dalam inisiatif ini.

Survei terbaru AHIP memberikan gambaran yang sangat positif tentang persepsi masyarakat Amerika terhadap asuransi disabilitas pendapatan. Hasil survei ini mengindikasikan beberapa poin penting:

- **Pentingnya Stabilitas Finansial:** Mayoritas responden mengakui bahwa asuransi disabilitas pendapatan memberikan stabilitas finansial yang sangat penting, terutama saat mereka mengalami disabilitas. Ini menunjukkan bahwa masyarakat semakin sadar akan risiko disabilitas dan pentingnya perlindungan finansial.
- **Investasi yang Berharga:** Sebagian besar responden memandang asuransi disabilitas sebagai investasi yang berharga. Ini menunjukkan bahwa mereka memahami bahwa premi yang mereka bayarkan adalah semacam tabungan untuk masa depan, terutama jika mereka mengalami situasi yang tidak terduga seperti disabilitas.
- **Ketenangan Pikiran:** Tingkat kepuasan yang tinggi dan perasaan tenang yang dirasakan oleh para responden menunjukkan bahwa asuransi disabilitas memberikan rasa aman dan mengurangi kecemasan terkait risiko finansial akibat disabilitas.
- **Kebutuhan yang Mendesak:** Mayoritas responden percaya bahwa tanpa asuransi disabilitas, mereka akan kesulitan memenuhi kebutuhan dasar dan menghadapi masalah keuangan yang serius. Ini menunjukkan bahwa asuransi disabilitas adalah kebutuhan yang mendesak, bukan sekadar pilihan.
- **Dukungan untuk Program Cuti Berbayar:** Dukungan yang kuat untuk program cuti berbayar menunjukkan bahwa masyarakat semakin menyadari pentingnya keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi, serta pentingnya perlindungan finansial selama masa cuti.

Survei tahun 2023 ini menegaskan bahwa risiko disabilitas adalah kekhawatiran yang nyata bagi banyak orang. Meskipun tidak semua orang akan mengalami disabilitas, namun risiko ini tetap ada dan dapat terjadi pada siapa saja, kapan saja. Disabilitas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, mulai dari penyakit kronis hingga kecelakaan.

## **KEBUTUHAN AKAN ASURANSI DISABILITAS PERORANGAN**

Presentasi penjualan untuk asuransi disabilitas pendapatan individu biasanya dimulai dengan menekankan adanya risiko yang signifikan kemungkinan mengalami disabilitas sebelum pensiun. Hal ini sering dilakukan dengan menggunakan sumber pihak ketiga yang kredibel, seperti artikel majalah, studi aktuarial, atau kalkulator online yang disediakan oleh perusahaan asuransi. Selain itu, beberapa agen asuransi meningkatkan penjualan mereka dengan berbagi cerita pribadi atau anekdot tentang klien yang secara tak terduga menghadapi kecacatan, sehingga membuat risiko tersebut lebih mudah dipahami dan berdampak bagi calon pembeli.

### **MEMAHAMI KEBUTUHAN**

Asuransi disabilitas pendapatan diperlukan untuk mengatasi tantangan keuangan yang berlangsung yang dihadapi individu ketika mereka menjadi disabilitas. Ketika pengeluaran terus berlanjut selama masa disabilitas, pendapatan biasanya berhenti, yang mengarah pada adanya kebutuhan kritis akan perlindungan finansial yang efektif. Alternatif selain asuransi disabilitas pendapatan sangat terbatas, umumnya terdiri dari mengandalkan tabungan, pendapatan pasangan, meminjam, melikuidasi aset, atau bergantung pada program pemerintah atau program pemberi kerja.

Mengandalkan tabungan atau pendapatan pasangan bisa jadi tidak mencukupi untuk kebutuhan jangka panjang, sehingga berpotensi menggagalkan tujuan keuangan lainnya seperti pensiun atau pendidikan. Meminjam memiliki tantangan tersendiri, karena mungkin akan kesulitan untuk mendapatkan kredit bagi seseorang setelah menjadi penyandang disabilitas, dan utang berbunga tinggi dapat memperburuk kesulitan keuangan. Ada risiko yang terkait dengan peminjaman, termasuk suku bunga tinggi yang dapat menyebabkan tekanan keuangan lebih lanjut dan potensi penyitaan jika pinjaman ekuitas rumah digunakan tanpa rencana angsuran pembayaran yang baik.

Melikuidasi aset juga sebagai pilihan yang tidak diinginkan, karena individu sering kali enggan menjual barang-barang penting seperti rumah atau dana pensiun. Selain itu, hanya mengandalkan program pemerintah atau pemberi kerja dapat menjadi masalah karena kriteria kualifikasi yang ketat dan manfaat yang terbatas.

**Contoh Kasus:**

Alfred adalah seorang pekerja kantor dengan gaji bulanan \$3000 yang memiliki polis asuransi disabilitas yang akan mengganti 60% dari gajinya jika ia mengalami disabilitas total dan permanen. Sebelum mengalami kecelakaan, Alfred hidup nyaman dengan gaya hidup yang baik, memiliki apartemen dan mobil. Namun, kehidupannya berubah drastis ketika ia mengalami kecelakaan kerja yang membuatnya tidak bisa bekerja lagi.

Setelah kecelakaan, Alfred mulai menerima manfaat dari polis asuransinya, yang memberikan 60% dari gaji bulannya, yaitu \$1800. Meskipun ini membantu, Alfred masih menghadapi kekurangan pendapatan sebesar \$1200 per bulan, karena biaya hidupnya tetap sama di \$3000. Ini menciptakan tantangan finansial yang signifikan, karena ia harus mencari cara untuk menutupi selisih tersebut.

Untuk mengatasi kekurangan ini, Alfred memiliki beberapa opsi. Ia bisa menggunakan tabungan yang dimilikinya sebagai solusi sementara. Jika tabungan tidak mencukupi, ia mungkin perlu menjual aset berharga seperti mobil atau perhiasan untuk mendapatkan uang tambahan. Selain itu, Alfred bisa mencari pendapatan tambahan melalui investasi atau usaha kecil, dan jika situasi semakin mendesak, ia juga bisa meminta bantuan finansial dari keluarga atau teman untuk meringankan beban yang dihadapinya.

**MENGUKUR KEBUTUHAN**

Terdapat dua pendekatan utama yang digunakan oleh penasihat keuangan untuk mengukur kebutuhan seseorang akan asuransi disabilitas pendapatan: **pendekatan modal** (capital approach) dan **pendekatan pendapatan** (income approach). Meskipun metode-metode ini membantu menentukan pendapatan atau modal yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan disabilitas, metode-metode ini tidak menilai berapa banyak asuransi disabilitas pendapatan yang memenuhi syarat untuk seseorang, karena hal itu tergantung pada kriteria perusahaan asuransi dan praktik underwriting.

**Pendekatan Modal**

Pendekatan modal melibatkan tiga langkah utama. Pertama, pendekatan ini membutuhkan penentuan total modal yang dibutuhkan untuk menghasilkan pendapatan yang dibutuhkan seseorang selama masa hidupnya jika terjadi kecacatan. Kedua, pendekatan ini menilai jumlah modal yang saat ini tersedia untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Terakhir, selisih

antara modal yang dibutuhkan dan modal yang tersedia dihitung, yang mengindikasikan apakah ada kekurangan yang perlu diatasi.

Pendekatan ini memungkinkan individu untuk memahami kebutuhan keuangan mereka jika terjadi kecacatan atau disabilitas dan membantu mereka membuat program yang sesuai. Pendekatan ini menyediakan metode terstruktur untuk mengevaluasi seberapa besar pertanggungjawaban tambahan yang diperlukan untuk mengamankan masa depan keuangan mereka.

#### Contoh Kasus: John, Usia 40 tahun

John berpenghasilan \$80.000 per tahun. Pengeluaran bulannya setelah pajak adalah \$5.000. Perusahaannya menawarkan program disabilitas jangka pendek yang menggantikan 70% dari pendapatan sebelum disabilitas pendapatan (\$4.667) selama 120 hari. Ia juga memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan individu yang memberikan \$1.200 per bulan hingga usia 65 tahun setelah periode eliminasi 90 hari. John ingin mengabaikan Social Security dan tunjangan pemerintah lainnya dan berencana untuk mengganti pendapatan hanya sampai usia 65 tahun.

#### Kekayaan Bersih John:

Assets	Liabilities
Residence	\$300,000
Automobile	\$25,000
Savings	\$30,000
Checking Account	\$10,000
Investments	\$50,000
Personal Items	\$15,000
<b>Total</b>	<b>\$430,000</b>

**Langkah Pertama:** Modal yang dibutuhkan untuk memenuhi kekayaan bersih John sepenuhnya adalah nilai sekarang dari pengeluaran bulannya selama 240 bulan. Dengan asumsi pengeluaran bulannya saat ini sebesar \$5.000 tetap sama dan menggunakan tingkat diskonto 5%, maka kebutuhan modalnya dihitung sebagai berikut:

$$\text{Nilai Sekarang} = \$5.000 * [(1 - (1 + 0,05)^{-240}) / 0,05] = \$ 592.095$$

**Langkah Kedua:** Untuk menentukan modal yang tersedia untuk kebutuhan disabilitas pendapatan John, lalu fokus pada aset likuidnya, yang berjumlah \$90.000 (tabungan, giro, dan investasi).

Selain itu, dihitung:

Nilai sekarang dari 120 hari disabilitas pendapatan jangka pendek:

$$\text{Nilai Sekarang} = \$4.667 * (1 - (1 + 0,05)^{-4}) / 0,05 = \$18,470$$

Nilai sekarang dari manfaat disabilitas bulanan sebesar \$1.200:

$$\text{Nilai Sekarang} = \$1.200 * [(1 - (1 + 0,05)^{-300}) / 0,05] = \$229.307$$

Dengan demikian, total modal yang tersedia adalah:

$$\$90,000 + \$18,470 + \$229,307 = \$337,777$$

**Langkah Ketiga:** Kekurangan John cukup signifikan. Ketika \$337.777 dikurangi dengan kebutuhan modal sebesar \$592.095, kekurangannya adalah:

$$\$592,095 - \$337,777 = \$254,318$$

John harus mempertimbangkan untuk membeli asuransi disabilitas pendapatan sebanyak mungkin yang memenuhi syarat untuk memastikan pengeluarannya ditanggung jika terjadi disabilitas.

Dalam pendekatan modal, fokusnya adalah menghitung total modal yang dibutuhkan untuk menutupi pengeluaran bulanan seseorang selama periode tertentu, biasanya hingga masa pensiun. Hal ini melibatkan penentuan nilai sekarang dari pengeluaran di masa depan dan membandingkannya dengan aset likuid yang tersedia dan tunjangan disabilitas pendapatan. Selisihnya menunjukkan kekurangan dana, yang memandu individu tentang berapa banyak asuransi disabilitas pendapatan tambahan yang harus mereka dapatkan.

### **Pendekatan Pendapatan**

Pendekatan pendapatan lebih mudah dan umum digunakan. Pendekatan ini dimulai dengan mengidentifikasi pengeluaran bulanan yang akan tetap ada jika terjadi kecacatan. Dari jumlah ini, pendapatan dari sumber lain, seperti tunjangan disabilitas atau pendapatan sewa, dikurangi untuk menentukan kebutuhan disabilitas pendapatan yang sebenarnya. Pendekatan ini menekankan pada penghitungan kebutuhan finansial secara akurat, meskipun

jumlah asuransi disabilitas pendapatan individu yang memenuhi syarat untuk seseorang mungkin berbeda dari kebutuhan yang dihitung.

Secara keseluruhan, kedua metode ini bertujuan untuk memastikan individu siap secara finansial jika terjadi disabilitas, membantu mereka memprioritaskan kebutuhan asuransi mereka secara efektif.

#### **Contoh Kasus: Maria**

Pengeluaran bulanan Maria meliputi pembayaran hipotek sebesar \$1.500, \$600 untuk bahan makanan, \$200 untuk pakaian, \$180 untuk utilitas, \$100 untuk premi asuransi, \$75 untuk biaya pengobatan, \$400 untuk biaya kuliah putranya, dan \$300 untuk pinjaman mobil.

Penghasilannya dari sumber lain selain pekerjaannya termasuk \$80 per bulan dalam bentuk dividen. Pemberi kerja Maria menyediakan paket asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) yang menggantikan 70 persen dari gaji bulannya sebesar \$5.000.

Jika total pengeluaran bulanan Maria sebesar \$3.225 dibandingkan dengan pendapatan bulannya sebesar \$3.500, maka jika ia menjadi penyandang disabilitas, ia akan mengalami surplus sebesar \$275 per bulan.

Dari hasil survei AHIP 2023 di muka menunjukkan bahwa kebutuhan akan asuransi disabilitas pendapatan semakin meningkat. Beberapa faktor yang mungkin berkontribusi pada peningkatan kebutuhan ini antara lain:

- **Peningkatan Usia Harapan Hidup:** Dengan semakin panjangnya usia harapan hidup, risiko mengalami disabilitas jangka panjang juga meningkat.
- **Perubahan Gaya Hidup:** Gaya hidup modern yang semakin aktif dan penuh tekanan dapat meningkatkan risiko cedera dan penyakit.
- **Perkembangan Teknologi:** Perkembangan teknologi telah menciptakan pekerjaan yang semakin menuntut secara fisik dan mental, sehingga meningkatkan risiko cedera akibat pekerjaan.
- **Keterbatasan Program Jaminan Sosial:** Program jaminan sosial yang ada mungkin tidak cukup untuk menutupi seluruh kerugian finansial akibat disabilitas.

Survei AHIP 2023 ini memberikan gambaran yang jelas tentang pentingnya asuransi disabilitas pendapatan bagi masyarakat Amerika. Hasil survei ini juga menunjukkan bahwa masih ada

ruang untuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang manfaat asuransi disabilitas dan pentingnya merencanakan perlindungan finansial jangka panjang.

## SUMBER ASURANSI DISABILITAS PENDAPATAN

Asuransi disabilitas pendapatan adalah perlindungan finansial penting yang umumnya tersedia melalui tiga jalur utama: program pemerintah yang menawarkan tunjangan disabilitas terkait jaminan sosial, asuransi disabilitas kelompok yang disediakan oleh perusahaan sebagai bagian dari paket manfaat karyawan, dan asuransi disabilitas pendapatan perorangan yang dibeli langsung oleh individu dari perusahaan asuransi. Cakupan dan jenis perlindungan ini bervariasi, tergantung pada kebijakan masing-masing negara dan penyedia asuransi.

Tabel 1.1 Perbandingan Singkat ketiga sumber asuransi disabilitas pendapatan:

Fitur	Program Pemerintah	Asuransi Kumpulan	Asuransi Perorangan
Sumber	Pemerintah	Perusahaan atau Pemberi Kerja	Individu
Biaya	Terjangkau hingga gratis	Dibagi bersama perusahaan	Lebih mahal
Fleksibilitas	Terbatas	Terbatas	Tinggi
Portabilitas	Terbatas	Terbatas	Tinggi

### PROGRAM PEMERINTAH

Program pemerintah di Amerika Serikat menyediakan berbagai jenis asuransi disabilitas, seperti jaminan kecelakaan kerja (*workmen's compensation plan*)<sup>3</sup> untuk cedera di tempat kerja dan program disabilitas jangka pendek di negara bagian. Jaminan Sosial (*Social Security*)<sup>4</sup> di AS merupakan program federal yang paling menonjol, memberikan manfaat kepada jutaan warga setiap tahunnya. Meskipun manfaat ini sangat penting, terutama bagi pekerja

<sup>3</sup> Workmen Compensation Program atau program kompensasi pekerja merupakan program asuransi kecelakaan kerja yang diselenggarakan di tiap negara bagian AS, melalui lembaga pemerintah atau perusahaan asuransi swasta.

<sup>4</sup> Social Security di Amerika Serikat (AS) adalah sebuah program jaminan sosial yang dikelola oleh pemerintah federal. Program ini dirancang untuk memberikan bantuan finansial kepada warga negara Amerika Serikat yang sudah memasuki usia pensiun, mereka yang memiliki disabilitas, serta keluarga yang kehilangan pencari nafkah. Umumnya Medicare dan Medicaid dikatakan sebagai bukan bagian dari Social Security tersebut, meskipun ketiganya adalah program pemerintah federal. Medicare dan Medicaid memberikan akses dan perlindungan kesehatan bagi warga negara Amerika Serikat.

berpenghasilan rendah, namun persyaratan untuk mendapatkannya cenderung lebih ketat dan manfaat yang diberikan mungkin tidak mencukupi untuk semua orang. Meskipun demikian, Jaminan Sosial tetap menjadi sumber utama cakupan disabilitas di Amerika Serikat.

Sistem asuransi disabilitas di luar Amerika Serikat sangat beragam, tergantung pada kebijakan masing-masing negara. Beberapa negara memiliki sistem yang mirip dengan Jaminan Sosial AS, di mana pemerintah menyediakan jaminan dasar bagi individu yang mengalami disabilitas. Negara lain mungkin mengandalkan kombinasi antara program pemerintah dan asuransi swasta. Secara umum, cakupan, persyaratan, dan manfaat dari program-program ini dapat berbeda secara signifikan. Di beberapa negara Eropa, misalnya, sistem kesejahteraan sosial yang kuat menyediakan perlindungan yang lebih komprehensif bagi individu yang mengalami disabilitas. Namun, di negara berkembang, akses terhadap asuransi disabilitas seringkali terbatas dan cakupannya lebih sempit. Faktor-faktor seperti tingkat pendapatan per kapita, struktur ekonomi, dan pandangan budaya terhadap disabilitas juga memengaruhi desain dan efektivitas sistem asuransi disabilitas di berbagai negara. Meskipun Jaminan Sosial AS menjadi contoh yang sering dikutip, penting untuk memahami bahwa sistem asuransi disabilitas di seluruh dunia sangat beragam dan terus berkembang.

Di Indonesia, selain Program **Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)** yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, terdapat juga program-program lain yang memberikan perlindungan bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja. Namun, cakupan dan manfaat dari program-program ini seringkali lebih terbatas dibandingkan dengan JKK. Beberapa perusahaan swasta juga menawarkan asuransi tambahan bagi karyawannya, namun hal ini lebih bersifat sukarela dan biasanya hanya mencakup sebagian kecil dari populasi pekerja. Secara umum, perlindungan sosial bagi pekerja di Indonesia masih terus dikembangkan dan perlu ditingkatkan untuk memberikan jaminan yang lebih komprehensif.

Selain Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), perlindungan sosial bagi pekerja di Indonesia mencakup Jaminan Kematian (JKM) yang memberikan santunan kepada ahli waris jika peserta meninggal dunia, Jaminan Hari Tua (JHT) yang menyediakan dana pensiun bagi pekerja setelah memasuki usia pensiun atau berhenti bekerja, Jaminan Pensiun (JP) yang memberikan penghasilan tetap setiap bulan setelah peserta pensiun, dan Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP) yang menawarkan manfaat uang tunai, akses informasi pasar kerja, serta pelatihan kerja.

Program pemerintah yang menyediakan disabilitas pendapatan ini dibahas dalam Bab akhir buku ini.

### **ASURANSI KUMPULAN**

Perlindungan pendapatan yang disponsori pemberi kerja merupakan bentuk asuransi kumpulan (*group insurance*) yang dirancang untuk memberikan penghasilan pengganti kepada karyawan ketika mereka tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera. Ada dua jenis utama dari perlindungan ini:

#### **Pertama, asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek (short-term disability, STD).**

Program ini memberikan manfaat selama periode waktu yang terbatas, biasanya hanya beberapa bulan saja. Manfaat ini seringkali berasal dari cuti sakit yang telah disediakan oleh perusahaan atau melalui asuransi yang lebih sederhana. Asuransi jangka pendek ini berguna untuk menutupi biaya-biaya yang timbul akibat ketidakhadiran sementara dari pekerjaan, seperti tagihan medis atau pengeluaran sehari-hari.

#### **Kedua, asuransi disabilitas pendapatan jangka panjang (long-term disability, LTD).**

Tidak seperti rencana jangka pendek, rencana LTD memberikan perlindungan yang lebih lama, bahkan bisa seumur hidup. Namun, untuk mendapatkan manfaat ini, seorang karyawan harus mengalami disabilitas dalam jangka waktu tertentu, biasanya enam bulan atau lebih. Rencana LTD sangat penting karena dapat memberikan stabilitas finansial jangka panjang bagi karyawan yang mengalami disabilitas yang berkepanjangan.

Asuransi disabilitas jangka panjang umumnya memiliki syarat-syarat tertentu, salah satunya adalah membatasi cakupan bagi karyawan yang memiliki gaji penuh dan bekerja aktif pada jenis pekerjaan tertentu sebelum polis mulai berlaku. Hal ini dilakukan untuk mengelola risiko klaim yang tinggi. Selain itu, manfaat yang diberikan oleh asuransi ini biasanya berkisar antara 50% hingga 70% dari pendapatan sebelum mengalami disabilitas. Batasan ini bertujuan untuk menyeimbangkan perlindungan yang diberikan kepada karyawan dengan keberlanjutan finansial perusahaan asuransi.

Program yang disponsori pemberi kerja ini dibahas dalam Bab bagian akhir buku ini.

### **ASURANSI PERORANGAN**

**Asuransi disabilitas pendapatan perorangan** merupakan solusi yang dirancang khusus bagi individu yang tidak memiliki akses ke program asuransi disabilitas melalui perusahaan tempat

mereka bekerja, seperti wiraswasta atau pemilik bisnis. Salah satu keunggulan utama dari polis perorangan ini adalah fleksibilitasnya. Definisi mengenai apa yang dianggap sebagai disabilitas dalam polis perorangan cenderung lebih luas dibandingkan dengan polis yang ditawarkan oleh pemerintah atau perusahaan. Artinya, lebih banyak kondisi medis yang mungkin memenuhi syarat untuk mendapatkan klaim.

Selain itu, polis perorangan juga seringkali memberikan penggantian pendapatan yang lebih besar dibandingkan dengan polis kelompok. Biasanya, polis perorangan akan mengganti persentase yang signifikan dari pendapatan sebelum seseorang mengalami disabilitas. Namun, perlu diingat bahwa manfaat yang diterima dapat berkurang jika individu tersebut memiliki sumber pendapatan lain selama masa disabilitas. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa asuransi hanya memberikan kompensasi untuk pendapatan yang benar-benar hilang.

Paket asuransi disabilitas pendapatan perorangan dibahas dalam Bab-bab awal buku ini.

Tabel 1.2 Perbedaan antara Asuransi Disabilitas Pendapatan Perorangan dengan Kumpulan

	Perorangan	Kumpulan
<b>Kepemilikan</b>	Dibeli dan dimiliki oleh individu secara pribadi.	Dibeli oleh perusahaan atau organisasi untuk kelompok karyawan atau anggota.
<b>Fleksibilitas</b>	Lebih fleksibel dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan individu.	Umumnya memiliki manfaat dan ketentuan yang standar, sesuai dengan paket yang ditawarkan perusahaan.
<b>Proses Aplikasi</b>	Proses aplikasi biasanya lebih panjang dan melibatkan pemeriksaan kesehatan individu.	Proses aplikasi seringkali lebih cepat, karena kelompok besar dapat mengurangi kebutuhan pemeriksaan kesehatan.
<b>Biaya Premi</b>	Premi cenderung lebih tinggi karena risiko ditanggung oleh satu individu.	Premi biasanya lebih rendah per individu, karena risiko dibagi di antara banyak anggota.
<b>Manfaat dan Cakupan</b>	Manfaat dapat lebih spesifik dan bervariasi sesuai kebutuhan individu.	Manfaat biasanya seragam dan ditentukan oleh kebijakan perusahaan atau organisasi.

## PERBANDINGAN DENGAN CAKUPAN ASURANSI LAINNYA

Tantangan utama dalam menjual asuransi disabilitas pendapatan adalah karena produk ini kurang familiar bagi banyak orang. Berbeda dengan asuransi jiwa, kesehatan, atau perawatan jangka panjang yang lebih sering dibicarakan dan dipahami, asuransi disabilitas lebih spesifik pada risiko kehilangan pendapatan akibat ketidakmampuan bekerja. Kebanyakan orang lebih mudah memahami konsep kematian, biaya pengobatan, atau perawatan jangka panjang daripada konsep kehilangan kemampuan untuk bekerja dan dampak finansialnya. Oleh karena itu, agen asuransi seringkali perlu menjelaskan secara detail perbedaan antara asuransi disabilitas dengan jenis asuransi lainnya, serta menekankan pentingnya perlindungan terhadap risiko finansial akibat disabilitas.

Asuransi disabilitas, biaya medis, jiwa, dan LTC memiliki tujuan dan cakupan yang berbeda, bisa kita lihat tabel perbandingannya berikut ini. Selain tabel tersebut Perbedaan Utama ketiganya juga digambarkan dari sisi proses internal asuransinya.

Tabel 1.3 Perbandingan Asuransi Disabilitas, Biaya Medis, Jiwa, dan LTC

Jenis Asuransi	Tujuan Utama	Cakupan Manfaat	Contoh Manfaat
<b>Disabilitas (DI)</b>	Melindungi terhadap hilangnya pendapatan akibat ketidakmampuan bekerja karena sakit atau cedera.	Penggantian sebagian penghasilan selama masa disabilitas.	Pembayaran bulanan selama tidak bisa bekerja karena kecelakaan kerja.
<b>Biaya Medis</b>	Mengganti biaya-biaya medis yang timbul akibat sakit atau cedera.	Biaya rumah sakit, dokter, obat-obatan, prosedur medis.	Penggantian biaya operasi, rawat inap, dan obat-obatan resep.
<b>Jiwa</b>	Memberikan perlindungan finansial kepada ahli waris jika tertanggung meninggal dunia.	Uang pertanggung yang dibayarkan kepada ahli waris.	Pembayaran sejumlah uang tunai kepada keluarga jika pemegang polis meninggal.
<b>LTC (Long-Term Care)</b>	Mengganti biaya perawatan jangka panjang yang dibutuhkan akibat penyakit kronis atau cedera.	Biaya perawatan di panti jompo, perawatan di rumah, bantuan pribadi.	Penggantian biaya perawat, alat bantu, dan fasilitas perawatan jangka panjang.

Tabel 1.4 Perbandingan Asuransi Disabilitas, Biaya Medis, Jiwa, dan LTC

Aspek Perbedaan	Disabilitas	Biaya Medis	Jiwa	LTC
Fokus Perlindungan	Kehilangan pendapatan	Biaya medis	Risiko kematian	Perawatan jangka panjang
Penerima Manfaat	Tertanggung (selama hidup)	Tertanggung	Ahli waris	Tertanggung
Frekuensi Klaim	Bisa berulang jika terjadi disabilitas berulang	Bisa berulang jika terjadi penyakit atau cedera	Sekali seumur hidup	Bisa berulang selama membutuhkan perawatan

### PERBANDINGAN DENGAN ASURANSI BIAYA MEDIS

Tujuan utama kedua jenis asuransi ini berbeda. Asuransi disabilitas pendapatan mengganti penghasilan yang hilang akibat ketidakmampuan bekerja, sementara asuransi biaya medis mengganti biaya perawatan kesehatan. Perbedaan ini tercermin dalam cakupan manfaatnya. Asuransi disabilitas mendefinisikan disabilitas secara detail, sedangkan asuransi biaya medis menjabarkan jenis perawatan yang ditanggung.

Mekanisme pembayaran manfaat juga berbeda. Asuransi biaya medis umumnya memiliki potongan dan pembayaran bersama yang harus ditanggung oleh pemegang polis. Sedangkan asuransi disabilitas memiliki masa tunggu dan ketentuan koordinasi manfaat yang mengurangi jumlah manfaat yang dibayarkan. Perbedaan ini berarti pemegang polis asuransi biaya medis harus mengeluarkan uang di muka, sementara pemegang polis asuransi disabilitas mungkin mengalami penundaan dalam menerima manfaat.

Proses underwriting atau penilaian risiko juga berbeda. Penjamin asuransi disabilitas tidak hanya memperhatikan kondisi kesehatan, tetapi juga sumber dan jumlah pendapatan pemegang polis. Hal ini dikarenakan manfaat asuransi disabilitas didasarkan pada pendapatan yang hilang. Sementara itu, penjamin asuransi biaya medis lebih fokus pada kondisi kesehatan pemegang polis.

Proses klaim kedua jenis asuransi ini juga berbeda. Klaim asuransi biaya medis cenderung lebih otomatis, sedangkan klaim asuransi disabilitas memerlukan penyelidikan yang lebih mendalam untuk memastikan keabsahan klaim dan mencegah penyalahgunaan. Hal ini dikarenakan risiko penipuan pada asuransi disabilitas lebih tinggi karena berkaitan dengan klaim atas hilangnya penghasilan.

## **PERBANDINGAN DENGAN ASURANSI JIWA**

Dari segi bahasa kontrak, kedua jenis asuransi ini sangat berbeda. Asuransi disabilitas pendapatan memiliki definisi yang sangat spesifik tentang disabilitas, serta istilah-istilah teknis seperti periode eliminasi dan manfaat yang tidak ditemukan dalam asuransi jiwa. Hal ini membuat kontrak asuransi disabilitas pendapatan jauh lebih kompleks.

Penentuan tarif premi juga berbeda. Tarif asuransi disabilitas pendapatan didasarkan pada data klaim atau morbiditas, sedangkan tarif asuransi jiwa didasarkan pada data kematian atau mortalitas. Selain itu, faktor-faktor seperti jenis pekerjaan, durasi manfaat, dan pilihan manfaat tambahan juga mempengaruhi premi asuransi disabilitas pendapatan.

Proses underwriting atau penilaian risiko juga berbeda. Meskipun keduanya memerlukan informasi medis dan keuangan, aplikasi asuransi disabilitas pendapatan cenderung lebih ketat dalam penilaian risiko. Hal ini dikarenakan potensi klaim yang lebih tinggi dan durasi klaim yang lebih lama pada asuransi disabilitas.

Penanganan klaim juga berbeda secara signifikan. Klaim asuransi jiwa biasanya bersifat tunggal dan final, sedangkan klaim asuransi disabilitas dapat berulang dan melibatkan interaksi yang lebih intensif antara pemegang polis dan perusahaan asuransi. Hal ini dikarenakan kondisi kesehatan pemegang polis asuransi disabilitas dapat berubah seiring waktu.

## **PERBANDINGAN DENGAN ASURANSI PERAWATAN JANGKA PANJANG**

Tujuan utama kedua jenis asuransi ini berbeda. Asuransi disabilitas pendapatan bertujuan untuk mengganti penghasilan yang hilang akibat ketidakmampuan bekerja, sementara asuransi LTC bertujuan untuk mengganti biaya perawatan jangka panjang. Meskipun keduanya berkaitan dengan kesehatan, fokusnya sangat berbeda.

Peristiwa pemicu pembayaran manfaat juga berbeda. Pada asuransi disabilitas, pembayaran manfaat dipicu oleh terjadinya disabilitas yang memenuhi definisi dalam polis. Sedangkan pada asuransi LTC, pembayaran dipicu oleh kebutuhan akan perawatan jangka panjang akibat penyakit kronis atau cedera yang memenuhi kriteria tertentu, seperti ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Definisi dan kriteria ini sangat berbeda.

Jangka waktu cakupan manfaat juga berbeda. Asuransi disabilitas pendapatan biasanya hanya berlaku selama masa kerja seseorang, sedangkan asuransi LTC memberikan cakupan seumur

hidup. Hal ini mencerminkan perbedaan dalam kebutuhan perlindungan yang dimiliki oleh individu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi premi juga berbeda. Selain usia, jenis kelamin, dan kesehatan, premi asuransi disabilitas pendapatan juga dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti jenis pekerjaan, periode eliminasi, dan jumlah manfaat. Sementara itu, premi asuransi LTC lebih bergantung pada usia dan tingkat perawatan yang dibutuhkan.

## LATAR BELAKANG

---

### ASURANSI DISABILITAS DI AMERIKA SERIKAT

Asuransi disabilitas pendapatan modern di Amerika Serikat pertama kali muncul di akhir abad ke-19, ditawarkan oleh organisasi persaudaraan. Polis awal ini memiliki batasan yang ketat, dapat dibatalkan, dan seringkali tidak memberikan perlindungan yang memadai. Namun, berkat reformasi yang terjadi pada awal abad ke-20, polis mulai memiliki standar yang lebih baik dan tidak dapat dibatalkan, sehingga memberikan jaminan perlindungan yang lebih kuat.

Pertumbuhan industri asuransi disabilitas pendapatan mengalami pasang surut. Setelah periode pertumbuhan yang signifikan pada awal abad ke-20, industri ini mengalami kemunduran akibat Depresi Besar. Namun, setelah perang dunia, industri ini kembali tumbuh dengan pesat. Perkembangan pada periode ini meliputi perluasan cakupan manfaat, peningkatan usia pensiun, dan munculnya polis yang tidak dapat dibatalkan.

Pada akhir tahun 1960-an dan 1970-an, industri asuransi disabilitas pendapatan mengalami pertumbuhan yang pesat. Hal ini didorong oleh peningkatan batas manfaat, perluasan cakupan, dan fokus pada pemasaran kepada para profesional. Namun, seperti siklus industri lainnya, pertumbuhan ini diikuti oleh periode penurunan selama resesi pada awal tahun 1970-an.

Secara keseluruhan, sejarah asuransi disabilitas pendapatan di Amerika Serikat adalah cerminan dari perubahan ekonomi dan sosial yang terjadi. Industri ini telah mengalami pasang surut, namun terus berkembang dan beradaptasi dengan kebutuhan masyarakat.

Secara umum, perkembangan asuransi disabilitas di seluruh dunia menunjukkan tren yang sama, yaitu meningkatnya kesadaran akan pentingnya perlindungan finansial terhadap risiko

disabilitas. Namun, kecepatan dan tingkat perkembangan ini sangat bervariasi tergantung pada kondisi sosial, ekonomi, dan politik masing-masing negara.

## **ASURANSI DISABILITAS DI INDONESIA**

Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1947 tentang Peraturan Perburuhan merupakan tonggak sejarah dalam perlindungan tenaga kerja di Indonesia, termasuk perlindungan terhadap risiko kecelakaan kerja. Undang-undang ini menjadi dasar hukum bagi perusahaan untuk memberikan jaminan sosial kepada pekerja, salah satunya adalah perlindungan terhadap risiko disabilitas.

Sebelum UU tersebut, perlindungan terhadap pekerja yang mengalami kecelakaan kerja sangat terbatas. Tidak ada standar yang jelas mengenai bentuk perlindungan yang harus diberikan oleh perusahaan. Namun, dengan adanya UU ini, perusahaan wajib memberikan santunan kepada pekerja yang mengalami kecelakaan kerja, termasuk cacat tetap.

Seiring berjalannya waktu, sistem perlindungan terhadap pekerja mengalami perkembangan. Munculnya berbagai peraturan perundangan lainnya, seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, semakin memperkuat perlindungan terhadap pekerja. Jaminan Sosial Nasional (JSN) yang dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan memberikan cakupan yang lebih luas, termasuk jaminan kecelakaan kerja dan jaminan kematian.

## **INVESTIGASI ARMSTRONG**

**Investigasi Armstrong** pada awal abad ke-20 memberikan dampak yang sangat signifikan terhadap industri asuransi disabilitas pendapatan di Amerika Serikat. Investigasi ini berhasil mengungkap sejumlah praktik bisnis yang tidak etis dan tidak adil di dalam industri asuransi, khususnya terkait dengan polis asuransi disabilitas.

Beberapa dampak utama dari investigasi ini antara lain:

- **Peningkatan Regulasi:** Salah satu dampak paling langsung dari investigasi Armstrong adalah meningkatnya regulasi terhadap industri asuransi. Pemerintah mulai mengeluarkan peraturan yang lebih ketat untuk melindungi hak-hak konsumen dan memastikan praktik bisnis yang lebih transparan.
- **Standarisasi Kontrak:** Sebelum investigasi, kontrak asuransi disabilitas seringkali rumit dan sulit dipahami oleh konsumen. Investigasi Armstrong mendorong terciptanya standar

kontrak yang lebih jelas dan mudah dipahami, sehingga konsumen dapat lebih memahami hak dan kewajiban mereka.

- **Peningkatan Kredibilitas Industri:** Meskipun awalnya menimbulkan gejolak, dalam jangka panjang, investigasi Armstrong justru meningkatkan kredibilitas industri asuransi. Dengan adanya regulasi yang lebih ketat dan praktik bisnis yang lebih transparan, konsumen menjadi lebih percaya terhadap produk asuransi.
- **Perubahan Produk:** Banyak perusahaan asuransi terpaksa mengubah produk dan praktik bisnis mereka untuk memenuhi persyaratan regulasi yang baru. Hal ini mendorong munculnya produk asuransi disabilitas yang lebih inovatif dan sesuai dengan kebutuhan konsumen.

Secara keseluruhan, investigasi Armstrong dapat dianggap sebagai titik balik bagi industri asuransi disabilitas pendapatan di Amerika Serikat. Investigasi ini telah mendorong terciptanya industri yang lebih sehat, transparan, dan konsumen-sentris.

Beberapa perubahan spesifik yang terjadi akibat investigasi Armstrong antara lain:

- **Munculnya polis yang tidak dapat dibatalkan:** Polis ini memberikan jaminan bahwa pertanggungjawaban akan tetap berlaku selama periode yang ditentukan, terlepas dari kondisi kesehatan tertanggung.
- **Peningkatan standar underwriting:** Perusahaan asuransi menjadi lebih selektif dalam menerima calon nasabah dan melakukan penilaian risiko yang lebih ketat.
- **Perluasan cakupan manfaat:** Produk asuransi disabilitas mulai menawarkan cakupan yang lebih luas, termasuk untuk penyakit jangka panjang.

Dalam konteks yang lebih luas, investigasi Armstrong juga memberikan pelajaran penting tentang pentingnya pengawasan dan regulasi terhadap industri keuangan. Investigasi ini menunjukkan bahwa tanpa adanya pengawasan yang efektif, industri keuangan dapat memicu ketidakadilan dan kerugian bagi konsumen.

## **KECENDERUNGAN KE DEPAN**

---

Pada awal hingga pertengahan tahun 1990-an, industri asuransi disabilitas pendapatan di AS mengalami krisis yang cukup parah. Hal ini disebabkan oleh peningkatan klaim yang sangat

tinggi dibandingkan dengan premi yang diterima. Kondisi ini membuat banyak perusahaan asuransi mengalami kerugian besar dan menyebabkan konsolidasi besar-besaran dalam industri.

Sebagai respons terhadap krisis ini, perusahaan asuransi yang bertahan melakukan sejumlah penyesuaian. Mereka memperketat persyaratan penerimaan polis, mengubah definisi disabilitas, dan mengurangi manfaat yang ditawarkan. Polis dengan manfaat jangka panjang dan definisi disabilitas yang luas menjadi semakin langka. Perusahaan juga mulai mengandalkan pemeriksaan medis yang lebih ketat dan informasi keuangan calon nasabah.

Dalam beberapa tahun terakhir, industri asuransi disabilitas mulai bergeser fokus ke pasar yang lebih luas, seperti profesional medis dan eksekutif perusahaan. Untuk menarik minat pasar ini, perusahaan mulai menawarkan produk yang lebih sederhana, terjangkau, dan fleksibel. Produk-produk baru ini memungkinkan nasabah untuk memilih berbagai jenis perlindungan sesuai dengan kebutuhan dan anggaran mereka.

Tren masa depan dalam industri asuransi disabilitas menunjukkan peningkatan fleksibilitas dalam produk dan layanan. Nasabah akan memiliki lebih banyak pilihan untuk menyesuaikan polis mereka sesuai dengan perubahan dalam hidup mereka. Selain itu, fokus akan bergeser dari mengganti pendapatan yang hilang akibat ketidakmampuan bekerja ke konsep yang lebih luas, yaitu mengganti penurunan pendapatan secara keseluruhan. Perusahaan asuransi juga akan semakin memperhatikan program rehabilitasi untuk membantu nasabah kembali bekerja.

Kemajuan teknologi telah mengubah lanskap pekerjaan secara drastis. Otomatisasi, kecerdasan buatan, dan digitalisasi telah menciptakan jenis pekerjaan baru dan mengubah cara kita bekerja. Hal ini berdampak pada jenis risiko disabilitas yang dihadapi. Misalnya, pekerjaan yang melibatkan banyak interaksi sosial kini bergeser ke pekerjaan yang lebih berbasis data dan analisis, sehingga risiko cedera fisik berkurang namun risiko burnout atau gangguan mental meningkat. Akibatnya, produk asuransi disabilitas perlu disesuaikan untuk mencakup risiko-risiko baru ini.

Teknologi juga telah merevolusi proses internal perusahaan asuransi disabilitas. Otomatisasi telah mempercepat proses klaim, analisis data, dan layanan pelanggan. Penggunaan kecerdasan buatan memungkinkan perusahaan untuk memprediksi risiko lebih akurat, sehingga dapat merancang produk yang lebih relevan. Selain itu, teknologi juga

memungkinkan perusahaan untuk mengumpulkan dan menganalisis data kesehatan yang lebih banyak, sehingga dapat memberikan rekomendasi yang lebih personal kepada nasabah. Misalnya, dengan menggunakan *data wearable devices*, perusahaan dapat mengidentifikasi pola aktivitas fisik nasabah dan memberikan program pencegahan cedera yang lebih efektif.

## RINGKASAN

---

Awal bab ini membahas risiko disabilitas dan pentingnya asuransi disabilitas pendapatan, mengungkap kesenjangan antara persepsi risiko dan perlindungan yang ada. Meskipun banyak orang menyadari dampak finansial dari disabilitas, hanya sedikit yang memiliki asuransi memadai. Survei dari AHIP menunjukkan bahwa lebih dari 90% responden puas dengan asuransi yang mereka miliki, menganggapnya sebagai investasi berharga yang memberikan stabilitas finansial. Temuan ini menekankan perlunya perlindungan finansial dalam menghadapi risiko disabilitas serta dukungan untuk program cuti berbayar yang dapat membantu menjaga keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi.

Selain itu, kebutuhan akan asuransi disabilitas pendapatan individu menjadi sorotan, mengingat risiko disabilitas yang signifikan sebelum pensiun. Banyak orang masih mengabaikan pentingnya asuransi ini, meskipun alternatif terbatas seperti mengandalkan tabungan atau bantuan pasangan. Pendapatan terhenti saat individu mengalami disabilitas, sementara pengeluaran tetap berjalan, sehingga perlindungan finansial sangat penting. Ada dua pendekatan utama untuk mengukur kebutuhan asuransi disabilitas: pendekatan modal yang menghitung total modal untuk menutupi pengeluaran selama disabilitas dan pendekatan pendapatan yang lebih sederhana. Survei AHIP 2023 menunjukkan bahwa kebutuhan akan asuransi disabilitas meningkat, dipengaruhi oleh peningkatan usia harapan hidup dan gaya hidup modern yang berisiko, menggarisbawahi pentingnya kesadaran masyarakat akan perlindungan finansial jangka panjang.

Bab ini juga membahas sumber-sumber asuransi disabilitas pendapatan, yang terdiri dari tiga jalur utama: program pemerintah, asuransi kumpulan, dan asuransi perorangan. Program pemerintah, seperti Jaminan Sosial, menyediakan perlindungan dasar bagi individu yang tidak dapat bekerja karena disabilitas, meskipun manfaatnya mungkin tidak mencukupi. Asuransi kumpulan biasanya ditawarkan oleh perusahaan sebagai bagian dari paket manfaat karyawan, dengan dua jenis utama: jangka pendek dan jangka panjang. Sementara itu, asuransi perorangan memberikan fleksibilitas lebih besar dan cakupan yang lebih luas bagi

individu yang tidak memiliki akses ke program melalui tempat kerja mereka. Masing-masing sumber memiliki karakteristik, biaya, dan tingkat fleksibilitas yang berbeda, yang memengaruhi pilihan perlindungan bagi konsumen.

Selain itu, bab ini membahas perbandingan asuransi disabilitas pendapatan dengan jenis asuransi lainnya, seperti asuransi jiwa, biaya medis, dan perawatan jangka panjang (LTC). Asuransi disabilitas berfokus pada penggantian pendapatan yang hilang akibat ketidakmampuan bekerja, sementara asuransi biaya medis mengganti biaya perawatan kesehatan dan asuransi jiwa memberikan santunan kepada ahli waris. Proses klaim dan penilaian risiko juga berbeda; asuransi disabilitas memerlukan verifikasi lebih mendalam untuk mencegah penipuan, sedangkan klaim asuransi jiwa bersifat tunggal. Selain itu, asuransi LTC menggantikan biaya perawatan jangka panjang yang diperlukan akibat penyakit kronis, dengan cakupan yang biasanya lebih lama. Perbedaan dalam tujuan, cakupan, dan mekanisme pembayaran manfaat menjadi kunci dalam memahami masing-masing produk asuransi ini.

Kemudian bab ini juga membahas latar belakang perkembangan asuransi disabilitas di Amerika Serikat dan Indonesia. Di AS, asuransi disabilitas pendapatan muncul pada akhir abad ke-19 dan mengalami berbagai perubahan, termasuk peningkatan regulasi dan standarisasi kontrak setelah investigasi Armstrong di awal abad ke-20, yang mengungkap praktik bisnis tidak etis. Hal ini mendorong munculnya produk yang lebih transparan dan kredibel. Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1947 menjadi dasar perlindungan tenaga kerja, termasuk risiko kecelakaan kerja, yang kemudian diperkuat oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional. Seiring waktu, sistem perlindungan pekerja di Indonesia berkembang, memberikan cakupan yang lebih luas, termasuk jaminan kecelakaan kerja dan kematian.

Terakhir, Bab ini menguraikan kecenderungan masa depan dalam industri asuransi disabilitas pendapatan di Amerika Serikat, yang menghadapi krisis pada tahun 1990-an akibat klaim yang melebihi premi. Perusahaan asuransi merespons dengan memperketat persyaratan, mengubah definisi disabilitas, dan mengurangi manfaat. Saat ini, fokus beralih ke pasar profesional dengan produk yang lebih fleksibel dan terjangkau. Tren ke depan menunjukkan peningkatan fleksibilitas dalam penyesuaian polis, penggantian penurunan pendapatan secara keseluruhan, dan perhatian terhadap program rehabilitasi. Kemajuan teknologi, seperti otomatisasi dan kecerdasan buatan, juga mengubah risiko disabilitas dan

mempercepat proses klaim, analisis data, serta layanan pelanggan, memungkinkan perusahaan untuk lebih responsif terhadap kebutuhan nasabah.

# BAB 2

## KETENTUAN KONTRAK

Pendahuluan .....	26
Provisi Dasar .....	26
Klausul Asuransi.....	26
Klausul Pembaruan atau Perpanjangan.....	27
Periode Manfaat .....	29
Periode Eliminasi.....	31
Klausul Manfaat .....	34
Pembayaran Premi .....	43
Provisi Penting Lainnya.....	44
Pengertian Disabilitas .....	44
"Any Occ" Versus "Own Occ" .....	45
Partial Disability .....	49
Residual Disability.....	51
Loss of Earnings .....	55
Pengembalian Premi.....	57
Presumptive Disability .....	61
Manfaat Rehabilitasi .....	64
Batas Waktu Gugatan .....	65
Social Security Offset .....	67
Manfaat Rumah Sakit dan LTC.....	71
Ringkasan .....	74

## PENDAHULUAN

---

Asuransi disabilitas pendapatan individu, seperti produk asuransi lainnya, sangat bergantung pada fitur-fitur spesifik yang tercantum dalam kontrak polis, termasuk ketentuan tentang pembayaran manfaat, jumlah, durasi, dan masa tunggu sebelum manfaat dapat diterima. Untuk memahami cara kerja asuransi ini, penting bagi individu untuk menganalisis setiap ketentuan kontrak dengan cermat, karena hal ini dapat memengaruhi cakupan dan manfaat yang diterima saat klaim diajukan. Bab ini membahas berbagai ketentuan umum dalam polis asuransi disabilitas pendapatan, termasuk kelayakan dan durasi manfaat yang bergantung pada definisi disabilitas, periode eliminasi, serta metode pembayaran premi dan pengabaian premi. Selain itu, pembahasan mencakup ketentuan *presumptive disability* dan rehabilitasi, yang penting untuk memastikan akses yang tepat terhadap manfaat saat dibutuhkan dan mendukung individu untuk kembali bekerja setelah mengalami disabilitas.

Tujuan dari Bab ini untuk memberikan pemahaman kepada pembaca mengenai beberapa aspek penting dalam asuransi disabilitas, termasuk membandingkan berbagai klausul asuransi, mengidentifikasi definisi disabilitas, serta menjelaskan peran periode manfaat dan periode eliminasi. Pembaca akan belajar tentang pendekatan untuk menentukan tingkat manfaat, opsi pembayaran premi, dan ketentuan pengembalian premi, serta konsep *presumptive disability* dan manfaat rehabilitasi. Selain itu, bab ini juga mencakup pembahasan tentang batas waktu pembelaan,  *rider* untuk *Social Security Offset*, serta manfaat rawat inap dan perawatan jangka panjang (LTC), yang semuanya penting untuk pengelolaan manfaat asuransi disabilitas secara efektif.

## PROVISI DASAR

---

### KLAUSUL ASURANSI

Klausul asuransi (*insuring clause*) merupakan ketentuan penting dalam polis asuransi disabilitas pendapatan yang mewajibkan penanggung untuk menyetujui pembayaran manfaat kepada tertanggung sesuai dengan isi polis. Klausul ini juga menetapkan syarat bahwa tertanggung harus memberikan pembuktian kerugian (*proof of loss*) kepada penanggung sebelum klaim dapat dibayarkan. Dengan adanya klausul ini, proses klaim

menjadi lebih terstruktur dan jelas, memastikan bahwa semua pihak memahami hak dan kewajiban mereka dalam mendapatkan manfaat asuransi.

### **KLAUSUL PEMBARUAN ATAU PERPANJANGAN**

Di dalam klausul ini, terdapat penentuan mengenai jenis pertanggungans yang diberikan kepada tertanggung, apakah bersifat tidak dapat dibatalkan (*non-cancelable*), dijamin dapat diperbarui (*guaranteed renewable*), atau dapat dibatalkan (*cancelable*). Pertanggungans yang tidak dapat dibatalkan berarti penanggung tidak dapat menghentikan polis selama tertanggung memenuhi kewajiban premi. Sementara itu, pertanggungans yang dijamin dapat diperbarui memungkinkan tertanggung untuk memperpanjang polis pada saat perpanjangan tanpa penilaian ulang risiko, meskipun premi dapat meningkat. Sedangkan pertanggungans yang dapat dibatalkan memberikan penanggung hak untuk menghentikan polis berdasarkan ketentuan tertentu. Penentuan ini penting untuk memberikan kepastian kepada tertanggung mengenai keamanan jaminan perlindungan dan kontinuitas perlindungan asuransi mereka.

#### **Non-Cancelable**

Perlindungan yang tidak dapat dibatalkan, atau yang sering disebut "*non-cancelable*," memberikan jaminan perlindungan terbaik bagi pemegang polis, tetapi juga membawa risiko terbesar bagi perusahaan asuransi. Terdapat tiga komponen utama dalam jenis polis ini:

1. Perusahaan asuransi menjamin bahwa polis tidak dapat dibatalkan selama masa pertanggungans, bahkan jika ada perubahan dalam kesehatan, pekerjaan, atau situasi keuangan pemegang polis (kecuali jika premi tidak dibayar).
2. Perusahaan asuransi memastikan bahwa tarif premi yang tercantum dalam polis tidak akan naik karena alasan apa pun, sehingga tarif premi dijamin tidak berubah.
3. Perusahaan asuransi berkomitmen bahwa ketentuan lain dalam polis—seperti definisi disabilitas, jumlah manfaat, dan periode manfaat—tidak akan diubah selama masa polis berlaku.

Perusahaan asuransi dapat menaikkan premi atau mengubah cakupan setelah periode awal, biasanya hingga usia 65 tahun atau usia pensiun, berakhir. Dalam banyak kasus, mereka akan memperpanjang cakupan hingga usia 75 tahun, asalkan pemegang polis

tetap aktif bekerja dan membayar premi. Namun, perusahaan masih berhak menaikkan tarif premi sesuai dengan peningkatan risiko.

Ini merupakan tantangan besar bagi perusahaan asuransi, yang harus hati-hati menilai pemohon, menetapkan premi yang tepat sejak awal, dan menyusun kontrak dengan benar. Dengan polis yang tidak dapat dibatalkan, pemegang polis dapat merasa aman karena perlindungan akan terus berlanjut dengan premi yang dijamin. Hanya jika perusahaan asuransi mengalami masalah keuangan, manfaat tidak dapat dipulihkan, asalkan pemegang polis memenuhi definisi disabilitas yang ditetapkan.

Seperti yang dibahas sebelumnya, risiko terkait polis yang tidak dapat dibatalkan telah menyebabkan kerugian bagi beberapa perusahaan asuransi di Amerika Serikat dalam beberapa dekade terakhir. Kerugian ini telah membuat perusahaan asuransi mengurangi atau membatasi penawaran polis tersebut. Perusahaan yang tetap menawarkan jaminan tidak dapat dibatalkan biasanya melakukannya dengan biaya yang tinggi bagi pemegang polis.

### **Guaranteed Renewable**

Pendekatan yang mengurangi risiko bagi perusahaan asuransi adalah polis yang dijamin dapat diperbarui (*guaranteed renewable*). Dulu, pendekatan ini hanya digunakan untuk pekerjaan yang berisiko tinggi, tetapi sekarang telah menjadi standar di industri.

Dengan pendekatan ini, perusahaan asuransi menjamin dua hal:

1. Polis tidak dapat dibatalkan selama masa pertanggungjawaban, bahkan jika ada perubahan dalam kesehatan, pekerjaan, atau situasi keuangan pemegang polis.
2. Ketentuan lain dalam polis—seperti definisi disabilitas, jumlah manfaat, dan periode manfaat—tidak akan diubah selama masa polis.

Berbeda dengan polis yang tidak dapat dibatalkan, polis yang dijamin dapat diperbarui memiliki premi yang lebih tinggi untuk mengatasi risiko yang meningkat. Namun, perusahaan asuransi tidak dapat secara sembarangan menaikkan premi untuk pemegang polis individu; mereka harus menaikkan premi untuk seluruh kelompok pemegang polis dan mendapatkan izin dari otoritas asuransi.

Salah satu keuntungan memiliki polis dengan pendekatan yang dapat diperbarui adalah meskipun premi bisa meningkat di kemudian hari, premi awalnya jauh lebih rendah dibandingkan dengan premi pada polis yang tidak dapat dibatalkan.

### **Cancelable**

Polis yang dapat dibatalkan (*cancelable*) saat ini jarang ditawarkan karena tidak memberikan perlindungan yang cukup bagi konsumen. Dalam jenis polis ini, perusahaan asuransi memiliki hak untuk membatalkan pertanggungan atau menaikkan premi jika terjadi kondisi tertentu, seperti perubahan dalam kesehatan, jenis pekerjaan, atau situasi keuangan pemegang polis. Akibatnya, konsumen merasa kurang terlindungi, sehingga banyak perusahaan asuransi memilih untuk tidak menawarkan jenis polis ini.

### **PERIODE MANFAAT**

Periode manfaat (*benefit period*) adalah durasi di mana manfaat asuransi disabilitas dibayarkan kepada tertanggung setelah periode eliminasi berakhir. Dalam polis asuransi, tertanggung biasanya diberikan pilihan mengenai lamanya periode manfaat, yang dapat bervariasi.

Pilihan Periode Manfaat yang biasa diambil:

- **Dua atau Tiga Tahun:** Beberapa polis menawarkan periode manfaat yang terbatas, misalnya selama dua atau tiga tahun. Ini biasanya lebih terjangkau, tetapi mungkin tidak cukup untuk individu dengan disabilitas jangka panjang.
- **Seumur Hidup:** Polis lain mungkin menawarkan periode manfaat seumur hidup, yang memberikan perlindungan finansial yang lebih komprehensif, tetapi dengan premi yang lebih tinggi.
- **Hingga Usia 65 Tahun atau Usia Pensiun:** Periode manfaat yang paling umum adalah hingga usia 65 tahun, yang sering kali dianggap sebagai batas usia pensiun. Ini memungkinkan tertanggung untuk menerima manfaat hingga mereka mencapai usia pensiun yang umum.

Memilih periode manfaat yang tepat sangat penting. Tertanggung harus mempertimbangkan faktor-faktor seperti kesehatan, usia, dan kebutuhan finansial mereka untuk memastikan bahwa mereka memiliki perlindungan yang memadai jika mengalami disabilitas.

Dalam beberapa tahun terakhir, manfaat seumur hidup dalam polis asuransi disabilitas telah menjadi semakin langka. Jika manfaat ini tersedia, biasanya datang dengan biaya premi yang tinggi dan seringkali dibatasi hanya untuk golongan pekerjaan tertinggi, seperti eksekutif atau profesional dengan penghasilan tinggi.

Ketentuan Umum untuk Manfaat Seumur Hidup:

1. **Usia Pembatas:** Banyak polis menetapkan bahwa hanya cacat yang terjadi sebelum usia tertentu—seringkali 50 atau 55 tahun—yang memenuhi syarat untuk manfaat seumur hidup. Jika tertanggung mengalami cacat setelah melewati usia ini, mereka mungkin hanya berhak atas manfaat dengan batasan waktu, seperti dua atau tiga tahun.
2. **Batas Usia untuk Manfaat:** Untuk cacat yang terjadi setelah usia yang ditentukan, manfaat sering berakhir pada usia tertentu, seperti 65 atau 70 tahun. Ini berarti bahwa meskipun seseorang mengalami disabilitas setelah usia tersebut, mereka tidak akan menerima manfaat lebih lanjut setelah mencapai batas usia.

Dampak pada Tertanggung:

Ketentuan ini menambah kompleksitas dalam memilih polis asuransi disabilitas. Tertanggung harus mempertimbangkan usia mereka, risiko pekerjaan, dan potensi kebutuhan finansial di masa depan. Meskipun manfaat seumur hidup memberikan perlindungan yang luas, terbatasnya ketersediaan dan biaya yang tinggi membuat banyak individu harus mencari alternatif yang lebih terjangkau dengan jangka waktu manfaat yang lebih pendek.

Periode manfaat yang paling umum pada asuransi disabilitas pendapatan perorangan adalah hingga usia 65 tahun atau hingga usia pensiun. Pilihan ini sering dipilih karena:

1. **Keselarasan dengan Usia Pensiun:** Banyak orang merencanakan pensiun mereka pada usia 65 tahun, sehingga periode ini memberikan perlindungan yang sesuai dengan rencana keuangan mereka.
2. **Ketersediaan Pilihan:** Selain hingga usia 65 tahun, beberapa polis juga menawarkan periode manfaat selama dua atau tiga tahun, yang bisa lebih terjangkau namun mungkin tidak cukup untuk individu dengan disabilitas jangka panjang.

- 3. Manfaat Seumur Hidup:** Meskipun semakin langka, beberapa polis masih menawarkan manfaat seumur hidup, tetapi biasanya dengan premi yang lebih tinggi dan batasan tertentu.

Memilih periode manfaat yang tepat sangat penting untuk memastikan bahwa tertanggung memiliki perlindungan yang memadai sesuai dengan kebutuhan finansial mereka.

### **PERIODE ELIMINASI**

Polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan umumnya mensyaratkan adanya periode eliminasi (*elimination period*), yang juga dikenal sebagai periode tunggu (*waiting period*), sebelum pembayaran manfaat dimulai. Periode eliminasi ini adalah waktu yang harus dilalui tertanggung setelah mengalami disabilitas sebelum mereka dapat menerima manfaat asuransi.

Sebagian besar polis memberikan fleksibilitas kepada tertanggung untuk memilih lamanya periode eliminasi, dengan opsi yang biasanya tersedia antara 30, 60, 90, 180, dan 365 hari. Karena manfaat asuransi disabilitas biasanya dibayarkan pada akhir bulan, jika tertanggung memilih periode eliminasi 90 hari, pembayaran pertama akan diterima pada akhir bulan pertama setelah periode 90 hari tersebut berakhir. Hal ini penting untuk dipahami agar tertanggung dapat merencanakan keuangan mereka selama masa pemulihan dan menunggu manfaat mulai dibayarkan.

Sebagai aturan umum, semakin pendek periode eliminasi, semakin mahal polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan. Namun, biaya premi bukanlah satu-satunya pertimbangan saat memilih polis. Pemohon yang menganggap bahwa mereka tidak mampu membayar premi yang lebih tinggi untuk periode eliminasi yang lebih pendek mungkin akan menghadapi tantangan keuangan yang lebih besar selama periode eliminasi yang lebih panjang, seperti 180 hari.

Pemilihan periode eliminasi yang tepat memerlukan keseimbangan antara pendapatan saat ini dan kebutuhan standar hidup dengan kebutuhan pendapatan pada awal kecacatan. Idealnya, pemohon harus memiliki tabungan yang cukup atau akses ke kredit untuk mendukung biaya hidup mereka selama periode eliminasi yang dipilih. Dengan demikian, keputusan harus didasarkan pada analisis menyeluruh terhadap kondisi

keuangan individu dan kemampuan mereka untuk menanggung risiko yang terkait dengan periode tunggu.

Dalam polis asuransi disabilitas yang memberikan definisi ganda tentang kecacatan, menggabungkan pekerjaan sendiri dan manfaat *residual*, terdapat kedua periode penting: periode eliminasi dan periode kualifikasi.

- **Periode Eliminasi (Elimination Period):** Ini adalah waktu yang harus dilalui tertanggung setelah mengalami disabilitas sebelum mereka dapat mulai menerima manfaat asuransi.
- **Periode Kualifikasi (Qualification Period):** Ini adalah lamanya waktu yang harus dilalui seseorang dalam keadaan cacat sebelum mereka memenuhi syarat untuk menerima manfaat *residual*. Dengan kata lain, meskipun mereka mungkin tidak dapat menjalankan pekerjaan utama mereka, mereka harus memenuhi kriteria tertentu selama periode ini untuk mulai menerima manfaat *residual*.

Dalam polis yang paling menguntungkan tertanggung, di mana tidak ada manfaat *residual*, periode kualifikasi dapat dimulai segera setelah berakhirnya periode eliminasi. Ini berarti tertanggung dapat mulai menerima manfaat disabilitas segera setelah mereka memenuhi syarat, tanpa perlu menunggu lebih lama. Pendekatan ini memberikan dukungan yang lebih cepat bagi individu yang mengalami kecacatan, membantu mereka memenuhi kebutuhan finansial selama masa pemulihan.

Dalam beberapa polis asuransi disabilitas, periode eliminasi dan periode kualifikasi dapat memiliki durasi yang sama. Misalnya, jika kedua periode tersebut ditetapkan selama 90 hari, maka jika tertanggung mengalami kecacatan total selama 90 hari, ia akan memenuhi syarat untuk menerima manfaat disabilitas total setelah periode tersebut. Jika tertanggung kembali bekerja paruh waktu setelah 90 hari, ia juga memenuhi syarat untuk manfaat *residual*.

Namun, dalam polis lain, periode eliminasi dan periode kualifikasi mungkin tidak memiliki durasi yang sama. Sebagai contoh, sebuah polis bisa memiliki periode eliminasi selama 60 hari, yang berarti setelah 60 hari, tertanggung berhak atas manfaat disabilitas total. Namun, jika periode kualifikasi ditetapkan selama 90 hari, maka cacat yang berlangsung selama 60 hari hanya memberikan hak atas manfaat disabilitas total, tetapi tidak memenuhi syarat untuk manfaat *residual*.

Jika tertanggung kembali bekerja paruh waktu pada hari ke-61 setelah cacat mulai, ia tidak akan memenuhi syarat untuk manfaat total atau *residual*, karena ia tidak mencapai periode kualifikasi yang diperlukan. Ini menunjukkan pentingnya memahami ketentuan dalam polis asuransi disabilitas untuk memastikan bahwa tertanggung dapat merencanakan keuangan mereka dengan baik selama masa pemulihan.

Masalah mengenai apakah cacat *residual* dan cacat total dapat digunakan untuk memenuhi periode eliminasi dalam polis dengan definisi ganda memang penting untuk dipahami. Dalam sebagian besar kasus, baik melalui bahasa polis tertentu maupun praktik perusahaan, hal ini diizinkan.

Artinya, jika tertanggung mengalami cacat total yang memenuhi periode eliminasi, dan kemudian mengalami cacat *residual* setelahnya, keduanya dapat dihitung untuk memenuhi syarat bagi manfaat asuransi. Ini memberikan fleksibilitas kepada tertanggung, karena mereka tidak perlu mengalami cacat total secara terus-menerus untuk memenuhi syarat atas manfaat yang mereka butuhkan.

Namun, penting bagi tertanggung untuk membaca dan memahami ketentuan khusus dalam polis mereka, karena setiap perusahaan asuransi dapat memiliki kebijakan yang berbeda. Memastikan bahwa mereka memahami bagaimana definisi cacat *residual* dan total berinteraksi dengan periode eliminasi akan membantu mereka merencanakan dengan lebih baik dalam situasi disabilitas.

#### **Contoh Kasus:**

Joni mengalami kecelakaan saat bersepeda dan mengalami cedera yang membuatnya tidak dapat bekerja. Polis asuransi disabilitas pendapatan individu yang dimiliki Joni juga memiliki definisi ganda tentang disabilitas (pekerjaan sendiri dan disabilitas *residual*) dengan periode eliminasi 60 hari.

Kronologi Kejadiannya adalah:

1. **Hari 1-30:** Joni tidak dapat bekerja sama sekali karena cedera, sehingga mengalami disabilitas total selama 30 hari.
2. **Hari 31-60:** Setelah 30 hari, Joni mulai kembali bekerja paruh waktu di tempat yang sama. Dalam periode ini, ia masih mengalami disabilitas *residual* selama 30 hari (karena cedera belum sepenuhnya pulih).

**Penilaian Periode Eliminasi:**

- Disabilitas Total: 30 hari
- Disabilitas *Residual*: 30 hari

Kedua periode ini dapat digunakan untuk memenuhi periode eliminasi 60 hari yang ditetapkan dalam polis. Setelah 60 hari, Joni dapat mulai menerima manfaat disabilitas total.

**Setelah Periode Eliminasi:**

Jika Joni terus bekerja paruh waktu setelah 60 hari, ia memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan disabilitas *residual*, karena ia telah memenuhi ketentuan periode eliminasi dengan kombinasi disabilitas total dan *residual*.

Contoh ini menunjukkan bagaimana periode eliminasi dapat dipenuhi dengan menggabungkan disabilitas total dan *residual*, memberikan fleksibilitas bagi tertanggung dalam merencanakan keuangan mereka selama masa pemulihan.

**KLAUSUL MANFAAT**

Bagian ini dibahas mengenai pentingnya jumlah awal manfaat dalam polis asuransi disabilitas, yang sangat dipengaruhi oleh pendapatan tertanggung sebelum mengalami cacat serta batas penerbitan asuransi. Meskipun manfaat awal dirancang untuk menggantikan persentase signifikan dari pendapatan tersebut, inflasi dapat mengikis daya beli manfaat tersebut seiring berjalannya waktu. Dampaknya dapat menjadi signifikan dalam jangka panjang, terutama selama periode 15 tahun, yang dapat membuat manfaat asuransi terasa kurang memadai.

Selain itu, manfaat awal juga dapat menjadi tidak mencukupi seiring dengan peningkatan pendapatan tertanggung, yang mungkin terjadi karena biaya hidup yang meningkat atau kemajuan karir. Tertanggung yang membeli manfaat sebesar Rp.20 juta saat memiliki gaji Rp.40 juta mungkin merasa bahwa jumlah tersebut tidak memadai ketika gajinya meningkat menjadi Rp.75 juta atau lebih. Hal ini menunjukkan perlunya penyesuaian berkala terhadap manfaat asuransi disabilitas untuk memastikan bahwa perlindungan tetap relevan dan mencukupi seiring perubahan kondisi ekonomi dan finansial individu.

Tiga pendekatan telah berkembang untuk mengatasi kebutuhan peningkatan manfaat asuransi disabilitas dari waktu ke waktu, yaitu **opsi peningkatan manfaat otomatis**, **opsi penyesuaian biaya hidup** (*cost of living adjustment*, COLA), dan **opsi jaminan pembelian** (*guaranteed purchase option*, GPO). Masing-masing pendekatan ini menawarkan cara untuk memastikan bahwa manfaat tetap relevan dan mencukupi seiring dengan perubahan pendapatan dan inflasi, dan akan dibahas lebih lanjut dalam penjelasan berikutnya.

Inflasi adalah fenomena ekonomi yang ditandai oleh kenaikan harga barang dan jasa secara umum dalam jangka waktu tertentu. Ketika inflasi meningkat, daya beli uang akan berkurang, sehingga semakin sedikit barang dan jasa yang dapat dibeli dengan jumlah uang yang sama. Selain itu, inflasi yang tinggi dapat melemahkan nilai tukar mata uang suatu negara dibandingkan dengan mata uang negara lain, karena permintaan terhadap mata uang tersebut cenderung menurun. Ini menunjukkan bahwa inflasi tidak hanya mempengaruhi harga barang dan jasa, tetapi juga nilai mata uang secara keseluruhan.

Dalam konteks asuransi disabilitas pendapatan, inflasi dapat berdampak signifikan pada nilai manfaat yang diterima oleh pemegang polis. Jika nilai mata uang melemah akibat inflasi, maka daya beli manfaat asuransi juga akan berkurang. Sebagai contoh, jika seseorang menerima manfaat sebesar Rp.10 juta per bulan, dan inflasi terjadi sebesar 5% dalam setahun, daya beli uang tersebut akan menurun, sehingga nilai manfaat yang sebenarnya akan setara dengan Rp.9.50 juta di tahun sebelumnya. Ini menggarisbawahi pentingnya mempertimbangkan dampak inflasi saat merencanakan perlindungan keuangan melalui asuransi disabilitas.

Untuk mengatasi dampak inflasi, individu dapat menerapkan beberapa strategi efektif, seperti memilih polis asuransi disabilitas pendapatan yang dilengkapi dengan klausul penyesuaian inflasi, yang memungkinkan manfaat asuransi disesuaikan secara berkala dengan tingkat inflasi. Selain itu, mereka dapat menginvestasikan sisa manfaat yang diterima dalam instrumen investasi yang memberikan imbal hasil lebih tinggi dari inflasi. Menambah perlindungan dengan asuransi kesehatan dan asuransi jiwa juga disarankan untuk menciptakan perlindungan yang lebih komprehensif. Dengan memahami dan mengantisipasi dampak inflasi, individu dapat memaksimalkan manfaat dari asuransi disabilitas pendapatan yang mereka miliki.

### **Peningkatan Manfaat Otomatis**

**Opsi peningkatan manfaat otomatis** (*automatic benefit increase*) memungkinkan perusahaan asuransi untuk meningkatkan manfaat bulanan tertanggung setiap tahun berdasarkan tingkat inflasi, biasanya selama lima tahun, dengan kenaikan yang sering kali dikaitkan dengan Indeks Harga Konsumen (IHK) atau *Consumer Price Index* (CPI). Beberapa perusahaan mungkin mengenakan premi tambahan untuk opsi ini, sementara yang lain menyertakan manfaat dalam premi awal. Kenaikan manfaat tahunan biasanya memiliki batas maksimum, dan selama periode ini, tidak diperlukan underwriting medis atau keuangan.

Tertanggung memiliki pilihan untuk menerima atau menolak kenaikan manfaat tersebut. Jika mereka menerima kenaikan, premi polis akan meningkat, tetapi jika mereka menolak beberapa kenaikan yang ditawarkan, manfaat tersebut tidak akan ditawarkan lagi di masa mendatang. Hal ini memberikan fleksibilitas kepada tertanggung dalam mengelola manfaat sesuai dengan kondisi keuangan mereka.

Setelah periode peningkatan manfaat otomatis berakhir, perusahaan asuransi umumnya meminta bukti kemampuan finansial untuk memperbarui kenaikan bagi jangka waktu yang ditetapkan. Namun, penting untuk dicatat bahwa meskipun opsi ini membantu menjaga nilai manfaat agar sesuai dengan inflasi sebelum terjadinya disabilitas, manfaat yang diterima tetap tidak berubah saat disabilitas terjadi.

#### **Contoh Kasus**

Contoh kasus Amrin, seorang karyawan di perusahaan teknologi, menggambarkan pentingnya memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan dengan fitur penyesuaian manfaat otomatis. Amrin mulai bekerja pada tahun 2010 dan menerima manfaat bulanan sebesar Rp 5 juta sebagai bagian dari paket kompensasinya. Polis ini memiliki fitur yang secara otomatis meningkatkan manfaat bulanan sesuai dengan indeks harga konsumen (IHK) setiap tahun, memberikan perlindungan terhadap inflasi dan menjaga daya beli manfaatnya.

Dalam perjanjian polis, dinyatakan bahwa manfaat bulanan akan meningkat sebesar 3% setiap tahun. Amrin menjalani kehidupan profesionalnya tanpa masalah kesehatan hingga tahun 2023, saat ia mengalami kecelakaan kerja yang membuatnya tidak dapat bekerja. Ketika Amrin mengajukan klaim pada tahun tersebut, ia menemukan bahwa

manfaat bulanan yang diterimanya telah meningkat secara signifikan berkat fitur penyesuaian otomatis.

Perhitungan kenaikan manfaat Amrin adalah sebagai berikut: selama 13 tahun sejak polis aktif, manfaatnya meningkat 3% per tahun, yang totalnya mencapai 39%. Dengan manfaat awal sebesar Rp 5 juta, kenaikan total menjadi Rp 1.950.000, sehingga manfaat bulanan saat ini adalah Rp 6.950.000. Ini menunjukkan bagaimana fitur penyesuaian manfaat otomatis dapat memberikan manfaat yang lebih besar ketika tertanggung mengalami disabilitas.

Fitur ini sangat berharga karena melindungi daya beli manfaat asuransi terhadap inflasi, memastikan bahwa Amrin dapat terus memenuhi kebutuhan hidupnya meskipun tidak lagi bekerja. Selain itu, Amrin dapat merasa tenang karena tahu bahwa nilai manfaatnya tidak akan tergerus oleh kenaikan biaya hidup, yang sering kali terjadi dalam jangka waktu panjang.

Namun, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait fitur penyesuaian manfaat otomatis ini. Meskipun memberikan keuntungan, fitur ini biasanya akan meningkatkan premi asuransi yang harus dibayar. Selain itu, tidak semua polis asuransi disabilitas pendapatan menawarkan fitur ini, sehingga penting untuk memeriksa opsi yang tersedia saat memilih polis. Dengan demikian, Amrin dan pemegang polis lainnya perlu mempertimbangkan baik keuntungan maupun biaya yang terkait dengan fitur ini dalam perencanaan keuangan mereka.

### **Penyesuaian Biaya Hidup**

**Opsi penyesuaian biaya hidup** (*cost of living adjustment, COLA*) dirancang untuk memberikan manfaat bulanan yang meningkat guna mengimbangi dampak inflasi setelah kecacatan terjadi, meskipun spesifikasinya dapat bervariasi antara perusahaan asuransi. Peningkatan manfaat ini biasanya tersedia tanpa underwriting tambahan, namun perusahaan asuransi sering mengenakan premi khusus untuk opsi tersebut, yang juga akan meningkat seiring dengan kenaikan manfaat. Aspek yang kontroversial dari opsi COLA adalah biayanya, yang bisa berkisar antara 25 hingga 50 persen dari premi dasar, mencerminkan bahwa bahkan inflasi yang moderat dapat mengakibatkan peningkatan manfaat yang signifikan.

### Contoh Kasus

Budi adalah seorang karyawan di perusahaan manufaktur dengan gaji bulanan Rp 10.000.000 dan memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan yang memberikan manfaat bulanan sebesar Rp 6.000.000 jika ia mengalami ketidakmampuan total dan permanen untuk bekerja. Polis tersebut dilengkapi dengan fitur COLA (*Cost of Living Adjustment*) yang menetapkan kenaikan manfaat sebesar 2% per tahun, bertujuan untuk menjaga daya beli manfaat seiring dengan inflasi.

Setelah 10 tahun polis aktif, Budi mengalami kecelakaan kerja yang mengakibatkan ketidakmampuannya untuk bekerja. Dalam perhitungan, manfaat bulanan Budi akan meningkat sebanyak 20% selama periode tersebut, berdasarkan kenaikan 2% per tahun. Dengan demikian, nilai manfaatnya setelah 10 tahun menjadi Rp 7.200.000, yang dihitung dengan menambahkan kenaikan total ke manfaat awal.

Meskipun tingkat inflasi rata-rata Indonesia selama 10 tahun adalah 3%—lebih tinggi dari kenaikan manfaat yang diterima Budi—manfaat bulanan yang meningkat ini tetap membantu menutupi kenaikan biaya hidup yang dialaminya. Hal ini menunjukkan pentingnya memiliki fitur penyesuaian dalam polis asuransi disabilitas untuk melindungi daya beli dalam jangka panjang.

Penting untuk diperhatikan bahwa persentase kenaikan manfaat akibat COLA dapat bervariasi antar polis, dengan beberapa polis menggunakan indeks inflasi yang berbeda atau memiliki batasan maksimum untuk kenaikan manfaat. Kenaikan manfaat dihitung secara kumulatif berdasarkan manfaat yang telah disesuaikan, sehingga efeknya semakin besar seiring waktu. Selain menjaga daya beli, fitur COLA juga memberikan ketenangan pikiran kepada tertanggung, karena mereka yakin bahwa manfaat asuransi mereka tetap relevan dengan kondisi ekonomi yang berubah.

Dalam skenario yang lebih kompleks, Budi memiliki opsi untuk memilih antara COLA sebesar 2% atau 3% per tahun. Jika ia memilih opsi 3%, maka setelah 10 tahun, manfaat bulanan yang diterimanya akan meningkat menjadi Rp 7.800.000, berdasarkan total kenaikan 30%. Namun, meskipun manfaat yang lebih tinggi menarik, Budi juga harus mempertimbangkan bahwa premi yang dibayarnya akan lebih mahal.

Kesimpulannya, fitur COLA adalah elemen penting dalam polis asuransi disabilitas pendapatan. Memahami cara kerja fitur ini dan mempertimbangkan berbagai opsi yang

tersedia dapat membantu individu seperti Budi untuk memilih polis yang paling sesuai dengan kebutuhan dan tujuan finansial mereka.

Jumlah peningkatan tahunan dalam fitur COLA dapat berupa persentase tetap atau dikaitkan dengan indeks seperti CPI yang mencerminkan inflasi, dengan bunga yang dihitung menggunakan bunga majemuk atau sederhana, di mana bunga sederhana lebih murah. Kenaikan persentase tahunan biasanya dibatasi antara 3 hingga 8 persen, dan semakin besar batasan ini, semakin tinggi premi yang dikenakan. Selain itu, opsi COLA sering kali memiliki batasan pada manfaat bulanan maksimum, misalnya dua kali lipat dari manfaat awal.

### **Opsi Peningkatan Manfaat Otomatis vs Opsi COLA**

Meskipun Peningkatan Manfaat Otomatis dan opsi COLA (*cost of living adjustment*) sama-sama bertujuan menjaga daya beli manfaat asuransi seiring inflasi, terdapat beberapa perbedaan mendasar antara keduanya. Pertama, dasar peningkatan untuk peningkatan manfaat otomatis biasanya terikat pada indeks tertentu, seperti indeks harga konsumen (IHK), yang menyebabkan peningkatan otomatis setiap tahun berdasarkan persentase kenaikan indeks tersebut. Sementara itu, COLA juga terikat pada indeks, namun seringkali lebih fleksibel dan dapat disesuaikan dengan rata-rata kenaikan gaji nasional atau indeks relevan lainnya.

Kedua, frekuensi penyesuaian juga berbeda. Peningkatan manfaat otomatis biasanya dilakukan setiap tahun pada tanggal yang sama dengan tanggal mulai polis, sedangkan COLA dapat bervariasi, dengan penyesuaian yang dilakukan setiap tahun atau setiap beberapa tahun sekali, tergantung pada ketentuan polis.

Ketiga, mengenai batas maksimum kenaikan. Peningkatan manfaat otomatis umumnya memiliki batas maksimum yang ketat untuk mengontrol biaya, sedangkan COLA bisa lebih fleksibel dalam penerapan batas maksimum walaupun tetap ada batasan.

Keempat, kompleksitas perhitungan menjadi faktor lain yang membedakan keduanya. Perhitungan kenaikan manfaat untuk Peningkatan manfaat otomatis biasanya lebih sederhana, hanya berdasarkan indeks yang telah ditetapkan. Sebaliknya, perhitungan untuk COLA bisa lebih kompleks, melibatkan beberapa faktor, termasuk kinerja investasi portofolio perusahaan asuransi atau rata-rata kenaikan gaji industri.

Terakhir, biaya premi untuk kedua opsi ini juga berbeda. Peningkatan manfaat otomatis umumnya akan meningkatkan premi asuransi dengan cara yang lebih terukur dan mudah diprediksi, sementara biaya premi untuk COLA dapat meningkat namun dengan besaran yang lebih fluktuatif, tergantung pada kinerja indeks yang digunakan.

Tabel 2.1 Perbedaan Peningkatan Manfaat Otomatis dan COLA

Fitur	Peningkatan Manfaat Otomatis	COLA
Dasar Peningkatan	Indeks tertentu (misal: IHK)	Indeks atau faktor lain yang relevan
Frekuensi Penyesuaian	Tahunan	Tahunan atau lebih jarang
Batas Maksimum Kenaikan	Ada	Ada, namun lebih fleksibel
Kompleksitas Perhitungan	Sederhana	Lebih kompleks
Biaya Premi	Meningkat, namun terukur	Meningkat, namun lebih fluktuatif

Pilihan antara peningkatan manfaat otomatis dan opsi COLA tergantung pada preferensi dan kebutuhan individu; Peningkatan manfaat otomatis menawarkan kepastian dan perhitungan yang sederhana, sementara COLA memberikan fleksibilitas dan potensi kenaikan manfaat yang lebih tinggi. Selain itu, pertimbangkan faktor-faktor seperti tujuan finansial jangka panjang, toleransi risiko terhadap fluktuasi premi, dan kondisi kesehatan yang mungkin membatasi pilihan.

### Contoh Kasus

Amrin, seorang karyawan dengan gaji bulanan Rp 15 juta, memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan individu dengan manfaat awal sebesar Rp 9 juta per bulan. Polis ini dilengkapi dengan fitur COLA yang meningkatkan manfaat setiap tahun sebesar 3%, tetapi dengan batas maksimum kenaikan 5% per tahun.

Setelah mengalami kecelakaan kerja pada tahun ke-5 polis, Amrin dinyatakan cacat total dan permanen. Selama 10 tahun berikutnya, ia menerima manfaat bulanan yang meningkat sesuai fitur COLA, namun peningkatan tersebut terbatas oleh batas maksimum 5% per tahun yang ditetapkan dalam polis, sehingga manfaatnya tidak dapat melebihi batas yang ditentukan.

Tabel 2.2 Tabel Peningkatan Manfaat

Tahun	Manfaat Awal (Rp)	Kenaikan (Rp)	Manfaat Akhir (Rp)
1	9.000.000	270.000	9.270.000
2	9.270.000	278.100	9.548.100
3	9.548.100	286.443	9.834.543
4	9.834.543	295.036	10.129.579
5	10.129.579	303.887	10.433.466
6	10.433.466	312.904	10.746.370
7	10.746.370	322.191	11.068.561
8	11.068.561	331.657	11.400.218
9	11.400.218	341.306	11.741.524
10	11.741.524	469.661	12.211.185

**Catatan:** Pada tahun ke-10, kenaikan manfaat mencapai batas maksimum 5% (Rp 469.661), sehingga manfaat akhir tidak melebihi batas yang ditentukan dalam polis.

#### Fitur Pembelian Kembali

Jika Amrin sembuh total setelah 5 tahun menerima manfaat dan kembali bekerja, ia dapat menggunakan fitur pembelian kembali untuk meningkatkan manfaat awal menjadi Rp 10.433.466 (manfaat pada akhir tahun ke-5). Jika ia mengalami cacat total dan permanen kembali di masa depan, manfaat bulanannya akan dimulai dari jumlah yang telah disesuaikan ini

Fitur pembelian kembali (*buy back*) dalam asuransi disabilitas pendapatan memberikan fleksibilitas dan perlindungan tambahan bagi pemegang polis. Fitur ini memungkinkan pemegang polis untuk meningkatkan jumlah manfaat yang diterima jika mereka mengalami cacat total dan permanen di masa depan, bahkan setelah sebelumnya telah menerima manfaat akibat cacat. Dengan demikian, pemegang polis tidak perlu khawatir kehilangan perlindungan meskipun pernah mengalami cacat sebelumnya.

Proses pembentukan fitur ini dimulai ketika pemegang polis mengalami cacat total dan permanen, yang memicu pembayaran manfaat bulanan sesuai jumlah yang tercantum dalam polis. Selama periode tersebut, jumlah manfaat akan meningkat seiring waktu

sesuai dengan persentase yang ditentukan, seperti melalui fitur COLA. Jika pemegang polis pulih dan dapat bekerja kembali, periode pembayaran manfaat akan berakhir, dan pada saat itu, manfaat awal dalam polis akan disesuaikan menjadi jumlah terakhir yang diterima sebelum pemulihan.

Tujuan utama dari fitur pembelian kembali adalah untuk melindungi daya beli pemegang polis, sehingga manfaat asuransi tetap relevan dengan biaya hidup yang terus meningkat. Selain itu, fitur ini memberikan ketenangan pikiran, karena pemegang polis tahu bahwa perlindungan mereka akan tetap berlaku meskipun kondisi keuangan berubah. Jika pemegang polis mengalami cacat lagi di masa depan, mereka akan menerima manfaat yang lebih tinggi dibandingkan manfaat awal yang ditetapkan saat polis pertama kali dibuat.

#### **Contoh Sederhana:**

Amrin memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan dengan manfaat awal Rp 8 juta per bulan. Setelah 5 tahun, Amrin mengalami kecelakaan dan dinyatakan cacat total dan permanen. Selama 3 tahun menerima manfaat, jumlah manfaatnya meningkat menjadi Rp 9.2 juta per bulan karena adanya fitur COLA.

Setelah 3 tahun, Amrin dinyatakan sembuh total dan kembali bekerja. Pada saat itu, manfaat awal polis Amrin akan disesuaikan menjadi Rp 9.2 juta. Jika di masa mendatang Amrin mengalami cacat kembali, maka manfaat yang akan diterimanya adalah sebesar Rp 9.2 juta, bukan lagi Rp 8 juta.

#### **Opsi Jaminan Pembelian**

Salah satu alternatif untuk peningkatan manfaat otomatis dan COLA adalah membeli polis baru dari waktu ke waktu untuk meningkatkan manfaat disabilitas pendapatan agregat. Keuntungannya adalah jika inflasi tetap terkendali, tertanggung tidak perlu membeli asuransi tambahan. Namun, kerugiannya adalah setiap polis baru harus melalui proses underwriting medis, dan jika kesehatan tertanggung memburuk, mereka mungkin kesulitan mendapatkan pertanggungan yang terjangkau atau bahkan tidak tersedia sama sekali.

Untuk mengatasi masalah ini, opsi jaminan pembelian (*guaranteed purchase option*, GPO) menawarkan solusi. Dengan membayar premi tambahan, tertanggung dijamin hak untuk membeli pertanggungan tambahan pada usia atau interval tertentu tanpa perlu

underwriting medis. Meskipun manfaat tambahan yang dapat dibeli biasanya dibatasi oleh pedoman keuangan perusahaan asuransi, GPO memungkinkan tertanggung untuk menjaga manfaat tetap sejalan dengan biaya hidup dan kenaikan gaji, meskipun manfaat yang dibayarkan selama masa disabilitas tetap sama seperti sebelum disabilitas.

GPO sangat menguntungkan bagi tertanggung yang lebih muda, karena mereka memiliki masa kerja yang lebih panjang di depan. Dengan premi tambahan yang relatif kecil dibandingkan fitur COLA, GPO memberikan jaminan untuk pembelian tambahan yang signifikan sesuai kebutuhan. Premi untuk pertanggung tambahan di bawah GPO cenderung lebih terjangkau ketika dibeli pada saat tertanggung seharusnya memiliki penghasilan yang lebih tinggi dan lebih banyak pendapatan yang dapat dibelanjakan.

## **PEMBAYARAN PREMI**

Pembayaran premi untuk polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan dirancang agar tetap stabil, kecuali jika ada kenaikan premi yang disebabkan oleh manfaat tambahan yang diperoleh melalui opsi jaminan pembelian (GPO) atau peningkatan manfaat otomatis. Pembayaran premi dapat dilakukan dengan berbagai frekuensi atau moda, termasuk bulanan, triwulanan, semesteran, atau tahunan. Untuk membantu tertanggung, perusahaan asuransi biasanya memberikan masa tenggang selama 31 hari untuk pembayaran premi.

Jika premi tidak dibayar dalam masa tenggang, perusahaan asuransi umumnya mengizinkan pemulihan otomatis polis jika premi dibayarkan dalam waktu 15 hari setelah berakhirnya masa tenggang. Hal ini memberikan keleluasaan bagi tertanggung untuk tetap menjaga polis mereka aktif meskipun terjadi keterlambatan dalam pembayaran.

Teknologi modern telah meningkatkan cara pembayaran premi, memungkinkan lebih banyak opsi selain cek atau debit bank otomatis. Beberapa perusahaan asuransi kini memungkinkan pembayaran melalui transfer dana elektronik dan kartu kredit secara online, memberikan kenyamanan tambahan bagi pemegang polis.

Sebagian besar polis asuransi disabilitas pendapatan juga menyediakan ketentuan pembebasan premi tanpa biaya tambahan. Jika tertanggung mengalami kecacatan yang memenuhi syarat, premi akan dibebaskan selama masa pertanggung. Periode

eliminasi yang paling umum untuk pengabaian premi adalah 90 hari, yang biasanya bersamaan dengan periode eliminasi untuk pembayaran manfaat.

Pada beberapa polis, periode eliminasi untuk pengabaian premi harus dipenuhi dengan hari-hari disabilitas berturut-turut, sedangkan pada polis lain, hari-hari disabilitas tidak berturut-turut dari periode singkat disabilitas dapat digabungkan. Jika definisi ganda kecacatan digunakan, yaitu **pekerjaan sendiri** dan **disabilitas residual**, maka hari-hari disabilitas total atau *residual* dapat digunakan untuk memenuhi periode eliminasi pengabaian premi. Hal ini memberikan fleksibilitas lebih bagi pemegang polis dalam memenuhi syarat untuk pengabaian premi.

### Contoh Kasus

Budi memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan dengan periode eliminasi 90 hari dan menggunakan definisi ganda disabilitas. Ia mengalami kecelakaan pada bulan Januari dan tidak dapat bekerja selama 30 hari. Pada bulan Maret, ia mengalami cedera ringan yang membuatnya tidak bisa bekerja selama 15 hari. Meskipun ada jeda antara kedua periode cacat tersebut, Budi tetap dapat menggabungkan kedua periode tersebut untuk memenuhi periode eliminasi 90 hari. Dengan demikian, ia berhak atas manfaat pengabaian premi.

## PROVISI PENTING LAINNYA

---

### PENGERTIAN DISABILITAS

Definisi kontraktual tentang disabilitas adalah bagian penting dari polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan. Klaim manfaat hanya akan diterima jika pemegang polis memenuhi syarat yang ditentukan dalam polis tersebut.

Salah satu perbedaan utama adalah antara definisi disabilitas untuk "**sembarang pekerjaan**" atau "**pekerjaan apa saja**" (*any occ*) dan "**pekerjaan sendiri**" (*own occ*). Selain itu, ada juga definisi untuk disabilitas sebagian (*partial disability*) dan disabilitas residual (*residual disability*). Definisi-definisi ini menentukan kondisi di mana pemegang polis dianggap tidak mampu bekerja dan berhak atas manfaat asuransi.

## "ANY OCC" VERSUS "OWN OCC"

Dari sudut pandang pemegang polis, definisi disabilitas yang paling menguntungkan adalah "**pekerjaan sendiri**" (*own occupation*). Artinya, jika pemegang polis tidak dapat melakukan tugas-tugas dalam pekerjaan mereka karena sakit atau cedera, mereka berhak mendapatkan manfaat asuransi, terlepas dari apakah mereka bisa bekerja di pekerjaan lain atau tidak.

Definisi ini dulu umum digunakan, tetapi sekarang kurang disukai oleh perusahaan asuransi, terutama jika dikombinasikan dengan manfaat yang tinggi, periode manfaat yang lama, dan ketentuan yang tidak dapat dibatalkan. Alasannya adalah risikonya tinggi bagi perusahaan asuransi.

### **Contoh Kasus: Dokter Bedah**

Sebagai contoh, seorang dokter bedah yang mengalami cedera tangan mungkin tidak dapat melakukan operasi lagi, yang memenuhi definisi disabilitas berdasarkan pekerjaan sendiri. Meskipun dokter tersebut mungkin bisa bekerja sebagai administrator rumah sakit atau dalam peran lain, perusahaan asuransi tetap wajib membayar manfaat karena ia tidak dapat melakukan pekerjaan utamanya. Dalam beberapa kasus, pendapatan total dokter—dari manfaat asuransi dan pekerjaan baru—bisa jadi lebih tinggi daripada pendapatan sebelum mengalami disabilitas. Namun, perusahaan asuransi harus tetap memenuhi ketentuan polis yang menjamin manfaat berdasarkan definisi "pekerjaan sendiri."

### **Contoh kasus: Pengacara**

**Badu, seorang pengacara profesional**, memiliki polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan. Dalam polisnya, didefinisikan bahwa "Tertanggung harus tidak dapat menjalankan tugas pekerjaan rutinnnya dan tidak boleh bekerja di pekerjaan lain yang wajar."

Badu mengalami kecelakaan mobil yang mengakibatkan cedera punggung serius, membuatnya tidak mampu duduk untuk waktu yang lama, sehingga ia tidak dapat menjalankan tugasnya sebagai pengacara.

Jika Badu memilih untuk tidak bekerja di bidang lain, ia berhak mendapatkan tunjangan disabilitas sesuai dengan definisi pekerjaan dalam polis. Namun, jika ia kemudian memutuskan untuk menerima pekerjaan sebagai penulis lepas untuk majalah hukum, ia akan gagal memenuhi definisi kedua—ia bekerja di pekerjaan lain yang wajar, berdasarkan latar belakang pendidikannya.

Setelah Badu mulai bekerja sebagai penulis, perusahaan asuransi mungkin akan mengurangi atau menghentikan tunjangan disabilitasnya, tergantung pada ketentuan lebih lanjut dalam polis yang menyangkut perubahan situasi kerjanya.

Di sini dibahas pendekatan yang diambil oleh beberapa perusahaan asuransi untuk mengelola risiko asuransi disabilitas. Salah satu strategi adalah membatasi durasi definisi "pekerjaan sendiri" dalam polis, biasanya berlaku antara dua hingga lima tahun. Selama periode ini, tertanggung dapat menerima manfaat jika tidak mampu melakukan tugas pekerjaan rutinnnya. Setelah periode tersebut, untuk tetap menerima manfaat, tertanggung harus memenuhi definisi yang lebih ketat, yaitu tidak dapat melakukan pekerjaan apa pun yang sesuai dengan pelatihan dan pengalaman mereka.

Perusahaan asuransi juga dapat mengurangi atau menghilangkan manfaat jika tertanggung memilih untuk kembali bekerja. Definisi disabilitas untuk semua jenis pekerjaan jauh lebih ketat, mengharuskan tertanggung untuk tidak mampu melakukan tugas yang menghasilkan pendapatan sesuai latar belakang mereka. Meskipun pendekatan ini mengurangi risiko bagi perusahaan asuransi, hal ini kurang menarik bagi konsumen dan sulit untuk dipasarkan.

Selain itu, definisi disabilitas dalam konteks asuransi ini tidak seketat definisi menurut Jaminan Sosial (*Social Security*), yang mensyaratkan kondisi yang sangat parah atau berlangsung setidaknya selama 12 bulan. Ini menunjukkan tantangan yang dihadapi perusahaan asuransi dalam menyeimbangkan risiko dengan daya tarik produk mereka.

### **Pandangan dari sudut Tertanggung**

Definisi disabilitas yang lebih menguntungkan bagi tertanggung adalah "pekerjaan sendiri" (*own occupation*). Berikut adalah alasannya:

#### **1. Perlindungan yang Lebih Luas:**

- Dengan definisi "pekerjaan sendiri", tertanggung dapat menerima manfaat jika mereka tidak mampu melakukan tugas-tugas dalam pekerjaan utama

mereka, tanpa mempertimbangkan kemampuan mereka untuk bekerja di bidang lain. Ini memberikan perlindungan yang lebih baik bagi individu yang memiliki keterampilan khusus.

## 2. Fokus pada Kemampuan:

- Definisi ini lebih berfokus pada kemampuan bertanggung untuk menjalankan pekerjaan yang mereka latih dan kuasai, sehingga lebih adil bagi mereka yang memiliki profesi yang sangat spesifik dan tidak bisa beralih ke pekerjaan lain yang mungkin tidak sesuai dengan keahlian mereka.

## 3. Motivasi untuk Memulihkan Diri:

- Tertanggung mungkin lebih termotivasi untuk berusaha pulih jika mereka tahu bahwa mereka akan mendapatkan manfaat jika tidak dapat kembali ke pekerjaan utama mereka, tanpa harus mencari pekerjaan lain yang mungkin tidak mereka inginkan.

Sebaliknya, definisi "**sembarang pekerjaan**" (*any occupation*) lebih ketat dan mengharuskan tertanggung untuk tidak mampu melakukan pekerjaan lain yang sesuai dengan pendidikan dan pengalaman mereka. Ini dapat mengurangi manfaat yang diterima tertanggung dan menciptakan ketidakpastian, membuatnya kurang menarik bagi mereka.

### **Pandangan dari sudut Penanggung**

Definisi disabilitas yang lebih menguntungkan bagi penanggung (perusahaan asuransi) adalah "**sembarang pekerjaan**" (*any occupation*). Berikut adalah alasannya:

#### 1. Risiko yang Lebih Rendah:

- Dengan definisi "setiap pekerjaan", penanggung memiliki risiko yang lebih rendah, karena tertanggung harus memenuhi syarat bahwa mereka tidak dapat melakukan pekerjaan apa pun yang sesuai dengan pendidikan dan pengalaman mereka. Ini mengurangi kemungkinan klaim yang sering dan besar.

#### 2. Mengurangi Insentif untuk Tidak Bekerja:

- Definisi ini mengurangi insentif bagi tertanggung untuk tidak kembali bekerja, karena mereka harus membuktikan bahwa mereka tidak dapat melakukan pekerjaan lain untuk menerima manfaat. Ini membantu

penanggung menghindari situasi di mana tertanggung memilih untuk tidak bekerja meskipun mereka mampu.

### 3. Biaya Manfaat yang Lebih Terkontrol:

- Dengan batasan yang lebih ketat, penanggung dapat lebih mudah mengontrol biaya manfaat yang harus dibayarkan. Jika tertanggung dapat bekerja dalam kapasitas lain, biaya klaim dapat diminimalkan.

Secara keseluruhan, definisi "**sembarang pekerjaan**" memberikan perusahaan asuransi lebih banyak perlindungan dan kontrol terhadap risiko, menjadikannya lebih menguntungkan bagi penanggung.

### Penerapan dalam Underwriting dan Proses Klaim

- **Underwriting:** Saat melakukan underwriting, penilai akan mempertimbangkan jenis pekerjaan pemohon dan risiko terkait. Untuk polis dengan cakupan "*own occupation*," perusahaan asuransi mungkin lebih berhati-hati dalam menilai risiko, karena perlindungan yang diberikan lebih komprehensif. Sebaliknya, untuk "*any occupation*," penilai dapat lebih fleksibel karena cakupannya lebih luas.
- **Proses Klaim:** Dalam proses klaim, jika pemegang polis memiliki cakupan "*own occupation*," mereka perlu menunjukkan bahwa mereka tidak dapat melakukan pekerjaan spesifik mereka. Pada sisi lain, untuk "*any occupation*," mereka harus membuktikan bahwa mereka tidak dapat melakukan pekerjaan apa pun, yang bisa jadi lebih sulit.

### Perbedaan dalam Merancang Manfaat Asuransi

- **Manfaat "Any Occupation":** Cenderung memiliki premi yang lebih rendah karena risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi lebih kecil. Ini juga berarti manfaat yang diterima mungkin lebih rendah dibandingkan dengan manfaat "*own occupation*."
- **Manfaat "Own Occupation":** Memiliki premi yang lebih tinggi, tetapi menawarkan perlindungan yang lebih besar dan spesifik. Ini sangat bermanfaat bagi individu dengan keterampilan khusus atau pekerjaan yang sulit untuk digantikan.

## **PARTIAL DISABILITY**

Pada tahun 1970-an, perusahaan asuransi di Amerika Serikat mulai menghadapi kerugian signifikan akibat banyaknya klaim berdasarkan definisi disabilitas "**pekerjaan sendiri**." Banyak tertanggung yang tidak bisa menjalankan profesi utama mereka tetapi masih dapat bekerja di bidang lain. Situasi ini menyebabkan perusahaan asuransi mengalami kerugian finansial yang cukup besar.

Untuk mengatasi masalah tersebut, perusahaan asuransi memperkenalkan konsep "**disabilitas sebagian**." (*partial disability*) Konsep ini mendefinisikan disabilitas sebagai ketidakmampuan tertanggung untuk menjalankan beberapa tugas dari pekerjaan utama mereka, meskipun mereka mungkin masih bisa melakukan beberapa aspek pekerjaan tersebut. Ini memberikan cara baru bagi perusahaan untuk mengelola risiko.

Dalam skema disabilitas sebagian, manfaat yang diberikan bukan berdasarkan kehilangan pendapatan yang dialami tertanggung. Sebaliknya, polis menyediakan manfaat yang setara dengan 50 persen dari total manfaat disabilitas. Ini berarti bahwa tertanggung yang mengalami disabilitas sebagian tetap dapat menerima manfaat meskipun mereka juga bekerja.

Secara teoritis, seorang tertanggung dapat kembali bekerja di pekerjaannya dan memperoleh 100 persen dari pendapatan sebelumnya, sambil tetap menerima manfaat disabilitas sebagian. Pendekatan ini memberikan fleksibilitas bagi tertanggung, memungkinkan mereka untuk mendapatkan penghasilan sambil tetap mendapatkan dukungan dari polis asuransi.

Untuk melindungi perusahaan asuransi dari risiko kerugian akibat asuransi yang berlebihan dan kurangnya motivasi dari tertanggung, ketentuan disabilitas sebagian sering digabungkan dengan persyaratan disabilitas total untuk jangka waktu tertentu. Jangka waktu ini biasanya bertepatan dengan periode eliminasi dan memiliki durasi manfaat yang terbatas, biasanya antara tiga hingga 12 bulan.

Meskipun ketentuan disabilitas sebagian menguntungkan perusahaan asuransi dengan mencegah klaim palsu dan memberikan insentif bagi tertanggung untuk kembali bekerja, ketentuan ini juga memberikan manfaat bagi tertanggung itu sendiri. Dalam situasi di mana tertanggung hanya mampu melakukan sebagian tugas dari pekerjaan mereka atau

melakukan semua tugas hanya dalam waktu terbatas, mereka mungkin akan ditolak manfaat berdasarkan definisi disabilitas total.

Dengan adanya ketentuan disabilitas sebagian, tertanggung yang masih dapat bekerja dalam kapasitas tertentu tetap mendapatkan perlindungan. Ini berarti mereka tidak sepenuhnya kehilangan manfaat jika mereka mengalami kesulitan dalam menjalankan pekerjaan secara penuh.

Secara teoritis, ketentuan ini memberikan setidaknya beberapa bentuk dukungan kepada tertanggung yang mengalami disabilitas sebagian, memungkinkan mereka untuk tetap mendapatkan manfaat bahkan ketika mereka tidak memenuhi syarat untuk disabilitas total. Hal ini menciptakan keseimbangan antara perlindungan bagi tertanggung dan pengelolaan risiko bagi perusahaan asuransi.

### **Perbedaan Partial Disability dengan Total Disability**

Perbedaan antara **cacat atau disabilitas sebagian** (*partial disability*) dan **cacat atau disabilitas total** (*total disability*) terletak pada tingkat ketidakmampuan dan dampaknya terhadap kemampuan kerja individu. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai keduanya:

#### **Cacat Total (Total Disability)**

- **Definisi:** Cacat total mengacu pada kondisi di mana individu tidak mampu melakukan pekerjaan mereka sama sekali, baik di pekerjaan utama maupun pekerjaan lain yang sesuai dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman mereka.
- **Manfaat:** Tertanggung yang memenuhi definisi cacat total biasanya berhak atas manfaat penuh dari polis asuransi disabilitas.
- **Contoh:** Seseorang yang mengalami cedera parah atau penyakit yang mencegah mereka dari melakukan pekerjaan apa pun selama jangka waktu tertentu.

#### **Cacat Sebagian (Partial Disability)**

- **Definisi:** Cacat sebagian berarti individu tidak dapat melakukan beberapa tugas dari pekerjaan mereka, tetapi masih mampu melakukan beberapa aspek dari pekerjaan tersebut atau bekerja dalam kapasitas terbatas.

- **Manfaat:** Tertanggung yang mengalami cacat sebagian mungkin menerima manfaat yang lebih rendah, seringkali tidak lebih dari 50 persen dari manfaat penuh, dan biasanya untuk periode waktu terbatas.
- **Contoh:** Seseorang yang mengalami cedera ringan yang membatasi kemampuan mereka untuk melakukan beberapa tugas dalam pekerjaan mereka, tetapi masih dapat bekerja dengan waktu atau beban kerja yang lebih ringan.

Disabilitas total mencakup situasi di mana individu tidak dapat bekerja sama sekali, sementara cacat sebagian mencakup kondisi di mana individu masih dapat bekerja, meskipun dengan keterbatasan. Perbedaan ini penting dalam konteks klaim asuransi disabilitas dan manfaat yang diterima.

### **RESIDUAL DISABILITY**

**Disabilitas residual** adalah pendekatan lain yang digunakan perusahaan asuransi untuk memberikan manfaat parsial kepada tertanggung jika terjadi cacat total. Pendekatan cacat *residual* mendorong individu untuk kembali bekerja, setidaknya paruh waktu, setelah mengalami cacat. Pendekatan ini masuk akal jika dipadukan dengan definisi pekerjaan sendiri tentang cacat bagi tertanggung seperti pengacara, akuntan, dokter, dan profesional wiraswasta lainnya yang pendapatannya bergantung pada besarnya beban kasus yang dapat mereka tangani. Seorang pengacara yang hanya dapat bekerja paruh waktu setelah mengalami cacat serius tidak akan menerima manfaat apa pun berdasarkan interpretasi ketat dari ketentuan cacat total pekerjaan sendiri. Di sisi lain, seorang pengacara yang dapat menangani beban kasus parsial dapat memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat *residual*.

Secara umum, cacat *residual* adalah cacat yang mengakibatkan tertanggung tidak dapat menjalankan beberapa tugas pekerjaannya sendiri secara penuh waktu, yang mengakibatkan hilangnya pendapatan. Beberapa polis hanya mensyaratkan kerugian pendapatan dan tidak peduli apakah tertanggung dapat bekerja di pekerjaan lamanya. Pada dasarnya, pendapatan sebelum cacat dibandingkan dengan pendapatan setelah cacat untuk menentukan persentase kehilangan penghasilan. Persentase kehilangan penghasilan kemudian dikalikan dengan manfaat yang akan diterima tertanggung jika ia cacat total. Hasilnya adalah manfaat cacat *residual*.

**Contoh Kasus:**

Mukidi adalah seorang desainer grafis yang memiliki pendapatan bersih sebesar Rp 80 juta per bulan sebelum mengalami cacat. Setelah mengalami cedera tangan akibat kecelakaan, Mukidi tidak dapat bekerja penuh waktu dan hanya mampu menyelesaikan proyek-proyeknya selama tiga hari dalam seminggu. Akibatnya, pendapatannya menurun menjadi Rp 32 juta per bulan setelah cedera.

Polis asuransi disabilitas yang dimiliki Mukidi memberikan manfaat sebesar Rp 50 juta per bulan jika terjadi cacat total. Selain itu, polis tersebut juga mencakup manfaat cacat *residual* jika Mukidi kembali bekerja tetapi mengalami kehilangan pendapatan.

Mukidi mengalami kehilangan pendapatan sebesar 60 persen (perhitungan:  $(Rp\ 80\ \text{juta} - Rp\ 32\ \text{juta}) / Rp\ 80\ \text{juta}$ ). Persentase kehilangan pendapatan ini kemudian dikalikan dengan manfaat cacat total sebesar Rp 50 juta. Maka, manfaat cacat *residual* yang akan diterima Mukidi adalah Rp 30 juta per bulan ( $60\% \times Rp\ 50\ \text{juta} = Rp\ 30\ \text{juta}$ ).

Dengan demikian, meskipun Mukidi tidak dapat bekerja penuh waktu, dia tetap mendapatkan dukungan finansial dari manfaat cacat *residual* yang membantunya mengatasi kehilangan pendapatan akibat cedera.

Pertimbangan utama terkait manfaat disabilitas *residual* adalah bagaimana pendapatan sebelum dan sesudah disabilitas didefinisikan. Definisi ini sangat penting karena dapat memengaruhi jumlah manfaat yang diterima oleh tertanggung. Beberapa polis asuransi mungkin mendefinisikan pendapatan sebelum disabilitas sebagai rata-rata pendapatan selama enam hingga 12 bulan terakhir sebelum terjadinya disabilitas. Pendekatan ini memberikan gambaran umum tentang pendapatan yang dapat diharapkan oleh tertanggung.

Namun, ada juga polis yang menggunakan pendekatan yang berbeda, seperti melihat rata-rata 12 bulan tertinggi dalam tiga tahun terakhir. Pendekatan ini dapat lebih mencerminkan potensi pendapatan tertinggi seorang individu, terutama bagi mereka yang pendapatannya berfluktuasi. Misalnya, seorang profesional atau pemilik bisnis mungkin mengalami variasi pendapatan yang signifikan dari bulan ke bulan, tergantung pada proyek atau klien yang mereka tangani.

Pentingnya penentuan pendapatan sebelum disabilitas menjadi jelas ketika mempertimbangkan dampaknya pada manfaat *residual*. Jika definisi yang digunakan lebih menguntungkan bagi tertanggung, maka mereka mungkin menerima manfaat yang lebih besar. Sebaliknya, jika definisi terlalu ketat atau tidak mencerminkan fluktuasi pendapatan yang sebenarnya, individu tersebut dapat menerima manfaat yang jauh lebih rendah dari yang seharusnya.

Dengan demikian, bagi profesional, eksekutif, dan pemilik bisnis yang pendapatannya tidak stabil, pemilihan definisi pendapatan yang tepat dalam polis asuransi sangatlah krusial. Ini tidak hanya memengaruhi jumlah manfaat yang diterima, tetapi juga dapat berdampak pada stabilitas finansial mereka setelah mengalami disabilitas.

Perusahaan asuransi menggunakan dua metode akuntansi — metode akuntansi tunai (*cash method*) dan metode akuntansi akrual (*accrual method*) — untuk menentukan pendapatan pasca disabilitas. Metode akuntansi tunai menghitung uang tunai aktual yang diterima selama periode disabilitas, terlepas dari kapan pendapatan tersebut diperoleh. Dengan kata lain, pendapatan yang diterima dapat mencakup layanan yang dilaksanakan sebelum disabilitas, sehingga memberikan gambaran langsung tentang arus kas yang tersedia bagi tertanggung selama masa pemulihan.

### **Metode Akrual dan Metode Tunai**

Di sisi lain, metode akuntansi akrual memberikan pendekatan yang berbeda dengan mengecualikan uang tunai yang diterima selama disabilitas tetapi diperoleh sebelum periode tersebut. Dengan metode ini, fokusnya adalah pada pendapatan yang dihasilkan selama periode disabilitas, sehingga lebih mencerminkan kinerja finansial yang aktual selama masa tersebut. Pendekatan ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk lebih akurat menilai dampak disabilitas terhadap pendapatan tertanggung, memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai stabilitas finansial mereka setelah mengalami disabilitas.

### **Periode Kualifikasi (Qualification Period)**

Untuk memenuhi syarat manfaat disabilitas *residual*, sering kali diperlukan periode kualifikasi, terutama bagi kelas pekerjaan berisiko tinggi. Periode kualifikasi ini adalah jumlah hari di mana tertanggung harus mengalami cacat total sebelum mereka dapat memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat cacat *residual*. Umumnya, periode

kualifikasi yang ditetapkan adalah 30, 60, atau 90 hari, sedangkan untuk pekerjaan berisiko rendah, mungkin tidak ada periode kualifikasi yang diperlukan.

Polis asuransi biasanya menetapkan bahwa jika kehilangan penghasilan bertanggung cukup signifikan, mereka akan dianggap mengalami cacat total dan memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat cacat total. Tingkat kehilangan penghasilan yang dianggap cukup signifikan untuk memicu manfaat ini bervariasi di setiap polis, tetapi umumnya berkisar antara 75 hingga 80 persen. Dengan demikian, ketentuan ini dirancang untuk memastikan bahwa individu yang mengalami disabilitas mendapatkan dukungan finansial yang sesuai dengan tingkat kehilangan pendapatan yang mereka alami.

Jadi, dalam contoh Mukidi, meskipun kehilangan pendapatan sebesar 80 persen, polis asuransi tidak otomatis membayarkan seluruh manfaat disabilitas sebesar Rp 50 juta. Manfaat cacat *residual* biasanya dihitung berdasarkan persentase kehilangan pendapatan yang dikalikan dengan manfaat cacat total. Jadi, jika Mukidi mengalami kehilangan pendapatan 80 persen, manfaat cacat *residual* yang akan diterima adalah:

Manfaat *Residual* = 80% × Rp 50 juta = Rp 40 juta.

Oleh karena itu, Mukidi akan menerima Rp 40 juta, bukan seluruh Rp 50 juta.

Ketentuan umum untuk polis yang memberikan manfaat *residual* mencakup manfaat *residual* minimum, yang biasanya ditetapkan sebesar 50 persen dari manfaat total disabilitas. Dalam beberapa kasus, manfaat minimum ini dapat diterapkan hanya selama enam bulan pertama setelah terjadinya cacat *residual*.

Setelah periode enam bulan tersebut, manfaat *residual* akan dihitung berdasarkan kehilangan pendapatan aktual yang dialami oleh tertanggung. Dengan demikian, setelah periode awal, jumlah manfaat yang diterima akan mencerminkan persentase kehilangan pendapatan yang lebih akurat, memberikan dukungan yang lebih sesuai dengan kondisi finansial tertanggung setelah mengalami disabilitas.

Dengan disabilitas *residual*, manfaat ditentukan berdasarkan kehilangan pendapatan yang dialami oleh tertanggung setelah mengalami disabilitas. Berikut adalah langkah-langkah untuk menentukan manfaat:

1. **Pendapatan Sebelum Cacat:** Pertama, perusahaan asuransi akan menentukan pendapatan sebelum cacat, yang biasanya diambil dari rata-rata pendapatan selama periode tertentu sebelum disabilitas.
2. **Pendapatan Pasca-Cacat:** Selanjutnya, pendapatan yang diterima setelah disabilitas dihitung. Ini mencakup gaji atau pendapatan yang diperoleh setelah bertanggung kembali bekerja, meskipun dalam kapasitas yang terbatas.
3. **Menghitung Kehilangan Pendapatan:** Kehilangan pendapatan dihitung dengan mengurangi pendapatan pasca-cacat dari pendapatan sebelum cacat.
4. **Menentukan Persentase Kehilangan Pendapatan:** Persentase kehilangan pendapatan dihitung dengan membandingkan jumlah kehilangan pendapatan terhadap pendapatan sebelum disabilitas.
5. **Menghitung Manfaat Residual:** Akhirnya, persentase kehilangan pendapatan ini dikalikan dengan manfaat total yang akan diterima jika bertanggung dianggap cacat total.

Dengan cara ini, manfaat *residual* memberikan dukungan finansial berdasarkan kondisi nyata yang dialami oleh tertanggung setelah mengalami disabilitas.

## LOSS OF EARNINGS

Polis **kehilangan penghasilan** (*loss of earnings policy*) adalah inovasi relatif baru dalam asuransi disabilitas pendapatan perorangan. Polis ini berfungsi mirip dengan polis pekerjaan sendiri dengan manfaat *residual* (*own occupation with residual benefit policy*), tetapi dengan satu perbedaan penting, yakni pendapatan yang diperoleh tertanggung setelah disabilitas dari pekerjaan apa pun akan mengurangi manfaat yang dibayarkan berdasarkan polis.

Dalam hal ini, jika tertanggung kembali bekerja dan mendapatkan penghasilan, jumlah tersebut akan dikurangkan dari manfaat disabilitas yang diterima. Ini berbeda dengan pendekatan lain di mana manfaat *residual* diberikan tanpa mengurangi manfaat yang sudah ada jika tertanggung masih mengalami kehilangan pendapatan. Dengan demikian, polis Kehilangan Penghasilan memberikan insentif bagi tertanggung untuk kembali bekerja, tetapi juga memberi tekanan pada mereka untuk mempertimbangkan dampak finansial dari penghasilan baru terhadap manfaat yang diterima.

### Contoh Kasus

Dalam contoh Mukidi, jika cedera punggungnya mencegahnya untuk menjalankan praktik desain grafis secara penuh, ia akan berhak atas manfaat disabilitas total berdasarkan polis dengan ketentuan Pekerjaan Sendiri dan Manfaat *Residual*. Ini tetap berlaku meskipun ia mendapatkan pekerjaan baru sebagai konsultan, selama ia tidak dapat melakukan pekerjaan desain grafis yang sebelumnya ia jalani. Dalam konteks ini, ia tetap dapat menerima manfaat disabilitas total tanpa mengurangi jumlah manfaat yang diterima.

Sebaliknya, dengan kontrak Kehilangan Penghasilan, Mukidi hanya berhak atas manfaat disabilitas total jika disabilitasnya menghalanginya untuk kembali bekerja di pekerjaan yang dianggap wajar. Dalam hal ini, baik ia bekerja paruh waktu sebagai desainer grafis atau sebagai konsultan pemasaran akan mempengaruhi perhitungan manfaat. Pendapatan yang diperoleh setelah disabilitas akan dihitung untuk menentukan persentase kehilangan penghasilan, yang kemudian akan mengurangi jumlah tunjangan disabilitas yang diterima. Dengan kata lain, penghasilan pasca-disabilitasnya menjadi faktor kunci dalam menentukan manfaat yang akan diberikan berdasarkan polis Kehilangan Penghasilan.

Perdebatan antara polis *own occupation with residual benefit* dan polis *loss of earnings* dari sudut pandang konsumen memang menarik. Di satu sisi, polis *own occupation with residual benefit* menjadi pilihan yang lebih mahal, tetapi menawarkan keuntungan signifikan bagi tertanggung. Dengan polis ini, individu dapat bekerja di pekerjaan lain tanpa mengurangi tunjangan disabilitas mereka, memberikan fleksibilitas untuk mendapatkan pendapatan tambahan sambil tetap menerima manfaat penuh jika mereka tidak dapat menjalankan pekerjaan utama mereka.

Di sisi lain, polis *loss of earnings* lebih terjangkau, tetapi memiliki kelemahan yang cukup besar. Meskipun biaya premi lebih rendah, manfaat yang diberikan akan berkurang jika tertanggung mendapatkan pekerjaan baru, walaupun pekerjaan tersebut tidak sebanding dengan pekerjaan sebelumnya. Ini berarti, bahkan jika tertanggung tidak dapat kembali ke pekerjaan asli mereka, penghasilan dari pekerjaan lain dapat memengaruhi jumlah tunjangan disabilitas yang diterima. Dengan demikian, konsumen

perlu mempertimbangkan kebutuhan finansial dan preferensi mereka saat memilih antara kedua jenis polis ini.

### **PENGEMBALIAN PREMI**

Fitur umum lain dari asuransi disabilitas pendapatan perorangan adalah opsi **pengembalian premi** (return of premium). Opsi ini memungkinkan tertanggung yang membayar premi untuk jangka waktu tertentu dan tidak mengalami cacat, atau menerima manfaat kurang dari total premi yang dibayarkan, untuk mendapatkan kembali sebagian atau seluruh premi yang telah dibayarkan, dikurangi manfaat yang diterima. Tujuan dari opsi ini adalah untuk menarik individu yang skeptis terhadap asuransi disabilitas, sehingga mereka merasa lebih aman karena mendapatkan nilai dari polis, terlepas dari apakah mereka mengalami disabilitas atau tidak.

Opsi pengembalian premi dengan pendekatan "nilai tunai" memberikan manfaat bagi tertanggung setelah sejumlah tahun tertentu, biasanya dua atau tiga tahun. Dalam pendekatan ini, tertanggung dijamin mendapatkan persentase dari total premi yang dibayarkan jika polis dibatalkan. Persentase ini dapat bervariasi antara perusahaan asuransi, namun secara umum, jika pertanggunganan berlangsung hingga usia 65 tahun atau usia pensiun, jumlah premi yang dapat dikembalikan akan meningkat hingga mencapai 100 persen pada usia tersebut.

Di sisi lain, opsi "**pengembalian premi**" memberikan jaminan bahwa tertanggung akan menerima kembali sejumlah premi yang telah dibayarkan jika mereka tidak mengalami cacat selama masa pertanggunganan. Mekanisme ini dirancang untuk memberikan rasa aman bagi individu yang ragu untuk membeli asuransi disabilitas, karena mereka akan mendapatkan kembali sebagian dari investasi mereka jika tidak ada klaim yang diajukan. Dengan demikian, kedua opsi ini memberikan nilai tambah yang berbeda bagi pemegang polis, tergantung pada kebutuhan dan preferensi mereka.

#### Contoh Kasus: Pendekatan Nilai Tunai

Amrin, yang berusia 35 tahun, membeli polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan dengan premi tahunan sebesar Rp 28 juta. Polis ini memberikan manfaat bulanan sebesar Rp 49 juta jika ia mengalami disabilitas total dan permanen.

Dalam ketentuan pengembalian premi, jika Amrin menyerahkan polis pada tahun ke-5, ia akan mendapatkan pengembalian sebesar 8% dari total premi yang telah dibayarkan, dikurangi manfaat yang telah diterima. Jika ia mempertahankan polis hingga usia 50 tahun dan kemudian menyerahkannya, pengembalian yang diterimanya meningkat menjadi 42%. Akhirnya, jika Amrin menyerahkan polis pada usia 65 tahun, ia berhak mendapatkan 100% dari total premi yang telah dibayarkan, juga dikurangi manfaat yang telah diterima.

**Skenario 1:** Jika Amrin menyerahkan polis asuransi disabilitasnya pada tahun ke-5, total premi yang dibayarkan selama lima tahun adalah Rp 28 juta per tahun dikalikan dengan 5 tahun, sehingga totalnya menjadi Rp 140 juta. Berdasarkan ketentuan pengembalian premi, Amrin berhak menerima 8% dari total premi yang telah dibayarkan. Oleh karena itu, pengembalian yang ia terima adalah 8% dari Rp 140 juta, yang setara dengan Rp 11.2 juta. Jika Amrin tidak pernah mengajukan klaim, maka ia akan mendapatkan pengembalian sebesar Rp 11.2 juta setelah menyerahkan polis tersebut.

**Skenario 2:** Dalam skenario ini, Amrin menyerahkan polisnya pada usia 50 tahun, setelah 15 tahun membayar premi. Total premi yang dibayarkan selama 15 tahun adalah Rp 28 juta per tahun dikalikan 15 tahun, menghasilkan total Rp 420 juta. Karena Amrin belum pernah mengajukan klaim, ia berhak atas pengembalian sebesar 42% dari total premi yang dibayarkan. Dengan demikian, pengembalian yang akan diterima Amrin adalah 42% dari Rp 420 juta, yang berjumlah Rp 176.4 juta.

**Skenario 3:** Jika Amrin menyerahkan polisnya pada usia 65 tahun, setelah 30 tahun membayar premi, total premi yang dibayarkan mencapai Rp 28 juta per tahun dikalikan 30 tahun, yaitu Rp 840 juta. Pada titik ini, Amrin berhak mendapatkan pengembalian 100% dari total premi yang telah dibayarkan, karena ia belum pernah mengajukan klaim. Oleh karena itu, pengembalian yang diterima Amrin adalah 100% dari Rp 840 juta, sehingga ia akan mendapatkan kembali seluruh premi yang dibayarkan, yaitu Rp 840 juta.

Kerugian dari pendekatan "**nilai tunai**" ("*cash value*") adalah bahwa tertanggung harus terus membayar premi dan mempertahankan polis dalam jangka waktu yang lama untuk mendapatkan persentase premi yang signifikan setelah menyerahkan polis. Hal ini dapat

menjadi beban bagi beberapa tertanggung yang mungkin tidak ingin terikat pada pembayaran jangka panjang.

Sebagai alternatif, pendekatan "**pengembalian premi**" menawarkan solusi yang lebih fleksibel, di mana tertanggung dapat menerima pengembalian premi yang lebih besar pada tahun kelima, ketujuh, dan kesepuluh tanpa harus menyerahkan polis. Pengembalian ini dapat digunakan untuk berbagai tujuan, seperti memulai dana pensiun, membayar biaya pendidikan anak, atau menutupi premi asuransi disabilitas pendapatan, memberikan manfaat yang lebih langsung bagi tertanggung.

### **Pendekatan Nilai Tunai vs Pengembalian Premi**

**Pendekatan Nilai Tunai** merujuk pada nilai yang dapat diambil oleh pemegang polis dari asuransi pada waktu tertentu. Nilai ini biasanya merupakan sebagian dari total premi yang telah dibayarkan, tetapi dikurangi dengan biaya-biaya tertentu yang mungkin dikenakan. Dengan kata lain, nilai tunai ini memberikan pemegang polis kesempatan untuk menarik sejumlah uang jika mereka memutuskan untuk membatalkan polis sebelum jangka waktu berakhir.

**Pendekatan Pengembalian Premi**, di sisi lain, adalah jumlah uang yang akan dikembalikan kepada pemegang polis jika mereka membatalkan atau mengakhiri polis asuransi. Pengembalian ini bisa berupa sebagian atau seluruh premi yang telah dibayarkan, dan persentase pengembalian biasanya sudah ditentukan dalam polis. Besarnya pengembalian dapat bervariasi tergantung pada berapa lama polis telah berlaku, memberikan fleksibilitas tambahan bagi pemegang polis.

#### **Contoh Kasus: Pendekatan Pengembalian Premi**

Dalam skenario ini, jika Amrin membatalkan polis asuransi sebelum tahun ke-10, ia tidak akan mendapatkan pengembalian premi sama sekali. Namun, jika ia memutuskan untuk membatalkan polis pada atau setelah tahun ke-10, Amrin berhak menerima pengembalian sebesar 80% dari total premi yang telah dibayarkan, dikurangi dengan manfaat yang telah diterima selama masa polis. Dengan ketentuan ini, Amrin memiliki insentif untuk mempertahankan polisnya setidaknya hingga tahun ke-10 untuk mendapatkan manfaat pengembalian yang signifikan.

**Skenario 1:** Jika Amrin membatalkan polis asuransi pada tahun ke-12, total premi yang telah dibayarkan selama 12 tahun adalah Rp 28 juta per tahun dikalikan dengan 12

tahun, sehingga totalnya menjadi Rp 336 juta. Berdasarkan ketentuan pengembalian premi, Amrin berhak menerima 80% dari total premi yang dibayarkan, yaitu 80% dari Rp 336 juta, yang setara dengan Rp 268.8 juta. Jika Amrin tidak pernah mengajukan klaim, maka ia akan menerima pengembalian sebesar Rp 268.8 juta setelah membatalkan polis.

**Skenario 2:** Dalam skenario ini, jika Amrin memilih untuk membatalkan polis pada tahun ke-20, total premi yang dibayarkan selama 20 tahun mencapai Rp 28 juta per tahun dikalikan 20 tahun, menghasilkan total Rp 560 juta. Dengan ketentuan pengembalian yang sama, Amrin berhak mendapatkan 80% dari total premi yang telah dibayarkan. Oleh karena itu, pengembalian yang akan diterima Amrin adalah 80% dari Rp 560 juta, yang berjumlah Rp 448 juta. Ini memberikan Amrin pengembalian yang lebih besar karena ia telah mempertahankan polis lebih lama.

Dalam pendekatan nilai tunai, jumlah pengembalian biasanya lebih rendah karena adanya biaya-biaya yang dibebankan oleh perusahaan asuransi. Selain itu, nilai tunai cenderung meningkat seiring dengan berjalannya waktu polis.

Pendekatan pengembalian premi biasanya memberikan jumlah pengembalian yang lebih pasti, terutama jika polis dibatalkan setelah jangka waktu tertentu. Namun, persentase pengembalian yang diberikan mungkin lebih rendah dibandingkan dengan nilai tunai pada akhir masa polis.

### **Kerugian Penggunaan Opsi Pengembalian Premi**

Opsi pengembalian premi menarik bagi nasabah karena menjanjikan pengembalian sebagian atau seluruh premi yang telah dibayarkan jika tidak ada klaim. Namun, bagi perusahaan asuransi, terdapat beberapa kerugian signifikan. Pertama, perusahaan harus meningkatkan dana cadangan untuk memenuhi kewajiban ini, yang berarti dana tersebut tidak dapat dialokasikan untuk investasi atau pengembangan produk lainnya. Selain itu, jika banyak nasabah yang tidak mengajukan klaim dan memilih untuk menarik kembali premi mereka, pendapatan perusahaan akan menurun.

Selain kerugian finansial, terdapat juga risiko moral. Nasabah dapat tergoda untuk tidak melaporkan klaim yang seharusnya mereka ajukan dengan harapan mendapatkan pengembalian premi yang lebih besar. Hal ini bisa menyebabkan perubahan perilaku, di mana nasabah menjadi kurang berhati-hati dalam menjaga kesehatan atau keselamatan

karena mereka tahu akan mendapatkan pengembalian jika tidak ada klaim. Kompleksitas produk juga menjadi tantangan, karena perhitungan untuk pengembalian premi memerlukan sistem yang canggih dan penjelasan yang jelas kepada nasabah.

Perusahaan asuransi juga menghadapi tekanan untuk menawarkan opsi pengembalian premi agar tetap kompetitif, meskipun hal ini bisa berdampak pada profitabilitas. Pendapatan perusahaan bisa menjadi tidak stabil, tergantung pada seberapa banyak nasabah yang mengajukan klaim. Untuk mitigasi risiko, perusahaan seringkali menetapkan batas waktu untuk pengajuan klaim, menentukan persentase pengembalian berdasarkan faktor risiko, menerapkan biaya tambahan, menggunakan model aktuarial yang canggih, dan memberikan edukasi yang jelas kepada nasabah mengenai opsi yang tersedia.

## **PRESUMPTIVE DISABILITY**

**Presumptive disability** (disabilitas dugaan, dianggap disabilitas) dalam asuransi disabilitas pendapatan merujuk pada kondisi di mana seorang individu dianggap secara permanen cacat total tanpa memerlukan bukti medis tambahan. Konsekuensi dari ketentuan ini adalah jika seseorang mengalami kondisi yang tercantum dalam polis sebagai *presumptive disability*, mereka secara otomatis memenuhi syarat untuk menerima manfaat disabilitas. Hal ini menghilangkan kebutuhan untuk melalui proses evaluasi medis yang panjang dan rumit, sehingga memberikan kenyamanan bagi individu yang mengalami kondisi tersebut.

Pentingnya *presumptive disability* terletak pada kepastian yang diberikan kepada tertanggung. Dengan adanya ketentuan ini, mereka dapat merasa tenang mengetahui bahwa jika mereka mengalami salah satu kondisi yang tercantum dalam polis, mereka akan mendapatkan manfaat tanpa harus melalui prosedur yang berbelit-belit. Selain itu, *presumptive disability* juga menawarkan perlindungan tambahan bagi kondisi tertentu yang umumnya dianggap sebagai disabilitas total dan permanen, memberikan jaminan lebih bagi individu yang mungkin khawatir tentang masa depan mereka.

Contoh kondisi yang biasanya termasuk dalam *presumptive disability* meliputi kehilangan kedua kaki di atas lutut, kehilangan kedua tangan di atas pergelangan tangan, kebutaan total pada kedua mata, kehilangan pendengaran total pada kedua telinga, serta gangguan mental tertentu yang parah, seperti skizofrenia atau gangguan bipolar.

Setiap kondisi ini secara otomatis dianggap sebagai cacat total dan permanen, yang berarti individu yang mengalaminya akan memenuhi syarat untuk manfaat disabilitas tanpa perlu evaluasi lebih lanjut.

Kondisi-kondisi tersebut termasuk dalam *presumptive disability* karena dampak signifikan yang mereka timbulkan terhadap kehidupan individu. Kondisi-kondisi ini membatasi kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan bekerja secara substansial. Selain itu, kemungkinan untuk pulih sepenuhnya dari kondisi-kondisi ini sangat kecil atau bahkan tidak ada, dan terdapat konsensus di kalangan medis mengenai pengakuan kondisi-kondisi ini sebagai disabilitas total dan permanen.

Konsep *presumptive disability* memberikan jaminan bagi tertanggung yang mengalami kondisi yang sangat parah. Namun, penting untuk memahami bahwa manfaat ini tidak bersifat permanen. Jika kondisi tertanggung membaik secara signifikan sehingga ia dapat kembali bekerja atau menjalani kehidupan yang lebih mandiri, maka manfaat disabilitas dapat dihentikan.

#### **Contoh Kasus: Kehilangan Pendengaran Total**

Seorang pekerja konstruksi mengalami kecelakaan yang mengakibatkan kerusakan pada gendang telinga, mengakibatkan ketulian total. Ia memenuhi syarat untuk *presumptive disability* karena kehilangan pendengarannya. Namun, jika melalui operasi atau terapi pendengarannya dapat dipulihkan sebagian atau seluruhnya, sehingga ia dapat berkomunikasi secara efektif, maka manfaat disabilitasnya akan dihentikan.

#### **Contoh Kasus: Kehilangan Kedua Tangan**

Seorang pekerja pabrik mengalami kecelakaan yang menyebabkan amputasi pada kedua tangannya di atas pergelangan tangan, sehingga ia memenuhi syarat untuk *presumptive disability* karena kehilangan fungsi kedua tangan. Meskipun kemungkinan untuk mengembalikan fungsi tangan sangat kecil, jika ada teknologi prostetik canggih yang memungkinkannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan bekerja secara mandiri, perusahaan asuransi dapat melakukan evaluasi ulang dan memutuskan untuk menghentikan manfaat disabilitas.

### Contoh Kasus: Gangguan Mental Parah

Seseorang didiagnosis dengan skizofrenia parah, yang membuatnya tidak mampu bekerja atau menjalani kehidupan sehari-hari secara normal, sehingga ia memenuhi syarat untuk *presumptive disability*. Namun, jika melalui pengobatan dan terapi intensif gejala skizofrenia berkurang secara signifikan dan ia mampu kembali bekerja atau menjalani kehidupan yang lebih mandiri, maka manfaat disabilitasnya dapat dihentikan.

Penting untuk diingat bahwa daftar kondisi yang termasuk dalam *presumptive disability* dapat bervariasi antara perusahaan asuransi, dan meskipun suatu kondisi tergolong dalam kategori ini, mungkin ada kriteria tambahan yang harus dipenuhi oleh tertanggung untuk dapat menerima manfaat perlindungan asuransi bagi individu yang menghadapi tantangan serius dalam hidup mereka.

### Perbedaan "Any Occupation" dan "Own Occupation"

Pada pendekatan **any occupation**, tertanggung dianggap cacat total jika mereka tidak mampu melakukan setiap jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman mereka. Ini berarti bahwa meskipun seseorang dengan *presumptive disability*, seperti kehilangan kedua kaki, dapat beralih ke pekerjaan baru sebagai *programmer*, mereka tetap berhak atas manfaat disabilitas jika pekerjaan tersebut tidak sebanding dengan pendapatan dan status pekerjaan sebelumnya.

Di sisi lain, pendekatan **own occupation** menetapkan bahwa tertanggung dianggap cacat total jika mereka tidak dapat melanjutkan pekerjaan spesifik yang mereka lakukan sebelum mengalami cacat. Misalnya, jika seorang ahli bedah mengalami kehilangan tangan dan tidak dapat melanjutkan praktiknya, mereka dianggap cacat total dan berhak atas manfaat disabilitas, meskipun mereka mungkin dapat melakukan pekerjaan lain yang tidak memerlukan penggunaan tangan secara intensif. Perbedaan ini menyoroti bagaimana definisi cacat dapat mempengaruhi hak tertanggung terhadap manfaat berdasarkan konteks pekerjaan yang mereka lakukan sebelum mengalami disabilitas.

### Contoh Kasus

**Skenario 1: Own Occupation** Seorang pilot yang kehilangan penglihatan total akibat kecelakaan memenuhi syarat untuk *presumptive disability*. Meskipun ia mungkin dapat

bekerja sebagai pengajar penerbangan atau konsultan penerbangan, ia tetap berhak atas manfaat penuh karena tidak lagi mampu melakukan pekerjaan utamanya sebagai pilot.

**Skenario 2: Any Occupation** Seorang insinyur sipil yang kehilangan kedua kaki dalam kecelakaan juga memenuhi syarat untuk *presumptive disability*. Namun, jika ia dapat menemukan pekerjaan sebagai manajer proyek yang tidak memerlukan aktivitas fisik yang berat, perusahaan asuransi mungkin berargumen bahwa ia tidak lagi dianggap cacat total berdasarkan definisi "*any occupation*".

## MANFAAT REHABILITASI

Manfaat rehabilitasi dalam asuransi disabilitas pendapatan semakin menjadi perhatian. Saat ini, banyak polis asuransi memberikan fleksibilitas yang cukup luas dalam hal manfaat rehabilitasi, sehingga tertanggung dapat memperoleh berbagai jenis bantuan untuk kembali produktif. Perusahaan asuransi juga semakin terbuka untuk menyesuaikan program rehabilitasi dengan kebutuhan individu.

Bagi tertanggung, manfaat rehabilitasi sangat berharga. Dengan bantuan terapi fisik, program pelatihan, atau layanan lainnya, mereka memiliki peluang lebih besar untuk kembali bekerja, bahkan jika hanya paruh waktu. Hal ini tentu saja sangat membantu mereka untuk meraih kemandirian finansial dan meningkatkan kualitas hidup.

Sementara itu, dari sudut pandang perusahaan asuransi, investasi dalam rehabilitasi juga menguntungkan. Meskipun perusahaan harus mengeluarkan biaya di awal untuk program rehabilitasi, namun hal ini dapat mengurangi total pembayaran manfaat jangka panjang. Terutama jika tertanggung dapat kembali bekerja lebih cepat, maka perusahaan tidak perlu membayar manfaat disabilitas dalam jangka waktu yang lama. Dengan demikian, manfaat rehabilitasi dapat menjadi solusi yang saling menguntungkan bagi kedua belah pihak.

## Contoh Kasus

Amrin, seorang *programmer* berusia 35 tahun, mengalami kecelakaan kerja yang mengakibatkan cedera tangan parah sehingga tidak dapat mengetik lagi. Setelah masa tunggu, ia mulai menerima manfaat bulanan sebesar Rp 20 juta dari polis asuransi disabilitasnya.

#### Skenario tanpa rehabilitasi:

- Biaya bulanan: Rp 20 juta
- Biaya tahunan: Rp 240 juta
- Jika diasumsikan cacat seumur hidup (30 tahun): Total pembayaran asuransi: Rp 7.2 milyar

#### Skenario dengan rehabilitasi:

- Biaya rehabilitasi: Rp 500 juta (misalnya, untuk terapi fisik intensif, pelatihan keterampilan baru, atau modifikasi tempat kerja)
- Hasil rehabilitasi: Amrin dapat kembali bekerja sebagai analis data dengan gaji setengah dari sebelumnya.
- Biaya tahunan setelah rehabilitasi: Rp 120 juta (asumsi gaji baru setengah dari sebelumnya)
- Total pembayaran asuransi dalam 30 tahun:
  - Tahun pertama: Rp 720 juta (manfaat cacat) + Rp 500 juta (biaya rehabilitasi) = Rp 1.22 milyar
  - Tahun kedua hingga ke-30: Rp 120 juta/tahun x 29 tahun = Rp 3.48 milyar
  - Total: Rp 1.22 milyar + Rp 3.48 milyar = Rp 4.70 milyar

Dengan investasi sebesar Rp 500 juta dalam rehabilitasi, perusahaan asuransi dapat menghemat lebih dari Rp 2.5 milyar dalam jangka panjang, menunjukkan bahwa rehabilitasi tidak hanya bermanfaat bagi tertanggung, tetapi juga memberikan keuntungan finansial bagi perusahaan.

Namun, efektivitas rehabilitasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jenis pekerjaan—pekerjaan dengan keterampilan fisik tinggi menghadapi tantangan berbeda dibandingkan pekerjaan mental—tingkat keparahan cedera yang menentukan durasi dan intensitas rehabilitasi, serta motivasi tertanggung yang berperan penting dalam keberhasilan program tersebut.

### **BATAS WAKTU GUGATAN**

Di Amerika Serikat, ketentuan polis yang membatasi periode di mana perusahaan asuransi dapat menggugat polis biasanya disebut "**statute of limitations**" atau dalam bahasa Indonesia, "**batas waktu gugatan.**" *Statute of limitations* adalah hukum yang

menetapkan batas waktu tertentu bagi seseorang untuk mengajukan tuntutan hukum, dan dalam konteks asuransi, ini berarti ada batasan waktu bagi perusahaan asuransi untuk mengajukan gugatan terkait polis asuransi; jika perusahaan asuransi melewatkan batas waktu ini, mereka kehilangan hak untuk mengajukan tuntutan hukum.

*Statute of limitations* penting dalam asuransi karena memberikan kepastian hukum bagi pemegang polis dan perusahaan asuransi, mencegah terjadinya gugatan yang didasarkan pada peristiwa lama di mana bukti mungkin sudah hilang, serta memastikan keadilan dengan melindungi pemegang polis dari kekhawatiran akan tuntutan hukum yang tak berujung setelah jangka waktu tertentu.

Batas waktu gugatan dapat bervariasi tergantung pada jenis klaim, seperti klaim kontrak atau klaim *tort*, serta berbeda-beda di setiap negara bagian di Amerika Serikat. Selain itu, jenis polis asuransi juga dapat mempengaruhi periode *statute of limitations* yang berlaku.

Sebagai contoh, di suatu negara bagian, batas waktu untuk mengajukan gugatan atas pelanggaran kontrak asuransi adalah lima tahun. Jika seorang pemegang polis merasa dirugikan dan ingin mengajukan gugatan, ia harus melakukannya dalam waktu lima tahun sejak peristiwa yang menyebabkan kerugian. Jika melewatkan batas waktu tersebut, gugatannya akan ditolak oleh pengadilan.

Ketentuan *statute of limitations* (batas waktu gugatan) melindungi perusahaan asuransi dengan mencegah gugatan kuno, sehingga mereka tidak perlu khawatir akan tuntutan hukum yang diajukan bertahun-tahun setelah kejadian, di mana bukti mungkin sudah hilang. Hal ini memberikan kepastian hukum dan membantu perusahaan dalam mengelola risiko serta cadangan dana dengan lebih efisien.

Di sisi konsumen, *statute of limitations* mendorong mereka untuk segera mengajukan klaim setelah menyadari adanya pelanggaran atau kerugian, sehingga kasus tetap segar dan bukti masih tersedia. Selain itu, batas waktu ini juga mencegah penyalahgunaan asuransi, di mana seseorang mungkin mencoba mengajukan klaim setelah jangka waktu lama dengan harapan mendapatkan keuntungan yang tidak adil.

*Statute of limitations* adalah keseimbangan antara kepentingan perusahaan asuransi dan konsumen. Di satu sisi, ia memberikan kepastian hukum dan perlindungan bagi

perusahaan asuransi, sementara di sisi lain, ia mendorong konsumen untuk bertindak cepat dan melindungi hak-hak mereka.

### **Statute of Limitations dalam Hukum Asuransi di Indonesia**

Secara eksplisit, tidak ada pasal dalam **Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian** yang secara langsung mengatur batas waktu gugatan untuk klaim asuransi. Namun, konsep batas waktu ini sangat erat kaitannya dengan asas kepastian hukum dan perlindungan bagi kedua belah pihak, yaitu pemegang polis dan perusahaan asuransi.

Dasar hukum yang relevan untuk batas waktu gugatan dalam asuransi mencakup Pasal-pasal dalam **Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata)** yang mengatur perjanjian umum, termasuk asuransi, serta ketentuan umum tentang batas waktu gugatan dalam hukum perdata yang dapat diterapkan. Selain itu, setiap polis asuransi juga dilengkapi dengan syarat dan ketentuan yang mengatur prosedur pengajuan klaim dan batas waktu tertentu.

Batas waktu gugatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk jenis klaim yang diajukan, seperti klaim kematian, kesehatan, atau kerugian harta benda, yang masing-masing dapat memiliki periode batas waktu yang berbeda. Selain itu, syarat dan ketentuan yang tercantum dalam polis asuransi juga menjadi acuan utama dalam menentukan batas waktu tersebut. Faktor lain yang dapat memengaruhi adalah undang-undang lain yang terkait, seperti **Undang-Undang Perlindungan Konsumen**, yang mungkin memberikan ketentuan tambahan mengenai batas waktu gugatan.

### **SOCIAL SECURITY OFFSET**

**Social Security Offset** adalah suatu ketentuan dalam polis asuransi disabilitas yang mengurangi jumlah manfaat yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi jika penerima manfaat juga menerima tunjangan disabilitas dari program Jaminan Sosial (*Social Security*). Tujuan dari *offset* ini adalah untuk mencegah penerima manfaat dari "**double-dipping**" atau menerima manfaat ganda dari berbagai sumber untuk disabilitas yang sama.

**Contoh Kasus:**

Jika Smith menerima manfaat disabilitas sebesar \$2.000 per bulan dari perusahaan asuransi, dan Smith juga menerima tunjangan disabilitas sebesar \$1.000 per bulan dari program Jaminan Sosial, maka perusahaan asuransi akan mengurangi pembayaran manfaat Anda menjadi \$1.000 per bulan (yaitu \$2.000 - \$1.000).

Salah satu faktor yang memengaruhi batas penerbitan perusahaan asuransi untuk jumlah dasar pertanggungan adalah manfaat yang diterima dari sumber lain, termasuk Jaminan Sosial. Hal ini menjadi perhatian utama karena batasan manfaat dasar tetap diterapkan meskipun tertanggung mungkin tidak pernah benar-benar menerima manfaat asuransi disabilitas pendapatan akibat definisi disabilitas yang ketat di bawah *Social Security* (Jaminan Sosial) di Amerika Serikat. Situasi ini sering terjadi pada individu berpenghasilan rendah, di mana manfaat Jaminan Sosial dapat menggantikan sebagian besar pendapatan mereka.

Untuk mengatasi masalah ini, perusahaan asuransi sering menawarkan opsi untuk membeli rider yang disebut *Social Security Offset*. Dengan adanya rider ini, manfaat yang diterima akan melengkapi manfaat dasar, tetapi tetap terintegrasi dengan manfaat Jaminan Sosial. Jika klaim Jaminan Sosial ditolak, selisih antara manfaat dasar yang tercantum dalam polis dan *Social Security Offset* harus dibayarkan. Sebaliknya, jika manfaat Jaminan Sosial disetujui, jumlah yang dibayarkan akan dikurangi berdasarkan persentase tertentu yang tercantum dalam polis.

Secara umum, ketentuan ini mengharuskan tertanggung untuk mengajukan permohonan manfaat Jaminan Sosial ke Social Security Administration (SSA) dan memberikan bukti penolakan klaim kepada perusahaan asuransi. Dalam banyak kasus, periode penghapusan untuk ketentuan *Social Security Offset* bertepatan dengan periode polis dasar, namun manfaat berdasarkan ketentuan tersebut mungkin tidak berlaku surut. Oleh karena itu, manfaat mungkin hanya dimulai setelah SSA benar-benar menolak klaim, yang dapat menambah kerumitan bagi tertanggung dalam mendapatkan manfaat yang mereka butuhkan.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait ketentuan *Social Security Offset*. Pertama, jenis *offset* dapat bervariasi, seperti *offset* penuh, *offset* parsial, atau *offset* yang hanya berlaku untuk jangka waktu tertentu. Selain itu, ketentuan *offset* juga

berbeda-beda antara satu polis dengan lainnya, sehingga penting bagi tertanggung untuk membaca polis dengan seksama atau berkonsultasi dengan agen asuransi untuk memahami ketentuan yang berlaku. Perubahan dalam program Jaminan Sosial juga dapat mempengaruhi cara kerja *Social Security Offset*, yang berarti tertanggung harus tetap memperbarui informasi terkait kebijakan dan ketentuan yang ada.

### Contoh Kasus

Misalkan Marcos memiliki polis asuransi disabilitas individu yang memberikan manfaat dasar sebesar \$2,500 per bulan dan manfaat *Offset* Jaminan Sosial sebesar \$1,500 per bulan. Setelah mengalami kecelakaan kerja, Marcos mengajukan klaim ke Jaminan Sosial dan perusahaan asuransinya. Dalam situasi ini, penting untuk memahami bagaimana manfaat yang diterima dari Jaminan Sosial akan memengaruhi total pembayaran yang diterima Marcos dari polis asuransinya.

**Skenario 1**, ketika Jaminan Sosial disetujui sebesar \$1,200 per bulan, Marcos mulai menerima total manfaat sebesar \$4,000 per bulan dari kedua sumber. Namun, setelah Jaminan Sosial memberikan persetujuan, perusahaan asuransi akan mengurangi manfaat *Offset* Jaminan Sosial sebesar \$1,200. Akibatnya, Marcos akan menerima \$2,500 (manfaat dasar) ditambah \$300 (hasil pengurangan dari \$1,500 menjadi \$1,200), sehingga total yang diterima dari perusahaan asuransi menjadi \$2,800 per bulan.

**Skenario 2** menunjukkan situasi di mana Jaminan Sosial disetujui sebesar \$2,000 per bulan. Dalam hal ini, Marcos juga akan mulai menerima total \$4,000 per bulan dari perusahaan asuransinya. Namun, ketika Jaminan Sosial memberikan persetujuan, perusahaan asuransi akan mengurangi manfaat *Offset* Jaminan Sosial sebesar \$2,000. Karena manfaat *Offset* Jaminan Sosial Marcos hanya \$1,500, tidak ada pembayaran tambahan yang diterima dari perusahaan asuransi. Akibatnya, Marcos hanya akan mendapatkan manfaat dasar sebesar \$2,500 ditambah \$2,000 dari Jaminan Sosial.

**Skenario 3** memperkenalkan ketentuan yang berbasis persentase. Dalam beberapa polis asuransi disabilitas, ketentuan *Offset* Jaminan Sosial dapat dinyatakan dalam bentuk persentase, bukan jumlah tetap. Misalnya, jika polis Marcos memiliki ketentuan bahwa manfaat *Offset* Jaminan Sosial akan dikurangi sebesar 50% dari jumlah tunjangan Jaminan Sosial yang diterima, maka jika Marcos menerima tunjangan Jaminan Sosial

sebesar \$1,000, maka manfaat *Offset* Jaminan Sosialnya akan dikurangi sebesar \$500. Ini akan memengaruhi total yang diterima Marcos dari perusahaan asuransi.

Hal penting yang perlu diingat adalah bahwa setiap polis asuransi memiliki ketentuan yang berbeda terkait dengan *Social Security Offset*. Oleh karena itu, sangat penting bagi tertanggung, untuk membaca polis dengan seksama dan memahami persyaratan spesifik yang berlaku. Tujuan utama dari *Social Security Offset* adalah untuk mencegah penerima manfaat dari menerima pembayaran ganda untuk kerugian yang sama, menjaga keadilan dalam sistem asuransi dan perlindungan sosial.

### **Social Security Offset vs Coordination of Benefit**

Ketentuan *Social Security Offset* dapat dianggap sebagai bentuk khusus dari **coordination of benefits** (COB) dalam konteks asuransi disabilitas di Amerika Serikat. COB secara umum adalah mekanisme yang mengatur interaksi antara beberapa polis asuransi dalam membayar klaim, dengan tujuan untuk memastikan bahwa penerima manfaat tidak mendapatkan pembayaran ganda untuk kerugian yang sama. Dengan adanya COB, sistem asuransi dapat berfungsi secara lebih adil dan efisien, mencegah penumpukan manfaat yang tidak semestinya. Selain itu, keduanya melibatkan beberapa sumber pembayaran; dalam hal *Social Security Offset*, sumbernya adalah perusahaan asuransi disabilitas dan program Jaminan Sosial, yang mencerminkan konsep COB di mana beberapa polis asuransi saling berinteraksi.

*Social Security Offset* merupakan aturan spesifik yang mengurangi manfaat yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi disabilitas jika penerima manfaat juga menerima tunjangan disabilitas dari program Jaminan Sosial. Dalam hal ini, perusahaan asuransi akan menyesuaikan jumlah yang dibayarkan berdasarkan manfaat yang diterima dari Jaminan Sosial, sehingga total manfaat yang diterima tetap dalam batas yang wajar dan sesuai dengan ketentuan COB. Dengan demikian, *Social Security Offset* berfungsi untuk menjaga integritas sistem asuransi dan memastikan bahwa manfaat yang diterima tetap proporsional dengan kebutuhan dan kondisi penerima manfaat.

Meskipun keduanya memiliki tujuan yang serupa, terdapat perbedaan mendasar antara COB dan *Social Security Offset*. COB lebih luas karena mencakup berbagai jenis polis asuransi, sedangkan *Social Security Offset* lebih spesifik pada interaksi antara asuransi disabilitas dan program Jaminan Sosial. Selain itu, mekanisme perhitungan untuk COB

dan *Social Security Offset* dapat berbeda-beda, tergantung pada ketentuan spesifik dalam polis masing-masing. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun mereka berfungsi dalam konteks yang sama, setiap mekanisme memiliki nuansa dan kondisi yang unik.

## MANFAAT RUMAH SAKIT DAN LTC

### Manfaat Rumah Sakit

Beberapa polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan di Amerika Serikat kini menawarkan **manfaat rumah sakit** (*hospital benefit*) untuk melengkapi manfaat penggantian pendapatan. Manfaat ini tersedia dengan premi tambahan dan dirancang untuk menanggung biaya terkait cedera atau penyakit serius yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan umum. Sebagian besar asuransi kesehatan mengharuskan tertanggung membayar premi sendiri dan copayment, serta mungkin memiliki pengecualian dan batasan manfaat. Manfaat rumah sakit dari polis asuransi disabilitas dapat membantu menutupi biaya yang harus dibayar sendiri tersebut.

Biasanya, manfaat rumah sakit dalam polis asuransi disabilitas dinyatakan sebagai jumlah tetap yang ditetapkan. Beberapa polis menyediakan manfaat yang mulai berlaku sejak hari pertama rawat inap, sementara polis lain menetapkan periode eliminasi, yang bisa berbeda dengan periode eliminasi untuk pembayaran manfaat asuransi disabilitas pendapatan. Hal ini berarti bahwa tertanggung mungkin harus menunggu beberapa waktu sebelum menerima manfaat, tergantung pada ketentuan spesifik dalam polis yang mereka pilih.

### Asuransi Perawatan Jangka Panjang

Seperti yang dijelaskan pada Bab awal buku ini, perbedaan utama antara asuransi disabilitas pendapatan dan asuransi perawatan jangka panjang adalah bahwa asuransi disabilitas pendapatan memberikan manfaat untuk menggantikan pendapatan yang hilang akibat cacat, sedangkan asuransi perawatan jangka panjang menanggung biaya perawatan tertentu. Meskipun ada perbedaan ini, beberapa pakar industri mencatat kesamaan risiko yang ditanggung oleh keduanya, yang telah memicu diskusi mengenai polis **asuransi disabilitas pendapatan hibrida** dan polis perawatan jangka panjang. Dengan pendekatan hibrida ini, pendapatan tertanggung akan dilindungi dari kerugian selama masa kerjanya, sementara biaya perawatan jangka panjang akan ditanggung setelah mereka pensiun.

Asuransi disabilitas pendapatan hibrida adalah sebuah inovasi dalam industri asuransi yang menggabungkan fitur terbaik dari dua produk yang berbeda: asuransi disabilitas pendapatan dan asuransi perawatan jangka panjang. Konsep ini muncul sebagai respons terhadap kebutuhan individu yang semakin kompleks, terutama seiring dengan peningkatan usia harapan hidup dan biaya perawatan kesehatan yang terus meningkat.

Polis hibrida menawarkan perlindungan komprehensif dengan memungkinkan individu melindungi pendapatan selama masa kerja sekaligus menjamin biaya perawatan jangka panjang setelah pensiun. Selain itu, polis ini memberikan fleksibilitas dengan berbagai opsi penyesuaian sesuai kebutuhan dan anggaran individu. Menggabungkan dua jenis perlindungan dalam satu polis juga dapat menghemat biaya administrasi dan premi.

Asuransi disabilitas pendapatan hibrida memiliki dua fitur utama. Pertama, polis ini memberikan manfaat disabilitas pendapatan, yang membayar sebagian dari pendapatan yang hilang jika Anda mengalami disabilitas yang menghalangi Anda untuk bekerja. Kedua, setelah mencapai usia pensiun dan membutuhkan perawatan jangka panjang, polis ini akan membantu menanggung biaya terkait, seperti biaya panti jompo atau perawatan di rumah.

Selain itu, polis hibrida menawarkan opsi penyesuaian yang beragam. Anda dapat memilih tingkat manfaat yang sesuai dengan kebutuhan Anda, menentukan periode eliminasi yang harus dilalui sebelum manfaat mulai dibayarkan, dan menambahkan rider tambahan, seperti manfaat untuk perawatan kronis atau manfaat kematian. Opsi-opsi ini memberikan fleksibilitas kepada individu untuk menyesuaikan polis sesuai dengan kebutuhan dan anggaran mereka.

Polis asuransi hibrida memiliki beberapa tantangan dan pertimbangan, antara lain kompleksitas yang lebih tinggi dibandingkan polis tradisional, sehingga penting untuk memahami semua ketentuan dan pengecualian sebelum membeli. Selain itu, premi untuk polis hibrida biasanya lebih mahal dibandingkan dengan polis individual, dan tidak semua perusahaan asuransi menyediakan opsi polis hibrida ini.

Di Amerika Serikat, minat terhadap polis asuransi hibrida terus meningkat, meskipun penetrasinya masih rendah dibandingkan dengan polis disabilitas pendapatan atau perawatan jangka panjang yang terpisah. Beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan polis hibrida mencakup kenaikan biaya perawatan kesehatan yang

mendorong individu mencari solusi lebih komprehensif, peningkatan usia harapan hidup yang meningkatkan risiko kebutuhan perawatan jangka panjang, serta keterbatasan Program Jaminan Sosial yang seringkali tidak mencukupi untuk menutupi biaya perawatan tersebut.

**Contoh Kasus:**

Donald adalah seorang profesional muda berusia 35 tahun yang bekerja di bidang keuangan. Ia sangat peduli dengan masa depannya dan ingin memastikan bahwa keluarganya terjamin secara finansial jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan. Setelah melakukan riset, Donald memutuskan untuk membeli polis asuransi disabilitas pendapatan hibrida.

**Skenario 1: Kecelakaan Kerja** Pada usia 40 tahun, Donald mengalami kecelakaan kerja yang mengakibatkan cedera punggung serius. Akibat cedera ini, Donald tidak dapat lagi bekerja dalam jangka waktu yang lama. Berdasarkan polis hibridanya, Donald mulai menerima manfaat bulanan untuk mengganti sebagian pendapatan yang hilang. Manfaat ini membantunya memenuhi kebutuhan sehari-hari dan menjaga gaya hidup keluarganya.

**Skenario 2: Penyakit Kronis di Usia Tua** Saat memasuki usia pensiun, Donald mulai mengalami penurunan kesehatan yang signifikan akibat penyakit Parkinson. Ia membutuhkan perawatan jangka panjang di rumah dan bantuan dari perawat. Berkat polis hibridanya, biaya perawatan jangka panjang Donald sebagian besar ditanggung oleh asuransi, sehingga ia tidak perlu khawatir membebani keuangan keluarganya.

Polis hibrida membantu Donald dengan memberikan perlindungan komprehensif selama masa produktifnya dan saat pensiun, memastikan kestabilan finansial bagi Donald dan keluarganya meskipun menghadapi peristiwa yang tidak diinginkan. Selain itu, polis ini memberikan ketenangan pikiran bagi Donald, karena ia tidak perlu khawatir tentang biaya perawatan jangka panjang di masa depan berkat perlindungan yang memadai.

**Contoh Kasus Lain:**

- **Ibu Rumah Tangga:** Seorang ibu rumah tangga juga dapat membeli polis hibrida. Jika ia mengalami disabilitas yang mengharuskan ia menyewa asisten rumah tangga atau perawat, polis ini dapat membantu membiayai biaya tersebut.
- **Wirausaha:** Seorang wirausahawan dapat menggunakan polis hibrida untuk melindungi pendapatan bisnisnya jika ia tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera.

**RINGKASAN**

Bab ini menjelaskan berbagai klausul penting dalam polis asuransi disabilitas pendapatan, termasuk ketentuan mengenai klaim manfaat yang memerlukan bukti kerugian dari tertanggung, serta opsi pembaruan polis seperti pertanggungan yang tidak dapat dibatalkan, dijamin dapat diperbarui, dan dapat dibatalkan. Selain itu, dibahas periode eliminasi, yang merupakan waktu tunggu sebelum manfaat dapat diterima, dengan pilihan durasi yang bervariasi. Bab ini menekankan pentingnya memahami ketentuan-ketentuan ini untuk memberikan perlindungan yang sesuai serta keseimbangan antara premi dan kebutuhan finansial individu.

Selanjutnya, bab ini juga membahas definisi disabilitas, termasuk perbedaan antara "pekerjaan sendiri" dan "setiap pekerjaan", serta konsep cacat *residual* yang memberikan manfaat parsial bagi individu yang tidak dapat bekerja penuh. Diuraikan juga mengenai disabilitas dugaan yang memungkinkan pembayaran manfaat tanpa evaluasi medis, serta ketentuan batas waktu gugatan yang memberikan kepastian hukum. Terakhir, dibahas ketentuan *Social Security Offset* yang mengurangi manfaat asuransi jika penerima juga menerima tunjangan dari program *Social Security*, serta inovasi polis hibrida yang menggabungkan perlindungan asuransi disabilitas dan perawatan jangka panjang, meskipun dengan kompleksitas dan biaya yang lebih tinggi.

# BAB 3

## PEMASARAN DAN PENJUALAN

Pendahuluan.....	76
Pasar Asuransi.....	77
Segmentasi Pasar.....	77
Pasar Asuransi Kumpulan .....	77
Kelompok Asuransi Kumpulan.....	78
Pasar Asuransi Perorangan .....	79
Pemasaran dari Masa ke Masa.....	80
Pemasaran pada Masa Lampau.....	80
Pemasaran Masa Kini dan Masa Depan.....	80
Persaingan di Pasar Asuransi .....	81
Siklus Produk Asuransi.....	82
Kebutuhan Pasar .....	82
Pengembangan Produk .....	83
Distribusi Produk Asuransi .....	83
Saluran atau Kanal Distribusi .....	83
Faktor yang Mempengaruhi Distribusi .....	84
Peran Kantor Cabang.....	85
Pemasaran Massal .....	86
Bancassurance .....	87
Loka Pasar dalam Asuransi .....	87
Kompensasi Agen Penjualan.....	88
Produk Perorangan versus Kumpulan .....	88
Faktor yang Mempengaruhi Komisi .....	89
Strategi Pemasaran .....	89

Macam-macam Komisi Penjualan .....	90
Pemberian kompensasi lainnya .....	93
Kompetensi Tenaga Penjual.....	94
Kompetensi Utama.....	94
Lembaga Sertifikasi .....	96
Regulasi.....	96
Peran dan Tugas Agen.....	97
Peran Field Underwriter .....	98
Seleksi Risiko Awal .....	98
Faktor dalam Seleksi Risiko Awal.....	99
Penjualan Produk Asuransi .....	99
Asuransi Kumpulan .....	99
Asuransi Perorangan.....	100
Ringkasan .....	101

## PENDAHULUAN

---

Bab ini akan membahas secara mendalam berbagai aspek penting dalam pemasaran asuransi disabilitas pendapatan. Mulai dari pemahaman karakteristik pasar, evolusi strategi pemasaran, pengembangan produk, pemilihan kanal distribusi, perancangan sistem kompensasi agen, pengembangan kompetensi tenaga penjualan, hingga penerapan teknik underwriting awal oleh agen dan strategi penjualan yang efektif. Setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan memahami bagaimana merancang dan melaksanakan strategi pemasaran yang efektif untuk produk asuransi disabilitas, serta berkontribusi dalam pengembangan industri asuransi yang berkelanjutan.

## PASAR ASURANSI

---

### SEGMENTASI PASAR

Memahami segmentasi pasar sangat penting bagi perusahaan asuransi disabilitas pendapatan untuk menargetkan calon pelanggan secara lebih efektif. Setiap segmen pasar memiliki karakteristik unik yang dapat diidentifikasi, yang memungkinkan perusahaan untuk fokus pada kelompok yang paling relevan. Dengan membagi pasar menjadi segmen-segmen yang lebih kecil, perusahaan dapat melakukan pemasaran yang lebih terarah dan sesuai dengan kebutuhan masing-masing kelompok.

Segmentasi juga memungkinkan perusahaan untuk menawarkan produk dan layanan yang lebih personal dan efisien. Masing-masing segmen memiliki kebutuhan dan preferensi yang berbeda, sehingga memahami perbedaan ini membantu dalam pengembangan produk yang tepat. Selain itu, segmentasi membantu perusahaan mengalokasikan sumber daya secara lebih efisien, meningkatkan efektivitas pemasaran, dan pada akhirnya meningkatkan penjualan.

Ada beberapa cara untuk melakukan segmentasi pasar, termasuk segmentasi geografis, demografis, psikografis, dan perilaku. Misalnya, segmentasi geografis dapat membedakan pasar berdasarkan lokasi, sementara segmentasi demografis dapat dibedakan berdasarkan usia, jenis kelamin, dan penghasilan. Segmentasi psikografis fokus pada gaya hidup dan nilai, sedangkan segmentasi perilaku melihat pada kebiasaan pembelian dan preferensi produk.

Dengan melakukan segmentasi pasar, perusahaan asuransi disabilitas dapat lebih mengenal calon pelanggan, menawarkan produk yang relevan, dan menargetkan pesan pemasaran dengan lebih tepat. Ini membantu dalam membangun hubungan yang lebih kuat dengan pelanggan dan meningkatkan peluang keberhasilan bisnis. Segmentasi pasar adalah alat yang sangat berguna untuk mencapai tujuan perusahaan dan meningkatkan efektivitas strategi pemasaran.

### PASAR ASURANSI KUMPULAN

Perusahaan asuransi mengelompokkan pasar asuransi kumpulan untuk disabilitas pendapatan berdasarkan ukuran kelompok dan jenis peserta. Sekitar 80% kelompok

tertanggung di Amerika Serikat terdiri dari peserta dengan jumlah kurang dari seratus orang. Kontrak untuk kelompok kecil ini biasanya memiliki struktur manfaat yang baku, dengan fokus pada tarif dan kemampuan membayar manfaat. Proses administrasi juga disederhanakan untuk memenuhi kebutuhan kelompok yang lebih kecil.

Sekitar 10% kontrak asuransi kumpulan mencakup kelompok dengan ukuran antara 100 hingga 500 orang, di mana desain manfaat dan administrasinya lebih fleksibel. Dalam pasar ini, agen asuransi dan broker sangat aktif dalam menjual produk, dengan perhatian pada biaya, fleksibilitas program manfaat, dan kualitas pelayanan. Meskipun kelompok besar (lebih dari 500 peserta) hanya menyumbang 10% dari total kontrak, mereka mendapatkan manfaat yang disesuaikan sesuai permintaan dan kebutuhan peserta, biasanya dijual melalui broker atau konsultan.

Peserta asuransi kumpulan umumnya terdiri dari majikan yang memberikan paket manfaat untuk melindungi karyawan dari risiko ekonomi akibat disabilitas. Banyak majikan membeli asuransi kumpulan atas nama karyawan mereka, dan bisa juga melibatkan serikat pekerja yang mewakili sejumlah karyawan.

Dengan memahami segmentasi pasar dan karakteristik peserta, perusahaan asuransi disabilitas dapat merancang produk yang lebih sesuai dan meningkatkan efektivitas pemasaran mereka di pasar yang kompetitif.

### **KELOMPOK ASURANSI KUMPULAN**

Dalam penyelenggaraan asuransi kumpulan untuk disabilitas pendapatan, pemberi kerja merupakan salah satu kelompok utama. Pemberi kerja bisa berupa pemilik usaha, perusahaan patungan, atau anak perusahaan yang beroperasi di bawah satu entitas. Sebagian besar kontrak asuransi kumpulan berasal dari pemberi kerja tunggal, di mana mereka dapat membayar semua premi atau berbagi biaya premi dengan karyawan. Setiap negara atau wilayah mungkin memiliki peraturan yang mengatur jumlah minimum anggota, syarat keanggotaan, dan batas maksimum manfaat asuransi.

Selain pemberi kerja, serikat pekerja juga dapat menawarkan manfaat asuransi kumpulan kepada anggotanya. Serikat pekerja biasanya membayar premi menggunakan iuran dari anggotanya, meskipun saat ini banyak serikat pekerja yang lebih memilih untuk mengadakan negosiasi langsung dengan perusahaan untuk mendapatkan manfaat

asuransi. Jika negosiasi tidak berhasil, barulah serikat pekerja mempertimbangkan untuk membeli asuransi kumpulan.

Ada juga model kumpulan pemberi kerja, di mana beberapa pemberi kerja bergabung dalam suatu himpunan, seperti dana perwalian, asosiasi industri, atau asosiasi profesi. Model ini memungkinkan pemberi kerja untuk mendapatkan manfaat asuransi dengan lebih efisien dan mengurangi risiko, sambil juga memberikan perlindungan bagi karyawan atau anggota mereka terhadap risiko disabilitas. Dengan pendekatan ini, perusahaan dapat menyediakan perlindungan yang lebih baik kepada karyawan atau anggota dan memenuhi kebutuhan pasar yang beragam.

### **PASAR ASURANSI PERORANGAN**

Pasar asuransi disabilitas pendapatan perorangan dibagi menjadi tiga kelompok peserta. Pertama, pasar primer permanen terdiri dari individu yang membeli asuransi disabilitas untuk perlindungan jangka panjang. Kelompok ini mencakup pekerja profesional yang ingin memastikan pendapatan mereka terlindungi jika mengalami disabilitas yang menghalangi mereka untuk bekerja.

Kedua, pasar primer sementara terdiri dari individu yang membutuhkan asuransi disabilitas untuk jangka waktu terbatas, biasanya sekitar enam bulan. Peserta dalam kelompok ini bisa termasuk orang-orang yang baru saja lulus dari perguruan tinggi, yang sedang dalam transisi karir, atau yang baru mulai bekerja dan belum memenuhi syarat untuk bergabung dalam program asuransi kumpulan di tempat kerja. Mereka mencari perlindungan sementara untuk mengatasi risiko kehilangan pendapatan.

Ketiga, pasar tambahan mencakup individu yang sudah memiliki asuransi disabilitas primer tetapi ingin menambah manfaat untuk situasi tertentu, seperti perlindungan tambahan untuk kondisi kesehatan yang tidak sepenuhnya ditanggung oleh polis utama. Kelompok ini mencari opsi untuk memperluas cakupan agar lebih sesuai dengan kebutuhan finansial mereka jika terjadi disabilitas

## PEMASARAN DARI MASA KE MASA

---

### PEMASARAN PADA MASA LAMPAU

Riset pasar dalam asuransi disabilitas pendapatan baru berkembang dalam beberapa tahun terakhir, lebih lambat dibandingkan sektor asuransi lainnya. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya data yang komprehensif dan ketidakmatangan dalam bisnis disabilitas, di mana penjualan sering kali didorong oleh produk daripada oleh kebutuhan pasar. Pendekatan pemasaran yang berfokus pada kebutuhan dan peluang pasar dapat lebih efektif untuk meningkatkan penjualan asuransi disabilitas.

Awalnya, asuransi disabilitas dipasarkan sebagai perlindungan terhadap kehilangan pendapatan akibat kecelakaan, terutama di sektor pekerjaan berisiko. Namun, perhatian mulai beralih ke disabilitas jangka panjang akibat penyakit pada pertengahan abad ke-20. Perubahan ini menekankan pentingnya stabilitas dan motivasi dalam klaim disabilitas, yang menjadi lebih signifikan dibandingkan hanya mempertimbangkan risiko fisik.

Seiring dengan pergeseran pasar, produk asuransi disabilitas mulai menawarkan ganti rugi yang lebih tinggi, dengan banyak polis bernilai di atas \$500 per bulan. Tahun 1960-an dan 1970-an menyaksikan perubahan dalam bahasa polis untuk memenuhi tuntutan pembeli yang lebih canggih. Meskipun terjadi pertumbuhan di pasar profesional, seperti di kalangan dokter dan pengacara, banyak pemilik bisnis tetap kurang terlayani, menunjukkan bahwa meskipun industri asuransi disabilitas berkembang, masih ada segmen pasar yang tidak terlayani dengan baik.

### PEMASARAN MASA KINI DAN MASA DEPAN

Pasar asuransi disabilitas pendapatan memiliki perbedaan penting dibandingkan dengan pasar asuransi jiwa perorangan. Dalam dua dekade terakhir, program tunjangan karyawan seperti rencana disabilitas jangka panjang (LTD) semakin umum, mengurangi kebutuhan akan asuransi disabilitas perorangan, terutama di segmen berpenghasilan rendah. Namun, eksekutif atau karyawan dengan kompensasi tinggi mungkin masih memerlukan perlindungan tambahan jika cakupan yang ada tidak mencukupi.

Tren asuransi sukarela, di mana karyawan membayar sebagian atau seluruh premi, juga semakin berkembang. Hal ini memberikan fleksibilitas lebih bagi karyawan dan mengubah cara perlakuan pajak, meskipun pertumbuhan program disabilitas pemerintah seperti jaminan sosial telah mengurangi kebutuhan bagi individu dengan pendapatan di bawah \$20.000. Saat ini, pasar utama asuransi disabilitas perorangan lebih fokus pada individu berpenghasilan di atas \$20.000, termasuk wiraswasta yang tidak memiliki perlindungan memadai dari perusahaan.

Industri asuransi disabilitas mulai melihat peluang baru seiring dengan perkembangan keterampilan pemasaran dan kejenuhan pasar profesional. Terutama di perusahaan kecil, di mana hanya sebagian kecil yang memiliki perlindungan disabilitas perorangan. Perusahaan asuransi perlu merancang produk yang sesuai untuk segmen pasar baru ini, mengingat banyak usaha kecil yang belum terlayani dengan baik. Segmentasi pasar berdasarkan pekerjaan, usia, dan lokasi geografis menawarkan banyak peluang yang bisa dimanfaatkan.

Perubahan dalam cara penjualan juga terlihat dengan meningkatnya penjualan produk **"multi-life" atau multi-jiwa**, yang menggantikan penjualan tradisional kepada individu. Pendekatan baru ini menciptakan peluang untuk meningkatkan perlindungan disabilitas di tempat kerja. Untuk memaksimalkan potensi di masa depan, perusahaan asuransi harus responsif terhadap dinamika kerja yang terus berubah, seperti frekuensi pekerja berganti pekerjaan dan meningkatnya jumlah pekerja paruh waktu, serta memanfaatkan teknologi untuk mengidentifikasi dan menyaring prospek penjualan dengan lebih efektif.

### **PERSAINGAN DI PASAR ASURANSI**

Lingkungan persaingan dalam penjualan pendapatan disabilitas perorangan mirip dengan asuransi jiwa, terutama dalam metode penjualan dan pentingnya memahami kebutuhan prospek. Meskipun tenaga penjual harus familiar dengan produk pendapatan disabilitas, fokus penjualannya berbeda; di asuransi disabilitas, lebih banyak penekanan pada kontrak dan bahasa kontrak, sementara di asuransi jiwa, harga menjadi faktor utama. Meskipun banyak perusahaan menawarkan tingkat ganti rugi dan bahasa kontrak yang serupa, perbedaan lebih terlihat pada underwriting dan pengalaman staf.

Dalam memilih produk asuransi, konsumen sangat memperhatikan catatan perusahaan dalam membayar klaim, meskipun ini sulit dijelaskan secara objektif. Persaingan di

pasar pendapatan disabilitas, terutama untuk segmen berpenghasilan tinggi, semakin agresif dan canggih, dengan penekanan pada perlindungan keuangan penuh. Namun, fokus yang berlebihan pada detail kontrak sering kali mengabaikan reputasi perusahaan dan kemampuan mereka untuk membayar klaim, yang dapat merugikan nasabah dan meningkatkan risiko bagi perusahaan asuransi di jangka panjang.

## SIKLUS PRODUK ASURANSI

---

### KEBUTUHAN PASAR

Dalam bisnis asuransi pribadi, terdapat tiga risiko utama yang memengaruhi pendapatan seseorang: kematian, pensiun, dan disabilitas. Asuransi jiwa mengatasi risiko kematian, anuitas serta program pensiun menangani pensiun, sementara asuransi pendapatan disabilitas melindungi dari kehilangan pendapatan akibat disabilitas. Meskipun penting, produk pendapatan disabilitas sering dianggap sebagai produk kedua oleh tenaga penjual, yang berdampak pada kurangnya kepercayaan diri dalam penjualannya dan melewatkan peluang untuk memenuhi kebutuhan klien secara menyeluruh. Statistik menunjukkan bahwa kemungkinan mengalami disabilitas jangka panjang jauh lebih besar dibandingkan kematian, sehingga agen yang tidak menawarkan produk ini kehilangan kesempatan untuk memberikan layanan lengkap dan potensi penghasilan.

Proses underwriting untuk produk disabilitas lebih kompleks karena disabilitas dapat disebabkan oleh berbagai kondisi non-jiwa, dan faktor motivasi serta stabilitas individu memengaruhi frekuensi dan durasi disabilitas. Proses ini sering berakibat pada waktu persetujuan yang lebih lama dan tingkat penolakan yang lebih tinggi. Dengan kemajuan pengobatan yang membuat orang hidup lebih lama namun sering mengalami disabilitas, kebutuhan akan perlindungan disabilitas semakin mendesak, terutama di kalangan populasi yang menua. Penyakit seperti hipertensi, penyakit jantung, dan diabetes dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, menegaskan pentingnya produk disabilitas dalam perencanaan keuangan.

## PENGEMBANGAN PRODUK

Mengembangkan produk asuransi disabilitas pendapatan baru atau meningkatkan yang sudah ada membutuhkan proses yang matang. Perusahaan asuransi biasanya memulai dengan mengumpulkan ide-ide baru, baik dari karyawan, manajemen, maupun dari analisis pasar. Setelah itu, dilakukan penelitian mendalam untuk memahami kebutuhan pasar, menganalisis persaingan, dan memperkirakan potensi keuntungan dari produk baru tersebut.

Tahap selanjutnya adalah merancang produk secara detail. Ini mencakup menentukan manfaat yang ditawarkan, menetapkan premi, dan menyusun prosedur underwriting. Selain itu, perusahaan juga perlu mempertimbangkan bagaimana produk baru ini akan dipasarkan dan didistribusikan. Setelah produk siap, tahap peluncuran akan dilakukan. Pada tahap ini, perusahaan akan mempromosikan produk baru kepada agen dan calon nasabah.

Setelah produk diluncurkan, perusahaan perlu terus memantau kinerja produk tersebut. Data penjualan, umpan balik dari pelanggan, dan perubahan kondisi pasar akan digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan produk dan melakukan penyesuaian jika diperlukan. Proses pengembangan produk yang efektif akan memastikan bahwa produk yang ditawarkan relevan dengan kebutuhan pasar dan memberikan nilai tambah bagi perusahaan.

## DISTRIBUSI PRODUK ASURANSI

---

### SALURAN ATAU KANAL DISTRIBUSI

Distribusi asuransi disabilitas pendapatan melibatkan berbagai pihak yang berperan dalam memasarkan dan melayani produk ini. Secara umum, ada beberapa saluran utama yang digunakan:

#### Perwakilan Kelompok

Perwakilan Kelompok (*Group Representative*) adalah karyawan perusahaan asuransi yang bertugas khusus untuk mengembangkan bisnis asuransi disabilitas pendapatan di tingkat kelompok. Bertindak sebagai penghubung antara perusahaan asuransi dan klien

korporat. Mereka bertanggung jawab untuk mengembangkan bisnis baru, memberikan layanan kepada klien, dan mengumpulkan informasi pasar.

### **Agen Asuransi**

Agen asuransi adalah perantara yang menjual berbagai jenis produk asuransi, termasuk asuransi disabilitas pendapatan. Mereka biasanya bekerja secara mandiri atau tergabung dalam suatu lembaga. Agen berfokus pada penjualan produk asuransi kepada klien individu atau kelompok kecil. Mereka sering kali memberikan layanan yang lebih personal kepada klien.

### **Broker Asuransi:**

Pialang atau broker asuransi mewakili kepentingan klien dalam memilih produk asuransi yang paling sesuai. Mereka biasanya bekerja dengan perusahaan besar atau kelompok klien yang kompleks. Mereka menawarkan berbagai pilihan produk asuransi dari beberapa perusahaan asuransi dan membantu klien memilih produk yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka.

### **Konsultan Kesejahteraan Karyawan**

Konsultan Kesejahteraan Karyawan merupakan para ahli yang fokus pada perancangan dan implementasi program kesejahteraan karyawan, termasuk asuransi disabilitas pendapatan. Mereka seringkali memberikan nasihat kepada perusahaan mengenai pilihan produk dan penyedia layanan. Mereka memberikan nasihat ahli kepada perusahaan mengenai desain program kesejahteraan karyawan, termasuk asuransi disabilitas pendapatan.

### **Model Distribusi**

Model distribusi yang digunakan oleh perusahaan asuransi dapat bervariasi tergantung pada ukuran perusahaan, jenis produk, dan target pasar. Beberapa perusahaan mungkin menggabungkan beberapa saluran distribusi untuk mencapai jangkauan yang lebih luas.

## **FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DISTRIBUSI**

**Ukuran Kelompok Tertanggung:** Kelompok besar cenderung dilayani oleh broker atau konsultan kesejahteraan karyawan, sedangkan kelompok kecil lebih sering dilayani oleh agen asuransi.

**Kompleksitas Produk:** Produk yang kompleks dengan banyak pilihan manfaat seringkali membutuhkan layanan yang lebih khusus, seperti yang disediakan oleh broker atau konsultan.

**Kebijakan Perusahaan:** Setiap perusahaan asuransi memiliki kebijakan distribusi yang berbeda-beda, tergantung pada strategi bisnis mereka.

**Profil Nasabah:** Nasabah individu dengan kebutuhan yang kompleks mungkin lebih memilih untuk berkonsultasi dengan broker atau konsultan keuangan. Sementara itu, nasabah yang lebih muda dan melek teknologi mungkin lebih tertarik dengan saluran distribusi online.

**Jenis Produk:** Produk asuransi disabilitas yang kompleks atau yang memerlukan penjelasan mendalam biasanya lebih cocok dipasarkan melalui agen atau broker yang memiliki keahlian khusus.

## PERAN KANTOR CABANG

Kantor cabang merupakan ujung tombak perusahaan asuransi dalam menjangkau nasabah secara langsung. Mereka memiliki peran yang sangat penting dalam pemasaran dan penjualan produk asuransi disabilitas pendapatan.

### Tugas Utama Kantor Cabang:

- **Rekrutmen dan Pelatihan Agen:** Kantor cabang bertanggung jawab untuk mencari, merekrut, dan melatih para agen asuransi yang akan memasarkan produk perusahaan.
- **Pengawasan Agen:** Kantor cabang mengawasi kinerja para agen, memastikan mereka bekerja sesuai dengan prosedur dan mencapai target penjualan yang telah ditetapkan.
- **Distribusi Informasi:** Kantor cabang berperan sebagai jembatan antara perusahaan pusat dengan para agen. Mereka mendistribusikan informasi terbaru mengenai produk, promo, dan kebijakan perusahaan kepada para agen.
- **Pelayanan Nasabah:** Kantor cabang juga bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kepada nasabah yang sudah ada, seperti menjawab pertanyaan, mengurus klaim, dan menyelesaikan masalah yang timbul.

- **Pencapaian Target Penjualan:** Kantor cabang bertanggung jawab untuk mencapai target penjualan yang telah ditetapkan oleh perusahaan. Mereka akan melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan penjualan, seperti mengadakan kampanye pemasaran, pelatihan produk, dan memberikan insentif kepada agen.

Kantor cabang memiliki peran yang sangat krusial dalam keberhasilan pemasaran produk asuransi disabilitas pendapatan. Dengan mengelola agen, memberikan pelatihan, dan memastikan pelayanan yang baik kepada nasabah, kantor cabang berkontribusi secara signifikan terhadap pertumbuhan bisnis perusahaan asuransi.

### **PEMASARAN MASSAL**

Pemasaran massal untuk asuransi disabilitas pendapatan bertujuan untuk menjangkau banyak peserta sekaligus, menggunakan berbagai teknik seperti pemasaran melalui surat menyurat, *franchise plan*, sponsor pihak ketiga, dan penjualan langsung. Strategi ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk memperkenalkan produk mereka kepada audiens yang lebih luas, mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan perlindungan terhadap kehilangan pendapatan akibat disabilitas.

Salah satu metode yang efektif adalah pemasaran melalui surat langsung, di mana perusahaan mengirimkan penawaran dan formulir permohonan ke rumah-rumah. Penawaran ini mencakup informasi tentang asuransi disabilitas pendapatan, memberikan prospek kesempatan untuk memahami manfaat yang ditawarkan. Selain itu, iklan di media cetak, radio, dan televisi juga digunakan untuk menarik minat konsumen, lengkap dengan informasi kontak untuk pertanyaan lebih lanjut.

**Franchise plan** menawarkan solusi bagi individu yang tidak memenuhi syarat untuk asuransi kumpulan. Melalui rencana ini, peserta mendapatkan perlindungan untuk biaya medis dan kompensasi pendapatan, dengan premi yang lebih rendah karena pengurangan biaya administrasi. Hal ini membuat asuransi disabilitas pendapatan lebih terjangkau bagi karyawan, anggota organisasi, dan kelompok kecil.

Perusahaan juga dapat bekerja sama dengan sponsor pihak ketiga, seperti bank atau perusahaan keuangan, untuk menawarkan asuransi disabilitas pendapatan melalui saluran mereka. Dalam skema ini, konsumen menerima penawaran melalui surat dan

perusahaan asuransi mengelola transaksi yang berkaitan dengan polis tersebut, memperluas jangkauan pemasaran.

Dengan kemajuan teknologi, pemasaran melalui internet dan media sosial semakin populer. Melalui situs web dan platform media sosial, perusahaan asuransi dapat menyajikan informasi produk dan simulasi yang memudahkan calon nasabah dalam memilih asuransi disabilitas pendapatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Pendekatan ini memungkinkan interaksi yang lebih baik dan aksesibilitas yang lebih tinggi untuk calon peserta.

## **BANCASSURANCE**

Bancassurance adalah bentuk kerja sama strategis antara bank dan perusahaan asuransi. Melalui kemitraan ini, bank dapat menawarkan produk asuransi kepada nasabahnya, seperti asuransi jiwa, kesehatan, dan investasi. Intinya, bancassurance memudahkan nasabah untuk mendapatkan perlindungan finansial sekaligus mengelola keuangan mereka dalam satu tempat.

Dalam kemitraan ini, produk asuransi dipasarkan melalui jaringan kantor bank, di mana petugas bank yang terlatih memberikan informasi dan membantu nasabah dalam memilih produk yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Meskipun proses administrasi dan klaim biasanya ditangani oleh perusahaan asuransi, bank tetap berperan penting dalam memberikan dukungan dan layanan kepada nasabah, memastikan pengalaman yang lebih terintegrasi dan memudahkan akses terhadap produk asuransi.

## **LOKA PASAR DALAM ASURANSI**

**Marketplace** atau **loka pasar** dalam konteks asuransi disabilitas pendapatan adalah platform digital yang memungkinkan individu atau perusahaan untuk membandingkan dan membeli produk asuransi disabilitas dari berbagai perusahaan asuransi secara online. Platform ini berfungsi sebagai pusat perantara antara pembeli (nasabah) dan penjual (perusahaan asuransi).

### **Cara Marketplace Asuransi Bekerja**

1. **Registrasi:** Nasabah mendaftar pada platform dan mengisi informasi yang diperlukan, seperti usia, pekerjaan, kondisi kesehatan, dan jumlah pertanggungan yang diinginkan.

2. **Perbandingan Produk:** Platform akan menampilkan berbagai pilihan produk asuransi disabilitas dari berbagai perusahaan asuransi, beserta rincian manfaat, premi, dan persyaratannya. Nasabah dapat dengan mudah membandingkan produk-produk tersebut dan memilih yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka.
3. **Pembelian:** Setelah memilih produk, nasabah dapat melakukan pembelian secara online. Proses pembelian biasanya melibatkan pengisian formulir aplikasi dan pembayaran premi.
4. **Dukungan:** *Platform marketplace* biasanya menyediakan layanan pelanggan untuk membantu nasabah dalam proses pembelian, klaim, dan pertanyaan lainnya.

## KOMPENSASI AGEN PENJUALAN

---

Jenis dan macam komisi atas penjualan produk asuransi disabilitas beragam tergantung kebijakan setiap perusahaan asuransi. Tingkat komisi dalam pendapatan disabilitas mirip dengan asuransi jiwa, terutama pada komisi tahun pertama, yang berkisar antara 40 hingga 50 persen dan bervariasi berdasarkan kelas pekerjaan. Semakin baik kelas pekerjaan, semakin tinggi tingkat komisi tahun pertama. Namun, tingkat komisi perpanjangan dari tahun kedua hingga kesepuluh cenderung lebih rendah, dan setelah lima tahun, biasanya lebih rendah dibandingkan asuransi jiwa. Banyak perusahaan juga menawarkan insentif tambahan untuk produksi atau ketekunan, dengan asuransi disabilitas sering kali memiliki lebih banyak insentif daripada asuransi jiwa.

### PRODUK PERORANGAN VERSUS KUMPULAN

Secara umum, prinsip kompensasi atau komisi untuk agen penjualan asuransi disabilitas pendapatan, baik itu untuk produk perorangan maupun kumpulan, memiliki kesamaan yaitu berdasarkan pada keberhasilan dalam menjual polis. Namun, terdapat beberapa perbedaan yang perlu diperhatikan:

Pemasaran produk asuransi perorangan dan produk kumpulan memiliki kesamaan dalam struktur insentif bagi agen penjualnya. Dalam kedua jenis produk, agen biasanya menerima komisi yang berupa persentase dari total premi yang dibayarkan oleh nasabah, sehingga menciptakan motivasi yang sama untuk mendorong penjualan. Selain itu, agen juga sering mendapatkan bonus tambahan jika mereka berhasil mencapai target penjualan tertentu dalam periode waktu tertentu, yang lebih

meningkatkan potensi penghasilan mereka. Untuk produk yang bersifat jangka panjang, baik perorangan maupun kumpulan, agen dapat memperoleh komisi berulang selama polis tetap aktif, memberikan mereka aliran pendapatan yang berkelanjutan dari klien yang telah mereka daftarkan.

Tabel 3.1 Perbedaan Komisi Asuransi Perorangan dan Asuransi Kumpulan

Perbedaan	Produk Asuransi Perorangan	Produk Asuransi Kumpulan
<b>Besar Komisi</b>	Umumnya lebih tinggi karena proses penjualan lebih kompleks dan membutuhkan usaha lebih banyak.	Mungkin lebih rendah, namun potensi pendapatan keseluruhan bisa lebih besar jika berhasil menjual ke kelompok besar.
<b>Struktur Komisi</b>	Lebih bervariasi, tergantung pada jenis produk dan perusahaan asuransi.	Cenderung lebih sederhana dan fokus pada jumlah peserta yang berhasil diajak bergabung.
<b>Frekuensi Pembayaran Komisi</b>	Bisa bulanan, triwulanan, atau tahunan.	Seringkali dilakukan setelah polis diterbitkan dan pembayaran premi pertama dilakukan.

### FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOMISI

Komisi yang diterima oleh agen asuransi dipengaruhi oleh beberapa faktor kunci. Pertama, jenis produk yang dijual memainkan peran penting; produk dengan manfaat yang lebih kompleks atau yang memerlukan underwriting ketat cenderung menawarkan komisi yang lebih tinggi. Kedua, besar premi yang dibayarkan oleh nasabah juga berpengaruh, di mana semakin besar premi, semakin tinggi komisi yang diterima agen. Selain itu, kebijakan kompensasi yang bervariasi di setiap perusahaan asuransi juga menentukan besaran komisi. Terakhir, pengalaman agen berperan signifikan, di mana agen yang lebih berpengalaman dan memiliki kinerja yang baik biasanya mendapatkan komisi yang lebih tinggi dibandingkan dengan agen yang baru.

### STRATEGI PEMASARAN

Perusahaan asuransi memiliki berbagai cara dan jenis komisi penjualan yang dapat diterapkan untuk agen penjual produk asuransi disabilitas pendapatan. Pilihan ini bergantung pada strategi pemasaran dan kebijakan manajemen perusahaan.

Strategi pemasaran asuransi disabilitas pendapatan berfokus pada fleksibilitas dalam memilih kombinasi jenis komisi yang sesuai dengan tujuan pemasaran perusahaan, seperti mendorong penjualan produk tertentu atau meningkatkan volume keseluruhan.

Dengan struktur komisi yang beragam, perusahaan dapat memotivasi agen untuk meraih target penjualan, baik melalui insentif untuk produk tertentu maupun berdasarkan kinerja keseluruhan mereka. Penyesuaian jenis komisi juga dapat dilakukan berdasarkan perubahan pasar, kebutuhan klien, dan perkembangan produk asuransi, memastikan strategi tetap relevan. Selain itu, dengan memotivasi agen untuk menawarkan produk yang sesuai dengan kebutuhan klien, perusahaan asuransi dapat meningkatkan kepuasan dan retensi pelanggan, menciptakan hubungan jangka panjang yang saling menguntungkan.

## **MACAM-MACAM KOMISI PENJUALAN**

### **Komisi Variabel (Variable Commission)**

Menekankan pada variasi komisi yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti jenis produk, volume penjualan, atau kondisi pasar. Ini bisa mencakup berbagai bentuk komisi yang tidak tetap.

#### **Contoh Kasus:**

Seorang agen asuransi menawarkan berbagai produk asuransi disabilitas pendapatan, mulai dari yang paling dasar hingga yang komprehensif. Untuk setiap produk yang berbeda, persentase komisi yang diberikan juga berbeda. Produk dengan manfaat tambahan seperti tunjangan perawatan medis atau pengembalian premi akan memberikan komisi yang lebih tinggi dibandingkan produk dasar. Selain itu, jika agen berhasil menjual produk dengan jumlah premi yang besar, ia juga akan mendapatkan bonus tambahan.

### **Komisi Tinggi-Rendah (High-Low Commission)**

Lebih spesifik dalam konteks di mana agen menerima komisi yang lebih tinggi untuk produk tertentu yang dianggap lebih bernilai atau kompleks, sementara produk lain memberikan komisi yang lebih rendah.

#### **Contoh Kasus:**

Perusahaan asuransi menawarkan dua jenis produk disabilitas pendapatan: produk standar dan produk khusus untuk profesi tertentu (misalnya, atlet profesional). Agen yang berhasil menjual produk khusus untuk profesi tertentu akan mendapatkan komisi

yang lebih tinggi karena produk ini dianggap lebih kompleks dan membutuhkan pengetahuan khusus.

### **Komisi Bertingkat (Tiered Commission)**

Agen mendapatkan persentase komisi yang berbeda berdasarkan jumlah penjualan yang mereka lakukan.

#### **Contoh Kasus:**

Perusahaan asuransi menetapkan tiga tingkatan komisi berdasarkan jumlah polis yang berhasil dijual dalam satu bulan. Jika seorang agen berhasil menjual 5 polis, ia akan mendapatkan komisi 10%. Jika berhasil menjual 10 polis, komisi akan naik menjadi 15%. Dan jika berhasil menjual lebih dari 15 polis, komisi akan menjadi 20%.

### **Override Commission**

Komisi tambahan yang diberikan kepada manajer atau agen senior berdasarkan penjualan yang dilakukan oleh agen di bawah bimbingan mereka.

#### **Contoh Kasus:**

Seorang manajer cabang di perusahaan asuransi mendapatkan komisi tambahan jika total penjualan cabang yang dipimpinnya mencapai target yang telah ditetapkan. Komisi tambahan ini juga akan diberikan kepada agen-agen yang berkontribusi paling besar terhadap pencapaian target tersebut.

### **Vesting Commission**

Komisi yang dapat diakumulasikan seiring waktu, di mana agen mendapatkan hak atas komisi meskipun mereka tidak lagi bekerja dengan perusahaan.

#### **Contoh Kasus:**

Seorang agen asuransi telah bekerja di perusahaan selama 5 tahun dan telah berhasil menjual banyak polis. Jika ia memutuskan untuk berhenti bekerja, ia tetap berhak mendapatkan sebagian dari komisi yang telah ia akumulasikan selama bekerja, asalkan memenuhi persyaratan tertentu yang telah ditetapkan dalam kontrak.

### **Renewal Commission**

Komisi yang diperoleh agen ketika pemegang polis memperbarui asuransi mereka, memberikan insentif untuk menjaga hubungan jangka panjang dengan klien.

**Contoh Kasus:**

Seorang agen asuransi berhasil menjual polis asuransi disabilitas pendapatan kepada seorang nasabah. Setiap tahun ketika nasabah tersebut memperpanjang polisnya, agen akan mendapatkan komisi tambahan sebagai bentuk apresiasi atas hubungan jangka panjang yang telah terjalin.

**Contingent Commission**

Komisi yang dibayarkan berdasarkan kinerja keseluruhan agen atau perusahaan asuransi, sering kali terkait dengan profitabilitas atau pengurangan klaim.

**Contoh Kasus:**

Perusahaan asuransi menetapkan target pengurangan rasio klaim sebesar 10% dalam satu tahun. Jika target tersebut tercapai, semua agen akan mendapatkan komisi tambahan sebagai bentuk penghargaan atas kontribusi mereka dalam mengelola risiko perusahaan.

**Komisi Tetap (Fixed Commission)**

Komisi tetap adalah struktur komisi yang memberikan persentase komisi yang sama untuk setiap polis yang berhasil dijual, terlepas dari jumlah premi atau target penjualan yang dicapai.

**Contoh Kasus:**

Perusahaan asuransi memberikan komisi sebesar 5% untuk setiap polis asuransi disabilitas pendapatan yang berhasil dijual, terlepas dari jenis produk, jumlah premi, atau waktu penjualan.

**Front-loaded Commission**

Komisi ini menekankan pada pembayaran komisi yang besar di awal masa kontrak. Struktur komisi ini tidak terkait langsung dengan pencapaian target dalam jangka pendek, melainkan lebih fokus pada akuisisi nasabah baru dan retensi nasabah dalam jangka panjang.

**Contoh Kasus:**

Seorang agen asuransi baru mendapatkan komisi sebesar 20% untuk polis pertama yang berhasil dijualnya. Komisi untuk polis-polis berikutnya akan lebih rendah, misalnya

hanya 10%. Tujuan dari struktur komisi ini adalah untuk mendorong agen agar segera aktif dalam menjual produk dan membangun basis nasabah yang kuat.

## PEMBERIAN KOMPENSASI LAINNYA

Terdapat beberapa cara pemberian kompensasi lain yang dapat diterapkan dalam industri asuransi disabilitas, terutama untuk memotivasi para agen dan karyawan.

### Kompensasi Non-Moneter

- **Program Pengembangan Diri:** Memberikan kesempatan bagi agen untuk mengikuti pelatihan, workshop, atau seminar guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka.
- **Pengakuan dan Apresiasi:** Memberikan penghargaan atau pengakuan atas pencapaian individu, seperti penghargaan "Agen Terbaik Bulan Ini" atau "Agen dengan Pertumbuhan Tertinggi".
- **Perjalanan Insentif:** Memberikan hadiah berupa perjalanan wisata bagi agen yang mencapai target penjualan tertentu.
- **Program Loyalitas:** Memberikan *benefit* tambahan bagi agen yang telah bekerja dalam perusahaan dalam jangka waktu tertentu, seperti asuransi kesehatan gratis atau diskon produk perusahaan.

### Kompensasi Moneter Selain Komisi

- **Bonus Tahunan atau Kinerja:** Memberikan bonus tahunan berdasarkan kinerja keseluruhan individu atau tim.
- **Profit Sharing:** Memberikan bagian dari keuntungan perusahaan kepada karyawan, termasuk agen, berdasarkan kinerja perusahaan.
- **Opsi Saham:** Memberikan opsi kepada karyawan untuk membeli saham perusahaan dengan harga tertentu di masa depan.
- **Tunjangan Kesehatan dan Kesejahteraan:** Penyediaan tunjangan kesehatan, asuransi kesehatan, atau program kesejahteraan yang mendukung kesejahteraan agen.
- **Kompensasi Ditunda:** Menawarkan kompensasi yang akan dibayarkan di masa depan, seperti pensiun atau pesangon yang lebih tinggi.

### **Kombinasi Berbagai Jenis Kompensasi**

- **Paket Kompensasi Holistik:** Menggabungkan berbagai jenis kompensasi, baik moneter maupun non-moneter, untuk menciptakan paket kompensasi yang menarik dan komprehensif.
- **Kompensasi Variabel:** Menggabungkan komisi dengan bonus dan insentif lainnya yang dapat bervariasi berdasarkan kinerja.

## **KOMPETENSI TENAGA PENJUAL**

---

### **KOMPETENSI UTAMA**

Tenaga penjual asuransi disabilitas pendapatan membutuhkan berbagai kompetensi untuk dapat sukses dalam menjalankan tugasnya. Kompetensi ini tidak hanya mencakup pengetahuan produk, tetapi juga kemampuan interpersonal dan keterampilan penjualan yang kuat. Berikut adalah beberapa kompetensi utama yang harus dimiliki:

#### **Pengetahuan Mendalam tentang Produk Asuransi Disabilitas**

Agar efektif, tenaga penjual perlu memahami berbagai jenis produk asuransi disabilitas, termasuk fitur-fitur dan manfaat yang akan diperoleh nasabah. Mereka juga harus mampu mengenal dan menjelaskan berbagai risiko yang mungkin dihadapi nasabah serta bagaimana produk asuransi dapat melindungi mereka. Selain itu, agen harus memiliki kemampuan untuk membandingkan produk dari berbagai perusahaan asuransi, sehingga dapat memberikan rekomendasi yang paling sesuai dengan kebutuhan nasabah.

#### **Keterampilan Komunikasi yang Efektif**

Mereka harus mampu menyampaikan informasi produk secara jelas, menarik, dan persuasif kepada calon nasabah melalui presentasi yang baik. Selain itu, kemampuan mendengarkan aktif sangat penting, di mana agen harus dapat mendengarkan dengan seksama kebutuhan dan kekhawatiran nasabah untuk memberikan solusi yang tepat. Kemampuan negosiasi juga menjadi kunci, karena agen perlu menegosiasikan syarat dan ketentuan polis dengan nasabah, memastikan bahwa kesepakatan yang dicapai memuaskan kedua belah pihak.

### **Keterampilan Penjualan**

Agen harus mampu membangun hubungan yang kuat dan terpercaya dengan calon nasabah, menciptakan ikatan yang memudahkan komunikasi dan pemahaman kebutuhan mereka. Selain itu, keterampilan penutupan penjualan sangat penting; agen harus mampu menutup kesepakatan dengan efektif, memastikan bahwa nasabah merasa yakin dan puas dengan keputusan mereka. Mereka juga perlu memiliki kemampuan untuk mengatasi penolakan dari calon nasabah dengan profesional, merespons keberatan dengan cara yang konstruktif dan meyakinkan, sehingga dapat meningkatkan peluang untuk berhasil dalam proses penjualan.

### **Pemahaman tentang Kebutuhan Nasabah**

Agen harus mampu menganalisis kebutuhan dan profil risiko setiap nasabah dengan cermat, sehingga dapat memberikan rekomendasi produk yang paling sesuai dengan situasi dan harapan mereka. Selain itu, kemampuan empati juga menjadi kunci; agen perlu menempatkan diri pada posisi nasabah untuk memahami perspektif dan kekhawatiran mereka.

### **Etika Profesi**

Agen harus menjaga integritas dan kepercayaan nasabah dengan selalu bertindak jujur dan profesional dalam setiap interaksi. Transparansi juga merupakan kunci, di mana agen diharapkan memberikan informasi yang akurat dan jelas tentang produk serta syarat yang berlaku, sehingga nasabah dapat membuat keputusan yang tepat. Selain itu, kepatuhan terhadap peraturan dan etika yang berlaku dalam industri asuransi sangat penting untuk memastikan bahwa praktik bisnis dilakukan dengan cara yang etis dan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

### **Keterampilan Teknis**

Agen harus mampu menggunakan sistem CRM (*Customer Relationship Management*) secara efektif untuk mengelola data nasabah dan memantau proses penjualan, sehingga dapat memberikan layanan yang lebih baik dan terorganisir. Selain itu, pemahaman dan pemanfaatan teknologi terbaru dalam industri asuransi sangat krusial, karena teknologi dapat membantu agen dalam mengotomatisasi tugas-tugas rutin, menganalisis data, dan berkomunikasi dengan nasabah dengan lebih efisien.

### **Keterampilan Adaptif**

Agen harus mampu beradaptasi dengan perubahan peraturan dan kebijakan yang berlaku dalam industri asuransi, memastikan bahwa mereka selalu mematuhi ketentuan terbaru dan dapat memberikan informasi yang akurat kepada nasabah. Selain itu, kemampuan untuk mengikuti perkembangan produk asuransi disabilitas yang terus berubah juga sangat penting, karena ini memungkinkan agen untuk menawarkan solusi yang relevan dan terkini sesuai dengan kebutuhan nasabah.

Dengan memiliki kompetensi-kompetensi di atas, tenaga penjual asuransi disabilitas dapat memberikan pelayanan terbaik kepada nasabah, membangun kepercayaan, dan mencapai target penjualan yang diinginkan.

### **LEMBAGA SERTIFIKASI**

Lembaga sertifikasi independen di Indonesia yang dapat menilai apakah seseorang memiliki kompetensi yang memadai adalah:

1. LSP AAJI merupakan lembaga yang berwenang menyelenggarakan ujian dan menerbitkan lisensi bagi tenaga pemasar asuransi jiwa di Indonesia.
2. LSP AAUI juga aktif dalam upaya sertifikasi agen asuransi umum.
3. LSP-PI (LSP Perasuransian Indonesia) untuk menyelenggarakan sertifikasi bagi agen asuransi.
4. LSP Asuransi Syariah, Lembaga ini secara khusus dirancang untuk memberikan sertifikasi kompetensi dalam bidang perasuransian syariah. Agen yang memiliki sertifikasi ini lebih kompeten dalam menjelaskan dan menjual produk asuransi syariah kepada nasabah.

### **REGULASI**

Kompetensi agen penjual asuransi di Indonesia diatur oleh beberapa regulasi yang saling melengkapi. Regulasi-regulasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa agen asuransi memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk memberikan pelayanan yang baik kepada nasabah serta menjaga integritas industri asuransi.

Beberapa Regulasi Utama yang dapat digunakan sebagai acuan adalah:

1. **Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2002 tentang Perbankan:** Meskipun undang-undang ini secara umum mengatur tentang perbankan, namun juga mencakup

pengaturan mengenai perusahaan asuransi. Dalam undang-undang ini terdapat ketentuan mengenai persyaratan bagi tenaga penjual asuransi, termasuk pendidikan dan pelatihan.

2. **POJK Nomor 13 Tahun 2014 tentang Usaha Penunjang Bidang Keuangan:** Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) ini secara khusus mengatur mengenai usaha penunjang di bidang keuangan, termasuk di dalamnya adalah agen asuransi. POJK ini mengatur mengenai persyaratan, tata cara pendaftaran, dan pengawasan terhadap agen asuransi.
3. **Peraturan OJK Lainnya:** Selain POJK Nomor 13 Tahun 2014, terdapat beberapa peraturan OJK lainnya yang terkait dengan kegiatan usaha asuransi, seperti peraturan mengenai produk asuransi, pemasaran asuransi, dan perlindungan konsumen. Peraturan-peraturan ini secara tidak langsung juga mengatur mengenai kompetensi yang harus dimiliki oleh agen asuransi.
4. **Kode Etik Profesi:** Asosiasi asuransi seperti AAJI dan AAUI juga memiliki kode etik profesi yang mengatur perilaku dan standar etika yang harus dipatuhi oleh para anggotanya, termasuk agen asuransi. Kode etik ini menjadi pedoman tambahan bagi agen asuransi dalam menjalankan tugasnya.

## PERAN DAN TUGAS AGEN

Tenaga penjual asuransi disabilitas pendapatan sangat penting untuk proses underwriting, tidak hanya dalam memahami produk dan pesaing, tetapi juga dalam teknik seleksi lapangan yang tepat. Tingkat keberhasilan dalam seleksi lapangan dapat berdampak langsung pada hasil klaim dalam blok bisnis tertentu. Seleksi ini lebih krusial dalam pendapatan disabilitas dibandingkan asuransi jiwa karena motivasi dan stabilitas pemohon menjadi faktor utama. Melalui desain aplikasi dan alat underwriting, underwriter berusaha mengukur kemampuan pemohon, dengan pengujian laboratorium dan dokumentasi pendapatan juga menjadi bagian penting dari proses.

Tenaga penjual memiliki keuntungan unik karena dapat mengumpulkan informasi langsung tentang pemohon yang mungkin tidak diketahui oleh underwriter. Oleh karena itu, mereka perlu diajarkan pentingnya evaluasi lapangan dalam proses seleksi, yang dapat mempengaruhi reputasi mereka sebagai underwriter. Proses seleksi pendapatan disabilitas seharusnya dipandang sebagai kemitraan antara kantor pusat dan tenaga

penjual, di mana reputasi dan keahlian tenaga penjual berkontribusi pada keberhasilan underwriting di masa depan.

Agen asuransi harus teliti dalam mengumpulkan informasi yang akurat tentang pekerjaan dan penghasilan nasabah untuk menghindari kesalahan dalam perhitungan premi. Agen juga perlu memiliki pengetahuan khusus untuk menjelaskan kepada nasabah mengapa mereka dikategorikan sebagai sub-standar dan menawarkan solusi yang sesuai.

Selain keterampilan penjualan umum, agen asuransi disabilitas perlu memiliki pemahaman mendalam tentang produk, underwriting, dan berbagai program disabilitas yang tersedia. Dalam asuransi disabilitas, evaluasi kebutuhan klien lebih kompleks karena melibatkan analisis pendapatan, tunjangan lain seperti jaminan sosial, dan perhitungan premi yang tepat untuk menghindari duplikasi pertanggunggunaan. Agen juga harus mampu menggabungkan berbagai program disabilitas yang berbeda-beda, baik untuk individu maupun kelompok. Kemampuan untuk merancang proposal produk yang komprehensif dan memenuhi kebutuhan klien secara keseluruhan menjadi kunci keberhasilan dalam penjualan asuransi disabilitas, terutama dalam konteks penjualan multi-jiwa yang melibatkan pemberi kerja dan karyawan.

## PERAN FIELD UNDERWRITER

---

### SELEKSI RISIKO AWAL

Agen asuransi disabilitas pendapatan tidak hanya berperan sebagai tenaga penjual, tetapi juga sebagai *field underwriter* awal. Saat nasabah mengisi formulir permohonan, agen berperan penting dalam mengumpulkan informasi yang akurat dan relevan mengenai kesehatan, pekerjaan, dan gaya hidup nasabah. Informasi ini akan menjadi dasar bagi perusahaan asuransi dalam melakukan penilaian risiko. Agen bertindak sebagai garda depan dalam proses seleksi risiko dengan melakukan wawancara mendalam, mengklarifikasi informasi yang kurang jelas, dan mengidentifikasi potensi risiko yang mungkin terlewatkan. Dengan demikian, agen berperan aktif dalam memastikan bahwa hanya calon nasabah yang memenuhi kriteria underwriting yang diajukan. Peran ganda ini menuntut agen memiliki pengetahuan yang mendalam tentang

produk asuransi disabilitas, prinsip-prinsip underwriting, dan kemampuan komunikasi yang baik untuk menjalin kepercayaan dengan nasabah.

## **FAKTOR DALAM SELEKSI RISIKO AWAL**

### **Pekerjaan dan Penghasilan Nasabah**

Karena klaim sering terjadi di awal masa polis, perusahaan asuransi dapat dengan cepat menilai kinerja agen dalam melakukan seleksi risiko. Dua faktor utama yang diperhatikan adalah penghasilan dan pekerjaan pemohon. Agen seringkali tergoda untuk memanipulasi data ini demi keuntungan pribadi, namun hal ini dapat berdampak buruk bagi perusahaan. Oleh karena itu, perusahaan perlu memiliki mekanisme pengawasan yang baik dan memberikan pelatihan yang memadai kepada agen untuk memastikan mereka memahami pentingnya melakukan seleksi risiko yang akurat

### **Kasus Sub Standar dan Kasus yang Dimodifikasi**

Agan asuransi jiwa yang sudah berpengalaman mungkin akan menghadapi tantangan baru ketika beralih ke penjualan asuransi disabilitas. Tingkat penolakan dan risiko sub-standar dalam asuransi disabilitas jauh lebih tinggi dibandingkan dengan asuransi jiwa. Hal ini disebabkan oleh kompleksitas dalam menilai risiko kesehatan dan pekerjaan seseorang. Selain itu, proses underwriting untuk asuransi disabilitas juga lebih rumit, seringkali melibatkan perubahan pada jumlah pertanggungan atau klasifikasi risiko. Oleh karena itu, agen asuransi disabilitas perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus untuk menangani kasus-kasus yang kompleks ini, termasuk kemampuan untuk menjelaskan kebijakan sub-standar kepada nasabah dan menawarkan solusi alternatif.

## **PENJUALAN PRODUK ASURANSI**

---

### **ASURANSI KUMPULAN**

Dalam penjualan asuransi disabilitas pendapatan, agen mulai dengan mengembangkan prospek melalui jaringan yang sudah ada, seperti perusahaan-perusahaan. Mereka membangun hubungan baik dengan perusahaan tersebut dan memberikan pelatihan kepada karyawan untuk memahami manfaat dari asuransi disabilitas, mirip dengan pendekatan yang digunakan dalam asuransi kesehatan.

Setelah mengidentifikasi calon nasabah, agen mengumpulkan data penting tentang perusahaan, seperti jumlah karyawan dan gaji rata-rata, untuk merancang program asuransi yang sesuai. Dengan informasi ini, agen dapat menghitung biaya premi dan manfaat yang akan ditawarkan, memastikan bahwa program yang disusun memenuhi kebutuhan spesifik perusahaan.

Setelah proposal disusun, agen melakukan presentasi kepada calon nasabah, menjelaskan manfaat, biaya premi, dan proses klaim. Jika perusahaan tertarik, mereka akan menandatangani kontrak dan membayar premi pertama. Setelah polis diterbitkan, agen terus memberikan pelayanan, termasuk membantu dalam klaim dan mengelola program asuransi, untuk memastikan hubungan jangka panjang dengan nasabah.

### **ASURANSI PERORANGAN**

Penjualan asuransi disabilitas perorangan dimulai dengan pengembangan prospek, di mana agen membangun daftar calon nasabah dari berbagai sumber seperti kenalan dan data publik. Namun, tidak semua prospek akan menjadi nasabah potensial, sehingga agen perlu melakukan seleksi untuk menemukan individu yang membutuhkan perlindungan asuransi disabilitas dan mampu membayar premi.

Setelah mendapatkan prospek, agen melakukan wawancara untuk menggali kebutuhan dan kondisi keuangan mereka. Pertanyaan yang diajukan berfokus pada pekerjaan, pendapatan, gaya hidup, dan kondisi kesehatan, informasi yang penting untuk menentukan jenis dan jumlah pertanggungan yang sesuai. Berdasarkan wawancara, agen kemudian menentukan perlindungan yang paling cocok, seperti perlindungan terhadap kehilangan pendapatan atau biaya pengobatan.

Setelah memahami kebutuhan prospek, agen menyajikan produk asuransi yang sesuai, menjelaskan manfaat, biaya premi, dan syarat-syaratnya. Jika prospek tertarik, proses penutupan penjualan dilakukan, termasuk pengisian formulir dan pembayaran premi. Setelah polis diterbitkan, agen tetap memberikan pelayanan kepada nasabah, seperti membantu proses klaim dan memberikan informasi mengenai kebijakan, untuk memastikan kepuasan dan loyalitas nasabah.

## RINGKASAN

---

Bab ini diawali dengan membahas pentingnya segmentasi pasar dalam asuransi disabilitas pendapatan, yang memungkinkan perusahaan untuk menargetkan calon pelanggan secara lebih efektif dan menawarkan produk yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing kelompok. Pasar asuransi kumpulan umumnya terdiri dari pemberi kerja dan serikat pekerja yang menyediakan manfaat bagi karyawan, dengan kontrak yang bervariasi berdasarkan ukuran kelompok. Sementara itu, pasar asuransi perorangan dibagi menjadi tiga kelompok: individu yang mencari perlindungan jangka panjang, sementara, dan tambahan. Juga dijelaskan perkembangan pemasaran asuransi disabilitas dari masa lampau hingga kini, dengan fokus pada perubahan kebutuhan dan pengembangan produk yang sesuai untuk segmen pasar yang beragam, serta tantangan dalam persaingan yang semakin ketat di industri ini.

Berikutnya bab ini membahas siklus produk asuransi disabilitas pendapatan, mulai dari kebutuhan pasar yang mencakup risiko kematian, pensiun, dan disabilitas, hingga proses pengembangan produk yang melibatkan riset pasar dan desain produk. Distribusi produk dilakukan melalui berbagai saluran, termasuk perwakilan kelompok, agen, broker, dan konsultan kesejahteraan, dengan faktor-faktor seperti ukuran kelompok dan kompleksitas produk memengaruhi pilihan saluran. Pemasaran massal dan bancassurance juga diuraikan sebagai metode untuk menjangkau konsumen lebih luas, sementara *marketplace* asuransi menyediakan platform digital untuk membandingkan dan membeli produk asuransi secara online. Secara keseluruhan, naskah menyoroti pentingnya memahami pasar dan strategi distribusi untuk meningkatkan penjualan asuransi disabilitas.

Selain itu, bab ini membahas kompensasi agen penjualan asuransi disabilitas, yang mencakup berbagai jenis komisi, seperti komisi variabel, bertingkat, dan tetap, serta faktor-faktor yang memengaruhi besarnya komisi, seperti jenis produk dan pengalaman agen. Terdapat perbedaan dalam struktur dan besaran komisi antara produk perorangan dan kumpulan, dengan produk perorangan biasanya menawarkan komisi lebih tinggi. Selain komisi, terdapat juga kompensasi non-moneter dan tambahan, seperti program pengembangan diri dan bonus kinerja. Kompetensi agen sangat penting, mencakup pengetahuan produk, keterampilan komunikasi, dan etika profesi, sementara regulasi

dan lembaga sertifikasi di Indonesia memastikan bahwa agen memenuhi standar kompetensi yang diperlukan untuk memberikan layanan yang baik kepada nasabah.

Terakhir, bab ini menjelaskan peran agen asuransi disabilitas pendapatan sebagai *field underwriter* yang bertanggung jawab dalam seleksi risiko awal, termasuk pengumpulan informasi terkait kesehatan, pekerjaan, dan gaya hidup nasabah. Agen harus memiliki pengetahuan mendalam tentang produk dan prinsip underwriting untuk memastikan akurasi dalam penilaian risiko, terutama terkait penghasilan dan pekerjaan nasabah. Dalam penjualan, agen mengembangkan prospek melalui jaringan, baik untuk asuransi kelompok maupun perorangan, dengan melakukan wawancara untuk menggali kebutuhan nasabah dan merancang program asuransi yang sesuai. Setelah mengajukan proposal dan menandatangani kontrak, agen terus memberikan layanan pasca-penjualan, termasuk bantuan dalam klaim, untuk membangun hubungan jangka panjang dengan nasabah.

# Bab 5

## Underwriting

Pendahuluan .....	104
Aplikasi Permohonan .....	104
Informasi Umum .....	105
Riwayat Kesehatan .....	107
Informasi Keuangan.....	110
Underwriting Medis .....	111
Peninjauan Aplikasi .....	111
Keputusan Awal .....	111
Informasi Tambahan yang Dicari.....	111
Underwriting Keuangan .....	112
Pendapatan yang Diperoleh .....	113
Manfaat dari Program Lain .....	116
Pendapatan yang Belum Diterima dan Kekayaan Bersih .....	119
Pekerjaan dan Hobi .....	120
Kesimpulan.....	122
Keputusan Underwriter .....	123
Polis Diterbitkan Sesuai Permohonan .....	123
Polis dengan Pengecualian .....	123
Premi Tambahan .....	123
Pengurangan Manfaat Bulanan.....	124
Modifikasi Kelas Pekerjaan.....	124
Penolakan Pertanggung.....	124
Ringkasan .....	124

## PENDAHULUAN

---

Asuransi disabilitas pendapatan merupakan suatu perlindungan penting bagi individu yang ingin melindungi sumber pendapatan mereka dari risiko kehilangan akibat disabilitas. Dalam proses permohonan asuransi ini, aplikasi yang diajukan oleh calon pemegang polis memainkan peran krusial, karena berisi informasi yang diperlukan untuk menilai risiko yang akan ditanggung oleh perusahaan asuransi. Oleh karena itu, pemahaman tentang bagian-bagian penting dari aplikasi permohonan asuransi menjadi langkah awal yang esensial.

Selanjutnya, proses underwriting atau seleksi risiko merupakan tahap penting yang dilakukan sebelum polis diterbitkan. Proses ini melibatkan penilaian medis dan keuangan untuk menentukan kelayakan calon pemegang polis. Underwriting medis berfokus pada kondisi kesehatan dan riwayat medis individu, sedangkan underwriting keuangan menilai kemampuan calon pemegang polis untuk membayar premi serta potensi pendapatan yang mungkin hilang akibat disabilitas.

Setelah melalui proses underwriting, perusahaan asuransi akan mengambil keputusan mengenai penerimaan atau penolakan permohonan, serta menentukan syarat dan ketentuan polis yang sesuai. Keputusan alternatif yang dihasilkan dari proses ini dapat mencakup penerimaan penuh, penerimaan dengan syarat tertentu, atau penolakan. Dengan memahami langkah-langkah ini, diharapkan para pembaca dapat lebih mengapresiasi pentingnya proses permohonan dan underwriting dalam asuransi disabilitas pendapatan.

## APLIKASI PERMOHONAN

---

Sebagian besar aplikasi asuransi disabilitas individu memerlukan informasi di beberapa bidang, termasuk informasi umum, riwayat kesehatan, informasi pendapatan, dan pekerjaan. Setiap bidang ini memberikan data penting yang diperlukan oleh underwriter perusahaan asuransi untuk menilai risiko yang terkait dengan pemohon.

## INFORMASI UMUM

Sebagian besar aplikasi asuransi dimulai dengan pertanyaan yang mengumpulkan informasi umum tentang pemohon, seperti nama, alamat, jenis kelamin, usia, nomor Jaminan Sosial, dan kewarganegaraan. Meskipun informasi ini terlihat rutin dan tidak berbahaya, akurasi data tersebut sangat penting. Informasi ini digunakan untuk memverifikasi identitas pemohon, memastikan bahwa mereka adalah orang yang sesuai dengan klaim yang dibuat. Selain itu, data ini juga memungkinkan akses ke informasi rahasia lainnya tentang pemohon dan menetapkan alamat untuk penagihan premi di masa mendatang. Kesesuaian dan keakuratan informasi ini membantu perusahaan asuransi dalam proses underwriting dan manajemen risiko.

Perusahaan asuransi menggunakan informasi umum yang dikumpulkan tentang pemohon untuk beberapa tujuan penting:

1. **Verifikasi Identitas:** Informasi seperti nama, alamat, dan nomor Jaminan Sosial digunakan untuk memastikan bahwa pemohon adalah orang yang sesuai dengan klaim yang diajukan. Ini membantu mencegah penipuan dan memastikan keaslian data.
2. **Akses Informasi Rahasia:** Data umum memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengakses informasi lain yang mungkin diperlukan dalam proses underwriting, seperti riwayat kredit atau catatan medis, yang dapat mempengaruhi penilaian risiko.
3. **Penentuan Kelayakan:** Informasi demografis seperti usia dan jenis kelamin digunakan untuk menilai risiko secara statistik. Misalnya, perusahaan dapat mengidentifikasi kelompok dengan risiko lebih tinggi atau lebih rendah berdasarkan data tersebut.
4. **Pengaturan Penagihan:** Alamat pemohon penting untuk menetapkan lokasi pengiriman tagihan premi dan komunikasi terkait polis, memastikan pemohon menerima informasi yang diperlukan tepat waktu.
5. **Analisis Risiko:** Dengan mengumpulkan informasi umum, perusahaan dapat menganalisis pola dan tren di antara pemohon, yang membantu dalam penetapan premi dan kebijakan asuransi yang lebih tepat.

## Informasi Pekerjaan

Aplikasi asuransi sering kali dilanjutkan dengan pertanyaan mengenai pekerjaan, karena pekerjaan merupakan prediktor risiko dan tingkat keparahan disabilitas. Perusahaan asuransi mengandalkan informasi pekerjaan ini untuk menentukan apakah akan menerbitkan polis, mengecualikan disabilitas yang diakibatkan oleh aktivitas tertentu, atau melampirkan peringkat yang mencerminkan peningkatan risiko.

Sekali lagi, pengungkapan yang lengkap dan akurat adalah kunci dalam proses ini. Jabatan seseorang tidak selalu mencerminkan aktivitas sehari-hari dan paparan terhadap cedera yang mungkin terjadi. Oleh karena itu, penting bagi pemohon untuk memberikan informasi yang jelas dan jujur tentang pekerjaan mereka untuk membantu perusahaan asuransi dalam menilai risiko dengan tepat.

Perusahaan asuransi menggunakan informasi tentang pekerjaan untuk beberapa tujuan:

1. **Evaluasi Risiko:** Jenis pekerjaan dapat menunjukkan tingkat risiko yang berbeda. Misalnya, pekerjaan di sektor konstruksi atau industri berat mungkin memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan pekerjaan di kantor. Ini membantu perusahaan dalam menentukan apakah risiko tersebut dapat diterima.
2. **Penetapan Kebijakan:** Berdasarkan informasi pekerjaan, perusahaan asuransi dapat memutuskan untuk menerbitkan polis atau tidak. Jika pekerjaan dianggap terlalu berisiko, perusahaan mungkin memilih untuk menolak aplikasi.
3. **Pengecualian dan Peringkat:** Jika disabilitas yang diakibatkan oleh aktivitas tertentu dalam pekerjaan dianggap berisiko tinggi, perusahaan dapat mengecualikan kondisi tersebut dari kebijakan. Selain itu, jika pekerjaan menambah risiko, perusahaan mungkin melampirkan peringkat yang lebih tinggi pada premi, mencerminkan potensi kerugian yang lebih besar.

Dengan demikian, informasi mengenai pekerjaan adalah komponen krusial dalam proses underwriting yang membantu perusahaan asuransi dalam membuat keputusan yang tepat tentang penerbitan polis dan pengelolaan risiko.

Berikut adalah beberapa contoh mengenai informasi pekerjaan dalam aplikasi permohonan asuransi disabilitas pendapatan:

1. **Guru Sekolah Dasar vs. Pelatih Olahraga:** Seorang guru sekolah dasar mungkin memiliki risiko cedera yang relatif rendah, sedangkan pelatih olahraga, yang sering bekerja dengan atlet dan terlibat dalam aktivitas fisik, mungkin menghadapi risiko lebih tinggi terkait cedera.
2. **Pengemudi Truk vs. Pengemudi Taksi:** Pengemudi truk yang mengangkut barang jarak jauh mungkin memiliki risiko yang berbeda dibandingkan dengan pengemudi taksi yang sering beroperasi di lingkungan perkotaan. Pengemudi taksi mungkin lebih rentan terhadap kecelakaan lalu lintas karena lalu lintas yang padat.
3. **Pekerja Konstruksi vs. Pekerja Kantoran:** Pekerja konstruksi, yang terlibat dalam aktivitas fisik dan berisiko tinggi, memiliki profil risiko yang berbeda dibandingkan pekerja kantoran yang lebih banyak menghabiskan waktu di belakang meja dan terpapar risiko cedera yang lebih sedikit.
4. **Perawat vs. Peneliti Laboratorium:** Seorang perawat yang bekerja di rumah sakit mungkin terpapar risiko infeksi atau cedera fisik, sementara peneliti laboratorium yang bekerja dengan bahan kimia mungkin menghadapi risiko berbeda, seperti paparan bahan berbahaya.

Setiap contoh menunjukkan bagaimana jenis pekerjaan dan aktivitas terkait dapat mempengaruhi risiko disabilitas, sehingga penting untuk mendetailkan informasi pekerjaan dalam aplikasi asuransi.

## **RIWAYAT KESEHATAN**

Pertanyaan tentang kondisi medis, baik saat ini maupun sebelumnya, biasanya diajukan setelah pertanyaan umum dan terkait pekerjaan. Hal ini dilakukan untuk memberikan waktu bagi agen asuransi untuk membangun hubungan dan kepercayaan dengan pemohon sebelum membahas topik yang lebih sensitif, seperti kesehatan.

Pertanyaan mengenai kondisi medis bisa menjadi sulit untuk diajukan oleh agen dan mungkin tidak nyaman bagi pemohon untuk dijawab. Dengan menunda pertanyaan ini, agen dapat menciptakan suasana yang lebih nyaman, sehingga pemohon lebih terbuka dalam memberikan informasi.

Informasi medis yang dicari dalam aplikasi asuransi disabilitas sering kali lebih rinci dibandingkan dengan aplikasi asuransi jiwa. Hal ini disebabkan oleh kebutuhan perusahaan asuransi untuk mengevaluasi risiko tidak hanya terkait kematian tetapi juga kemungkinan kecacatan, yang dapat mempengaruhi kemampuan pemohon untuk bekerja dan menghasilkan pendapatan.

Selain informasi yang diberikan oleh pemohon, perusahaan asuransi juga biasanya mencari informasi tambahan dan memverifikasi data dari sumber lain. Ini sering kali dilakukan ketika jumlah pertanggungan yang diajukan tinggi, pemohon berusia tertentu, atau jika informasi dalam aplikasi tampak tidak jelas.

Informasi yang dicari dalam aplikasi hanyalah titik awal dalam proses penilaian risiko. Perusahaan asuransi akan melakukan langkah-langkah tambahan untuk mengumpulkan data yang lebih lengkap untuk memastikan keputusan yang tepat mengenai penerimaan atau penolakan aplikasi.

Secara keseluruhan, proses ini dirancang untuk memastikan bahwa perusahaan asuransi memiliki gambaran komprehensif mengenai risiko yang terkait dengan pemohon sebelum mengambil keputusan.

Berikut adalah poin-poin penting dari mengenai jenis informasi medis yang biasanya diminta dalam aplikasi asuransi disabilitas:

1. **Diagnosis dan Perawatan Sebelumnya:** Aplikasi asuransi umumnya meminta informasi tentang diagnosis atau perawatan yang pernah dilakukan untuk berbagai kondisi, termasuk:
  - **Sistem Pernapasan:** Masalah yang berkaitan dengan paru-paru dan pernapasan.
  - **Sistem Jantung dan Peredaran Darah:** Kondisi yang mempengaruhi jantung dan pembuluh darah.
  - **Sistem Pencernaan:** Penyakit yang terkait dengan pencernaan makanan.
  - **Sistem Saraf:** Termasuk kondisi seperti epilepsi dan gangguan mental.
  - **Sistem Genito-kemih:** Masalah yang mempengaruhi organ reproduksi dan saluran kemih.
  - **Sistem Otot dan Tulang:** Masalah yang terkait dengan otot dan kerangka.

2. **Penyakit Spesifik:** Selain kondisi sistemik, aplikasi juga menanyakan tentang penyakit atau gangguan tertentu, seperti diabetes, kanker, gangguan penglihatan atau pendengaran, komplikasi kehamilan, AIDS, serta masalah terkait narkoba atau alkohol.
3. **Riwayat Medis dan Pemeriksaan:** Aplikasi juga meminta informasi tentang operasi yang pernah dilakukan dan hasil pemeriksaan medis seperti EKG (elektrokardiogram), EEG (elektroensefalogram), rontgen dada, atau pemeriksaan darah dalam beberapa tahun terakhir.
4. **Detail dan Tanggal:** Aplikasi yang lengkap biasanya memerlukan detail dan tanggal terkait semua informasi medis yang diminta. Ini penting untuk membantu perusahaan asuransi dalam menilai risiko secara akurat.
5. **Pentingnya Keakuratan:** Meskipun mengisi aplikasi ini bisa terasa rumit, semakin lengkap dan rinci informasi yang diberikan, semakin besar kemungkinan perusahaan asuransi memberikan keputusan penjaminan yang cepat dan positif. Hal ini karena informasi yang lengkap mempermudah perusahaan dalam mengevaluasi kesehatan pemohon dan risiko yang terkait.

Secara keseluruhan, penjelasan ini menekankan pentingnya transparansi dan keakuratan informasi medis dalam proses aplikasi asuransi untuk meningkatkan peluang mendapatkan persetujuan.

Terdapat dua informasi medis penting yang perlu disertakan dalam aplikasi asuransi disabilitas:

#### 1. Informasi Kontak Dokter:

- Aplikasi memerlukan nama, alamat, dan nomor telepon dokter pemohon. Ini penting karena perusahaan asuransi mungkin perlu menghubungi dokter untuk mendapatkan informasi tambahan tentang kondisi kesehatan pemohon. Informasi ini membantu dalam proses penilaian risiko yang lebih akurat.

#### 2. Persetujuan untuk Tes Darah:

- Pemohon juga harus memberikan persetujuan untuk menjalani tes darah. Tes ini menjadi penting, terutama setelah munculnya epidemi AIDS, karena perusahaan asuransi perlu mengetahui apakah pemohon terinfeksi virus HIV.

- Formulir persetujuan menjelaskan kepada pemohon bahwa tes yang akan dilakukan adalah untuk mendeteksi HIV, bukan AIDS, dan menekankan bahwa perusahaan asuransi akan menjaga kerahasiaan hasil tes tersebut.
- Hasil tes biasanya akan disampaikan kepada dokter yang ditunjuk oleh pemohon, bukan kepada perusahaan asuransi secara langsung, untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan pemohon.

## INFORMASI KEUANGAN

Penting sekali membuat pengungkapan informasi keuangan pribadi dalam aplikasi asuransi dan bagaimana hal ini diperlakukan:

1. **Sensitivitas Informasi Keuangan:** Banyak orang merasa bahwa mengungkapkan informasi keuangan pribadi adalah hal yang sensitif. Ini termasuk data tentang pendapatan dan aset, yang dapat mencerminkan situasi keuangan seseorang.
2. **Kerahasiaan dan Kebutuhan Informasi:** Pemohon perlu diyakinkan bahwa informasi keuangan mereka akan dijaga kerahasiaannya dan bahwa informasi tersebut diperlukan untuk proses underwriting asuransi. Underwriting adalah proses penilaian risiko yang dilakukan oleh perusahaan asuransi sebelum menerbitkan polis.
3. **Informasi yang Diminta:**
  - Aplikasi asuransi biasanya meminta informasi tentang upah, gaji, dan kompensasi lain bagi karyawan.
  - Untuk wiraswasta, mereka diharuskan memberikan informasi mengenai pendapatan bersih, yaitu pendapatan bisnis kotor dikurangi biaya bisnis.
  - Informasi tambahan yang dicari mencakup pendapatan yang belum diterima, pendapatan dari dividen, bunga, dan sewa.
4. **Verifikasi Pendapatan:** Sebagai bagian dari proses underwriting, perusahaan asuransi kemungkinan besar akan meminta laporan pajak penghasilan. Ini dapat dilakukan saat aplikasi diajukan atau pada tahap tertentu dalam proses, untuk memverifikasi informasi pendapatan yang diberikan oleh pemohon.

Penjelasan tersebut menekankan bahwa meskipun informasi keuangan adalah hal yang sensitif, pengungkapannya adalah langkah penting dalam proses aplikasi asuransi. Perusahaan asuransi memerlukan data ini untuk menilai risiko dan

memastikan bahwa pemohon memiliki kemampuan finansial untuk membayar premi serta untuk memahami kondisi keuangan mereka secara keseluruhan.

## UNDERWRITING MEDIS

---

Underwriting medis dalam asuransi disabilitas pendapatan adalah proses evaluasi yang dilakukan oleh perusahaan asuransi untuk menilai risiko kesehatan pemohon sebelum menerbitkan polis. Berikut adalah penjelasan lebih rinci tentang proses ini:

### PENINJAUAN APLIKASI

Proses underwriting dimulai dengan peninjauan kelengkapan aplikasi. Jika jumlah pertanggungansan yang dimohon di atas batas yang ditetapkan oleh perusahaan, maka pemeriksaan medis, profil darah, dan spesimen urin juga akan ditinjau. Ini memastikan bahwa semua informasi yang relevan telah disertakan.

### KEPUTUSAN AWAL

Jika aplikasi lengkap dan informasi dari pemeriksaan medis tidak ambigu, underwriter mungkin dapat membuat keputusan segera. Namun, sering kali informasi tambahan diperlukan untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas mengenai kesehatan pemohon.

### INFORMASI TAMBAHAN YANG DICARI

Jika diperlukan, informasi tambahan dapat dikumpulkan melalui beberapa cara:

- **Wawancara Riwayat Kesehatan:** Ini adalah metode umum dan tidak terlalu mengganggu untuk mengumpulkan informasi medis tambahan. Dilakukan melalui telepon, di mana staf perusahaan asuransi akan mengajukan pertanyaan tentang kondisi medis yang dicatat dalam aplikasi. Pemohon biasanya diinformasi sebelumnya tentang kemungkinan wawancara ini.
- **Pernyataan Kesehatan Tambahan:** Ini adalah permintaan tertulis untuk informasi lebih lanjut mengenai kondisi medis tertentu. Pemohon diharapkan memberikan rincian tambahan yang diperlukan.
- **Pernyataan Dokter (APS):** Pemohon memberikan persetujuan untuk dokter atau rumah sakit mereka membagikan informasi medis. Jika informasi dari

aplikasi dan wawancara tidak cukup, perusahaan asuransi akan meminta Pernyataan Dokter. Ini melibatkan penghubungan dengan dokter untuk meminta penjelasan atau pernyataan tertulis mengenai kesehatan pemohon. Dokter biasanya membebankan biaya untuk layanan ini.

- **Tes Lab Tambahan:** Ini adalah metode yang lebih mengganggu bagi pemohon, yang mungkin diminta untuk menjalani tes lab tambahan. Ini bisa mencakup tes darah, urinalisis, skrining obat, atau rontgen, terutama rontgen dada.

Dengan semua informasi yang diperoleh dari aplikasi dan laporan tambahan, underwriter dapat menentukan apakah pemohon memenuhi pedoman kesehatan perusahaan. Ini adalah langkah penting dalam memastikan bahwa risiko yang diambil oleh perusahaan asuransi dapat dikelola dengan baik.

Proses underwriting medis adalah langkah penting dalam asuransi disabilitas pendapatan, yang membantu perusahaan asuransi dalam menilai risiko kesehatan pemohon. Dengan mengumpulkan informasi yang lengkap dan akurat, perusahaan dapat membuat keputusan yang lebih baik mengenai penerimaan aplikasi dan penetapan premi yang sesuai.

## UNDERWRITING KEUANGAN

---

Situasi keuangan pemohon sangat penting dalam proses underwriting asuransi disabilitas (DI) karena ada hubungan yang jelas antara tingkat pendapatan dan risiko kecacatan. Perusahaan asuransi perlu memahami kondisi keuangan pemohon untuk menilai risiko yang mungkin mereka hadapi.

Perusahaan asuransi telah menemukan bahwa dengan meningkatnya pendapatan, risiko morbiditas (kemungkinan mengalami masalah kesehatan atau kecacatan) juga meningkat. Ini mungkin disebabkan oleh berbagai faktor, seperti:

- Gaya hidup yang lebih berisiko yang sering kali diadopsi oleh individu dengan pendapatan lebih tinggi.
- Tingkat stres yang lebih tinggi yang mungkin terkait dengan pekerjaan atau tanggung jawab yang lebih besar.

Temuan lain menyebutkan bahwa ketika rasio pendapatan yang tidak diterima (seperti pendapatan dari investasi atau sumber pasif) terhadap pendapatan yang diterima (seperti gaji atau upah) meningkat, risiko kecacatan juga meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa pemohon yang mengandalkan sumber pendapatan pasif mungkin lebih rentan terhadap kondisi tertentu yang dapat menyebabkan kecacatan.

Oleh karena itu, penting untuk secara akurat mengidentifikasi semua sumber pendapatan pemohon. Informasi ini membantu perusahaan asuransi:

- Menilai risiko secara lebih tepat.
- Menentukan premi yang sesuai.
- Memahami potensi pengaruh situasi keuangan terhadap kemampuan pemohon untuk kembali bekerja setelah mengalami kecacatan.

## **PENDAPATAN YANG DIPEROLEH**

Pendapatan yang diperoleh (*earned income*) merupakan konsep kunci dalam asuransi disabilitas, dan berikut adalah penjelasan mendalam tentangnya:

### **Definisi Pendapatan yang Dapat Diasuransikan**

Hanya pendapatan yang berhenti ketika disabilitas terjadi yang dapat diasuransikan. Ini termasuk:

- **Gaji dan Upah:** Pendapatan yang diterima karyawan dari pekerjaan mereka.
- **Bonus:** Pembayaran tambahan yang diberikan berdasarkan kinerja.
- **Pendapatan Bersih dari Bisnis:** Untuk wiraswasta, ini adalah pendapatan setelah dikurangi biaya operasional.
- **Iuran Pensiun dan Kompensasi Ditangguhkan:** Bentuk penghasilan yang diterima di masa depan.
- **Tunjangan Eksekutif:** Manfaat khusus yang diberikan kepada eksekutif perusahaan.

### **Penentuan Pendapatan yang Diperoleh**

Pendapatan yang diperoleh ditentukan berdasarkan laporan pajak penghasilan tahunan. Ini memberikan gambaran yang jelas tentang total pendapatan yang diterima oleh individu selama tahun tertentu.

## Kriteria Minimum untuk Pertanggungan

Perusahaan asuransi umumnya tidak bersedia memberikan pertanggungan jika pendapatan yang diperoleh berada di bawah jumlah minimum tertentu. Ini karena:

- **Ketidakstabilan:** Pendapatan yang rendah dianggap mencerminkan ketidakstabilan finansial.
- **Kurangnya Motivasi:** Individu dengan penghasilan rendah mungkin kurang termotivasi, yang dapat berkontribusi pada tingkat morbiditas yang lebih tinggi.

## Rasio Penggantian

- **Rasio Penggantian:** Ini adalah perbandingan antara jumlah pertanggungan yang diberikan dengan pendapatan yang diperoleh. Meskipun jumlah pertanggungan meningkat seiring dengan meningkatnya penghasilan, rasio penggantian cenderung menurun.
- Alasan Penurunan:
  - Individu berpenghasilan lebih rendah memiliki lebih sedikit pendapatan diskresioner dan membutuhkan sebagian besar pendapatan mereka untuk memenuhi kebutuhan hidup.
  - Individu berpenghasilan lebih tinggi memiliki lebih banyak pendapatan diskresioner, sehingga mereka dapat menerima rasio penggantian yang lebih rendah.
  - Penelitian menunjukkan bahwa rasio penggantian yang terlalu tinggi dapat menurunkan motivasi untuk bekerja atau kembali bekerja, yang meningkatkan risiko morbiditas.

## Jadwal Penggantian

Perusahaan asuransi mengembangkan jadwal yang menghubungkan pendapatan yang diperoleh dengan batas pengeluaran mereka. Jadwal ini membantu menentukan jumlah maksimum cakupan asuransi disabilitas yang dapat ditawarkan kepada individu. Jadwal ini umumnya berhubungan dengan:

- **Pendapatan Bersih Setelah Pajak:** Ini adalah pendapatan yang diperoleh setelah dikurangi pajak penghasilan dan pajak pekerjaan. Ini mencerminkan gaji yang dibawa pulang.

Pendapatan yang diperoleh merupakan faktor penting dalam penjaminan asuransi disabilitas. Memahami bagaimana pendapatan ini dihitung dan bagaimana rasio penggantian ditentukan membantu perusahaan asuransi dalam menilai risiko dan menetapkan batas pertanggungan yang sesuai. Dengan demikian, pendekatan yang hati-hati terhadap pendapatan yang dapat diasuransikan sangat penting untuk keberhasilan dan keberlanjutan polis asuransi disabilitas.

## Pajak

Pajak memiliki peran penting dalam konteks asuransi disabilitas pendapatan, terutama dalam menentukan bagaimana manfaat diterima dan bagaimana jumlah pertanggungan ditentukan. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai peran pajak dalam hal ini:

### 1. Manfaat Bebas Pajak

- **Pembayaran Setelah Pajak:** Jika seseorang membayar premi asuransi disabilitas pendapatan dengan uang pribadi setelah pajak, manfaat yang diterima saat terjadi kecacatan akan dianggap sebagai penghasilan bebas pajak. Ini berarti bahwa individu tidak perlu membayar pajak atas manfaat yang diterima dari polis tersebut.
- **Asumsi Jadwal:** Jadwal yang menghubungkan pendapatan yang diperoleh dengan batas pengeluaran perusahaan asuransi berasumsi bahwa manfaat yang diterima adalah bebas pajak. Oleh karena itu, jumlah batas pengeluaran ditentukan berdasarkan jumlah bersih setelah pajak dari pendapatan yang diperoleh.

### 2. Tunjangan Program yang Disponsori Pemberi Kerja

- **Kena Pajak:** Jika tunjangan disabilitas diberikan melalui program yang disponsori oleh pemberi kerja, umumnya manfaat tersebut akan dikenakan pajak bagi karyawan. Ini berarti bahwa individu harus membayar pajak atas manfaat yang diterima, yang dapat mengurangi nilai bersih dari tunjangan tersebut.
- **Pengaruh pada Pertanggungan:** Untuk mengatasi dampak pajak ini, perusahaan asuransi sering kali meningkatkan jumlah pertanggungan yang

diizinkan. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa, setelah pajak, individu masih menerima manfaat yang memadai untuk menggantikan pendapatan yang hilang akibat kecacatan.

### 3. Implikasi Keuangan

- **Perencanaan Keuangan:** Individu perlu mempertimbangkan bagaimana pajak akan mempengaruhi manfaat asuransi disabilitas yang mereka pilih. Memahami perbedaan antara pembayaran dengan uang setelah pajak dan tunjangan yang disponsori pemberi kerja dapat membantu dalam perencanaan keuangan yang lebih baik.
- **Pilihan Polis:** Memilih polis asuransi yang tepat, baik yang dibeli secara pribadi maupun yang disponsori oleh pemberi kerja, penting agar individu dapat memaksimalkan manfaat bersih yang mereka terima saat mengalami disabilitas.

Pajak berperan signifikan dalam menentukan bagaimana manfaat asuransi disabilitas pendapatan dikenakan dan diterima. Dengan memahami perbedaan antara manfaat bebas pajak dan yang dikenakan pajak, individu dapat membuat keputusan yang lebih baik dalam memilih polis asuransi dan merencanakan kebutuhan finansial mereka di masa depan.

### MANFAAT DARI PROGRAM LAIN

Berikut adalah mengenai manfaat dari program atau pertanggung jawaban lain selain asuransi disabilitas pendapatan dan bagaimana hal ini mempengaruhi batas pengeluaran perusahaan asuransi. Di bawah ini diambil ilustrasi dengan Jaminan Sosial (*Social Security*) di Amerika Serikat yang memiliki program disabilitas:

#### Pengaruh Manfaat Lain Terhadap Batas Pengeluaran

- **Pertanggung Jawaban Lain:** Ketika individu mengajukan permohonan untuk asuransi disabilitas pendapatan, perusahaan asuransi mempertimbangkan manfaat dari program lain yang mungkin dapat diterima pemohon. Salah satu program tersebut di Amerika Serikat adalah Jaminan Sosial (*Social Security*).
- **Pengurangan Batas Pengeluaran:** Jika seseorang berhak menerima manfaat Jaminan Sosial, perusahaan asuransi cenderung mengurangi batas pengeluaran

asuransi disabilitas mereka sebesar jumlah yang dapat diterima dari Jaminan Sosial tersebut. Ini dilakukan untuk menghindari pembayaran ganda, di mana individu akan menerima manfaat dari kedua sumber jika terjadi kecacatan.

### **Definisi Kecacatan Jaminan Sosial**

- **Ketatnya Definisi:** Jaminan Sosial di Amerika Serikat memiliki definisi kecacatan yang ketat, yang berarti bahwa tidak semua individu yang mengajukan klaim akan memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat. Banyak yang mungkin tidak akan pernah menerima manfaat tersebut, meskipun perusahaan asuransi melakukan pengurangan batas pengeluaran berdasarkan potensi penerimaan manfaat ini.

### **Dampak pada Individu Berpenghasilan Rendah**

- **Cakupan yang Terbatas:** Bagi individu berpenghasilan rendah, pengurangan batas pengeluaran akibat potensi manfaat Jaminan Sosial dapat sangat merugikan. Manfaat Jaminan Sosial sering kali merupakan bagian signifikan dari penghasilan mereka, dan pengurangan ini dapat membuat cakupan asuransi disabilitas pendapatan mereka hampir tidak ada, bahkan jika mereka tidak akan pernah menerima manfaat tersebut.

### **Masalah Pertanggung**

- **Pertanggung Dasar dan Rider Jaminan Sosial:** Pendekatan umum untuk mengatasi masalah ini adalah dengan mengizinkan individu berpenghasilan rendah untuk memilih antara pertanggung dasar dan pertanggung tambahan yang disediakan di bawah rider Jaminan Sosial. Dengan cara ini, mereka dapat mendapatkan perlindungan yang lebih baik tanpa terlalu tergantung pada potensi manfaat yang tidak pasti dari Jaminan Sosial.

Manfaat dari program lain, seperti Jaminan Sosial, memiliki dampak signifikan pada batas pengeluaran perusahaan asuransi dalam asuransi disabilitas pendapatan. Pengurangan batas pertanggung berdasarkan manfaat yang dapat diterima dapat mengurangi perlindungan finansial bagi individu, terutama bagi mereka yang berpenghasilan rendah. Memahami dampak ini penting bagi individu dalam merencanakan perlindungan asuransi mereka.

Jumlah dasar merujuk pada jumlah manfaat yang menjadi hak individu berdasarkan jadwal yang telah ditentukan oleh perusahaan asuransi. Jika seseorang menerima manfaat dari Jaminan Sosial yang mengurangi jumlah manfaat yang dijadwalkan, maka polis asuransi akan menyesuaikan dengan meningkatkan pembayaran manfaat untuk mengimbangi pengurangan tersebut.

Rider Penggenap Jaminan Sosial adalah tambahan pada polis yang memastikan bahwa manfaat yang diterima individu tidak berkurang jika mereka juga menerima manfaat dari Jaminan Sosial. Rincian lebih lanjut tentang penggenap ini akan dibahas di bab selanjutnya.

### **Manfaat Lain yang Mempengaruhi Batas Penerbitan**

Kelompok LTD dan Manfaat Lain: Manfaat lain yang dapat mengurangi batas pertanggungans asuransi disabilitas individu (DI) termasuk Long Term Disability (LTD) dan manfaat disabilitas lainnya yang disponsori oleh pemberi kerja.

Pajak dan Integrasi: Karena manfaat ini dikenai pajak dan terintegrasi dengan Jaminan Sosial dan kompensasi pekerja, pengurangan batas pertanggungans DI tidak dihitung secara langsung per dolar. Sebaliknya, pengurangan dihitung berdasarkan jumlah bersih setelah pajak yang dapat diterima oleh individu dari program pemberi kerja.

### **Pengurangan Pertanggungans yang Ada**

Jumlah pertanggungans yang dapat diperoleh individu akan dikurangi oleh jumlah manfaat dari pertanggungans perorangan yang sudah ada. Ini menghindari situasi di mana individu memiliki terlalu banyak asuransi.

### **Risiko Kelebihan Asuransi**

Kelebihan Asuransi dan Morbiditas: Tanpa adanya koordinasi antara manfaat dari berbagai pertanggungans, ada risiko meningkatnya kelebihan asuransi. Ini dapat menyebabkan peningkatan morbiditas karena individu mungkin kehilangan motivasi untuk bekerja atau kembali bekerja, mengingat mereka memiliki jaminan finansial yang lebih besar dari yang sebenarnya mereka butuhkan.

Penjelasan tersebut menjelaskan bagaimana manfaat dari program lain, seperti Jaminan Sosial dan LTD, berinteraksi dengan batas pertanggungans asuransi disabilitas

individu. Ini menyoroti pentingnya koordinasi manfaat untuk menghindari masalah kelebihan asuransi dan dampak negatif pada motivasi individu.

## PENDAPATAN YANG BELUM DITERIMA DAN KEKAYAAN BERSIH

### Pendapatan yang Belum Diterima

- **Definisi:** Pendapatan yang belum diterima mencakup sumber pendapatan yang tidak langsung diperoleh melalui kerja, seperti:
  - **Trust:** Pendapatan yang dihasilkan dari aset yang dikelola dalam dana *trust*.
  - **Dividen:** Pembayaran yang diterima dari kepemilikan saham.
  - **Sewa:** Pendapatan dari penyewaan properti.
  - **Bunga:** Pendapatan dari investasi yang menghasilkan bunga.
- **Pengaruh terhadap Motivasi dan Morbiditas:** Penelitian menunjukkan bahwa ketika rasio pendapatan yang belum diterima terhadap pendapatan yang diperoleh meningkat, motivasi individu untuk bekerja atau kembali bekerja cenderung menurun. Hal ini juga berpotensi meningkatkan risiko morbiditas, karena individu mungkin merasa lebih nyaman tanpa perlu kembali bekerja.
- **Asuransi dan Pendapatan yang Belum Diterima:** Jika seseorang memiliki pendapatan yang tidak diperoleh yang signifikan, mengasuransikan persentase besar dari pendapatan yang diperoleh menjadi kurang masuk akal. Dalam situasi seperti ini, disabilitas mungkin hanya berdampak kecil pada standar hidup mereka.
- **Batas Masalah:** Penanggung asuransi menggunakan rumus yang berbeda untuk menentukan batas pertanggungan ketika ada pendapatan yang belum diterima yang besar. Secara umum, batas pengeluaran akan berkurang jika pendapatan yang belum diterima melebihi 20 persen dari pendapatan bersih setelah pajak.

### Kekayaan Bersih

- **Definisi:** Kekayaan bersih adalah total aset yang dimiliki individu dikurangi dengan total kewajiban. Ini menunjukkan kemampuan finansial individu untuk mengatasi kebutuhan hidup.

- **Pengaruh terhadap Asuransi:** Ketika kekayaan bersih meningkat, perusahaan asuransi menjadi lebih berhati-hati dalam menerbitkan perlindungan asuransi disabilitas pendapatan yang besar. Hal ini dikarenakan:
  - **Likuiditas Kekayaan:** Kekayaan bersih dapat dilikuidasi untuk memberikan pendapatan yang belum diterima dan mempertahankan standar hidup individu.
- **Aturan Underwriting:** Kebijakan underwriting terkait kekayaan bersih bervariasi antara perusahaan asuransi. Permohonan dari individu yang memiliki aset likuid, seperti surat berharga, biasanya akan dipandang skeptis dibandingkan dengan individu yang memiliki kekayaan terikat pada perusahaan swasta. Hal ini karena aset bisnis pribadi sering sulit untuk dijual atau akan dijual dengan diskon jika uang tunai dibutuhkan dengan cepat.

Pendapatan yang belum diterima dan kekayaan bersih memiliki dampak signifikan pada penilaian risiko dan batas pertanggunggunaan dalam asuransi disabilitas pendapatan. Asuransi harus mempertimbangkan sumber pendapatan dan aset yang dimiliki individu untuk menentukan seberapa besar perlindungan yang dapat diberikan secara wajar tanpa menimbulkan risiko berlebihan.

## PEKERJAAN DAN HOBI

### Pekerjaan dan Risiko

- **Hubungan Antara Pekerjaan dan Risiko Disabilitas:** Perusahaan asuransi menganggap bahwa jenis pekerjaan yang dilakukan seseorang berhubungan langsung dengan risiko terjadinya disabilitas. Semakin berisiko pekerjaan tersebut, semakin tinggi kemungkinan individu mengalami kecacatan.
  - **Contoh:** Seorang koki yang bekerja di dapur dengan peralatan tajam memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami cedera dibandingkan seorang akuntan yang bekerja di kantor.
- **Pengaruh Terhadap Pertanggunggunaan:** Berdasarkan jenis pekerjaan, perusahaan asuransi dapat:
  - Menolak pertanggunggunaan sama sekali.
  - Mengecualikan aktivitas tertentu.
  - Mengurangi batas pertanggunggunaan.

- Menaikkan premi asuransi.

### Klasifikasi Pekerjaan

- **Kelas Pekerjaan:** Perusahaan asuransi umumnya membagi pekerjaan ke dalam empat kelas berdasarkan tingkat risikonya:
  - **Kelas Satu:** Pekerjaan profesional dan eksekutif dengan risiko rendah.
  - **Kelas Dua:** Pekerjaan klerikal dan manajemen menengah.
  - **Kelas Tiga:** Pekerjaan terampil dan manufaktur dengan risiko sedang.
  - **Kelas Empat:** Pekerjaan berbahaya seperti konstruksi dan pertanian.
- **Pemilik Usaha Kecil:** Pemilik usaha kecil juga dievaluasi berdasarkan jenis tugas spesifik yang mereka lakukan. Misalnya, seorang pemilik yang lebih banyak mengelola dari belakang akan dianggap memiliki risiko lebih rendah dibandingkan yang terlibat langsung di lapangan.

### Perubahan dalam Klasifikasi Pekerjaan

- **Tantangan terhadap Klasifikasi Tradisional:** Klasifikasi pekerjaan tradisional telah mengalami perubahan, terutama setelah peningkatan klaim di kalangan profesional tertentu, seperti dokter bedah. Ini memaksa perusahaan asuransi untuk meninjau kembali dan memperbarui klasifikasi pekerjaan mereka.
- **Pendapatan dan Morbiditas:** Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada korelasi yang lebih kuat antara pendapatan dan risiko morbiditas dibandingkan dengan jenis pekerjaan itu sendiri.

### Hobi dan Risiko

- **Pengaruh Hobi:** Hobi seseorang juga dapat mempengaruhi keputusan underwriting. Aktivitas yang berisiko dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera atau kecacatan.
  - **Contoh:** Seorang apoteker yang melakukan gantole di akhir pekan mungkin dianggap sebagai risiko Kelas Satu karena pekerjaannya, tetapi hobi tersebut dapat mempengaruhi penilaian risiko dan keputusan pertanggungangan.

Baik pekerjaan maupun hobi individu memainkan peran penting dalam penjaminan keuangan. Perusahaan asuransi mengevaluasi risiko berdasarkan klasifikasi pekerjaan

dan aktivitas yang dilakukan individu, yang dapat memengaruhi keputusan terkait pertanggung jawaban dan premi asuransi

## KESIMPULAN

### Pendekatan untuk Menentukan Kebutuhan Pendapatan Disabilitas

- **Dua Pendekatan:** Terdapat dua pendekatan utama untuk menentukan kebutuhan pendapatan disabilitas, yaitu:
  - **Pendekatan Pendapatan:** Menghitung kebutuhan pendapatan berdasarkan jumlah uang yang diperlukan untuk mempertahankan standar hidup setelah mengalami disabilitas.
  - **Pendekatan Modal:** Menghitung kebutuhan berdasarkan jumlah modal yang diperlukan untuk menghasilkan pendapatan yang diinginkan.

### Perbedaan antara Kebutuhan dan Syarat Asuransi

- **Kebutuhan dan Asuransi Berbeda:** Meskipun kedua pendekatan tersebut bertujuan untuk menentukan berapa banyak pendapatan yang diperlukan dalam situasi disabilitas, jumlah yang dibutuhkan dan jumlah asuransi yang dapat diperoleh seseorang bisa sangat berbeda. Ini menunjukkan bahwa hanya karena seseorang membutuhkan jumlah tertentu untuk hidup, bukan berarti mereka akan memenuhi syarat untuk mendapatkan jumlah tersebut dalam bentuk asuransi.

### Tantangan bagi Perwakilan Keuangan

- **Edukasi Konsumen:** Salah satu tantangan bagi konsultan atau perwakilan keuangan adalah mendidik konsumen tentang perbedaan ini. Penting untuk menyampaikan bahwa:
  - Kebutuhan pendapatan yang akurat sangat penting untuk perencanaan, tetapi pemohon juga harus memahami batasan yang ada.
  - Faktor-faktor seperti batas masalah asuransi, riwayat kesehatan sebelumnya, serta jenis pekerjaan dapat memengaruhi jumlah pertanggung jawaban yang dapat mereka dapatkan.

## Permintaan untuk Asuransi disabilitas

- **Keinginan untuk Pertanggungungan Lebih:** Asuransi disabilitas adalah salah satu jenis asuransi di mana pemohon sering kali ingin membeli lebih banyak pertanggungungan daripada yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi. Ini menunjukkan bahwa individu mungkin merasa bahwa mereka memerlukan perlindungan yang lebih besar untuk memastikan keamanan finansial mereka jika terjadi kecacatan.

## KEPUTUSAN UNDERWRITER

---

Setelah proses underwriting (evaluasi risiko) selesai, perusahaan asuransi akan membuat keputusan terkait aplikasi asuransi yang diajukan. Terdapat beberapa alternatif keputusan yang dapat diambil oleh perusahaan asuransi:

### POLIS DITERBITKAN SESUAI PERMOHONAN

**Ideal:** Polis diterbitkan seperti yang diajukan, tanpa pengecualian. Pemohon menerima perlindungan penuh sesuai dengan jumlah yang diminta, termasuk masa tunggu dan manfaat.

### POLIS DENGAN PENGECEUALIAN

**Contoh:** Polis diterbitkan tetapi dengan rider pengecualian yang menghilangkan perlindungan untuk kondisi medis tertentu. Misalnya, semua masalah yang terkait dengan jantung mungkin tidak ditanggung, atau cacat tertentu hanya ditanggung setelah jangka waktu tertentu.

### PREMI TAMBAHAN

**Premi yang disesuaikan:** Polis diterbitkan dengan premi lebih tinggi dari biasanya, biasanya karena risiko yang lebih besar. Ini juga bisa termasuk perpanjangan masa tunggu atau pengurangan periode manfaat.

### **PENGURANGAN MANFAAT BULANAN**

Jika pendapatan yang dilaporkan dalam aplikasi terlalu tinggi atau pendapatan yang tidak diperoleh terlalu rendah, perusahaan asuransi mungkin mengurangi jumlah manfaat bulanan yang diberikan.

### **MODIFIKASI KELAS PEKERJAAN**

Polis diterbitkan tetapi kelas pekerjaan diubah. Ini bisa terjadi jika informasi pada aplikasi tidak lengkap atau jika ada kesalahan dalam pernyataan pekerjaan.

### **PENOLAKAN PERTANGGUNGAN**

**Risiko Tinggi:** Jika kondisi medis pemohon terlalu berisiko, perusahaan asuransi mungkin menolak untuk memberikan pertanggungan. Hal ini sering kali terungkap melalui pemeriksaan medis atau wawancara yang menunjukkan masalah kesehatan yang lebih serius dari yang dilaporkan.

Bagian ini menjelaskan berbagai kemungkinan yang dapat terjadi setelah proses penilaian risiko. Perusahaan asuransi dapat menerbitkan polis dengan cara yang berbeda, tergantung pada informasi yang diberikan dan risiko yang teridentifikasi.

## **RINGKASAN**

---

Proses aplikasi asuransi disabilitas pendapatan melibatkan pengumpulan informasi dari beberapa bidang, termasuk informasi umum, pekerjaan, kesehatan, dan keuangan. Setiap bidang memberikan data penting bagi underwriter untuk menilai risiko pemohon. Informasi umum, seperti nama dan alamat, digunakan untuk verifikasi identitas dan akses ke data lain, sedangkan informasi pekerjaan membantu menilai risiko berdasarkan jenis pekerjaan yang dilakukan. Pertanyaan tentang riwayat kesehatan dan informasi medis yang rinci diperlukan untuk mengevaluasi risiko disabilitas. Selain itu, pemohon harus mengungkapkan informasi keuangan pribadi yang sensitif untuk menunjukkan kemampuan membayar premi dan memberikan gambaran menyeluruh tentang kondisi keuangan mereka. Proses ini bertujuan untuk memastikan perusahaan asuransi memiliki pemahaman komprehensif mengenai risiko yang terkait dengan pemohon sebelum membuat keputusan.

Underwriting medis dalam asuransi disabilitas pendapatan adalah proses evaluasi yang dilakukan oleh perusahaan asuransi untuk menilai risiko kesehatan pemohon sebelum menerbitkan polis. Proses ini dimulai dengan peninjauan kelengkapan aplikasi; jika pertanggunganaan yang dimohon melebihi batas tertentu, pemeriksaan medis tambahan seperti profil darah dan spesimen urin juga ditinjau. Setelah aplikasi lengkap, underwriter dapat membuat keputusan awal, tetapi sering kali informasi tambahan diperlukan. Informasi ini dapat diperoleh melalui wawancara riwayat kesehatan, pernyataan kesehatan tambahan, Pernyataan Dokter (APS), atau tes lab tambahan. Dengan mengumpulkan informasi yang lengkap dan akurat, perusahaan asuransi dapat menilai apakah pemohon memenuhi pedoman kesehatan dan membuat keputusan yang lebih baik mengenai penerimaan aplikasi serta penetapan premi yang sesuai.

Situasi keuangan pemohon sangat penting dalam proses underwriting asuransi disabilitas karena ada hubungan antara tingkat pendapatan dan risiko kecacatan. Perusahaan asuransi menemukan bahwa meningkatnya pendapatan sering kali disertai dengan peningkatan risiko morbiditas, yang mungkin dipicu oleh gaya hidup yang lebih berisiko atau tingkat stres yang lebih tinggi. Selain itu, pemohon yang mengandalkan pendapatan pasif cenderung lebih rentan terhadap kecacatan. Oleh karena itu, perusahaan perlu mengidentifikasi semua sumber pendapatan untuk menilai risiko, menentukan premi yang sesuai, dan memahami potensi dampak finansial pada kemampuan pemohon untuk kembali bekerja. Pendapatan yang diperoleh, yang mencakup gaji dan pendapatan bersih dari bisnis, menjadi kunci dalam menentukan pertanggunganaan, dengan perusahaan asuransi menerapkan kriteria minimum dan rasio penggantian untuk menilai kewajaran perlindungan yang diberikan. Pajak juga mempengaruhi cara manfaat diterima, dan manfaat dari program lain seperti Jaminan Sosial dapat mengurangi batas pertanggunganaan. Pendapatan yang belum diterima dan kekayaan bersih juga berperan penting dalam penilaian risiko dan batas pertanggunganaan, sementara jenis pekerjaan dan hobi pemohon dapat memengaruhi keputusan underwriting.

Setelah proses underwriting selesai, perusahaan asuransi akan membuat keputusan mengenai aplikasi asuransi yang diajukan. Ada beberapa alternatif keputusan yang mungkin diambil, termasuk menerbitkan polis sesuai permohonan tanpa pengecualian,

menerbitkan polis dengan pengecualian tertentu untuk kondisi medis, atau menerbitkan polis dengan premi lebih tinggi karena risiko yang lebih besar. Perusahaan juga dapat mengurangi manfaat bulanan jika pendapatan yang dilaporkan terlalu tinggi atau terlalu rendah, memodifikasi kelas pekerjaan jika informasi pada aplikasi tidak lengkap, atau bahkan menolak pertanggungan jika risiko dianggap terlalu tinggi. Keputusan yang diambil tergantung pada informasi yang diberikan dan risiko yang teridentifikasi selama underwriting.

# Bab 9

## Administrasi Klaim

Pendahuluan .....	127
Proses Administrasi Klaim .....	128
Pengajuan Klaim.....	128
Evaluasi Klaim.....	130
Keputusan Klaim .....	134
Kecurangan Klaim.....	136
Kecurangan (Fraud) .....	138
Kecurangan Aplikasi .....	139
Kecurangan Klaim .....	143
Ringkasan .....	146

### PENDAHULUAN

---

Pada bab yang lalu telah dipelajari proses aplikasi dan underwriting untuk polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan, dengan menekankan bahwa janji penanggung untuk membayar manfaat adalah bersyarat. Kondisi ini sangat bergantung pada keakuratan informasi yang diberikan oleh tertanggung saat mengajukan permohonan. Jika ada kesalahan penyajian mengenai kesehatan atau keuangan, polis dapat batal atau dapat dibatalkan, terutama dalam periode dua tahun yang dapat diganggu gugat (*contestable period* atau disebut juga "*time limit on certain defenses*"). Misrepresentasi yang curang dapat membuat kontrak batal sejak awal, sementara misrepresentasi yang tidak curang dapat menyebabkan pembatalan polis selama *contestable period*.

Administrasi klaim sangat penting bagi perusahaan asuransi, karena tidak hanya melibatkan pembayaran klaim yang valid tetapi juga penolakan klaim yang tidak valid. Proses ini mencakup adjudikasi klaim, manajemen kasus, dan kepatuhan terhadap hukum dan pedoman industri. Administrasi klaim yang efektif membantu mencegah

kerugian akibat klaim yang tidak valid dan menjaga kesehatan keuangan perusahaan asuransi.

Bagi pengaju klaim, memahami proses klaim dapat menjadi tantangan, terutama ketika mereka tidak bekerja dan menghadapi tekanan keuangan. Oleh karena itu, komunikasi dan edukasi yang jelas mengenai polis dan proses klaim sangatlah penting. Selain itu, agen atau broker memainkan peran penting dalam administrasi klaim, karena kesalahan penanganan klaim dapat mempengaruhi polis tertanggung yang lain atau pertanggung jawaban kelompok yang lebih luas.

Bab ini membicarakan masalah administrasi klaim dari sudut pandang perusahaan asuransi dan tertanggung. Pada akhir bab, pembaca akan dapat menjelaskan langkah-langkah yang terlibat dalam proses klaim dan menjelaskan bagaimana kecurangan klaim disabilitas ditangani.

## **PROSES ADMINISTRASI KLAIM**

---

Proses administrasi klaim untuk asuransi disabilitas pendapatan ini terdiri dari beberapa langkah utama: pengajuan klaim, evaluasi, pengambilan keputusan, dan pengelolaan klaim dari waktu ke waktu. Tidak seperti asuransi jiwa, di mana biasanya hanya satu klaim yang diajukan, asuransi disabilitas pendapatan dapat melibatkan beberapa klaim dari individu yang sama selama masa kerja mereka.

Proses ini menekankan pentingnya mempertimbangkan seluruh riwayat klaim untuk setiap tertanggung. Manajemen yang berkelanjutan untuk setiap klaim sangat penting, karena sifat kecacatan atau disabilitas dapat berkembang, upaya rehabilitasi selalu berkembang, dan kapasitas tertanggung untuk bekerja dan mendapatkan penghasilan dapat berubah. Pengelolaan yang dinamis ini memastikan bahwa proses klaim tetap responsif terhadap keadaan tertanggung.

### **PENGAJUAN KLAIM**

Langkah awal dalam proses klaim untuk asuransi disabilitas pendapatan, yang dimulai ketika seseorang yang diasuransikan mengalami cedera atau penyakit yang melumpuhkan dan mengajukan klaim untuk mendapatkan tunjangan. Formulir klaim biasanya terdiri dari beberapa bagian untuk tertanggung dan dokter yang merawat.

Formulir tersebut meminta informasi penting, termasuk tanggal dan sifat kecacatan, rincian perawatan, dan durasi kecacatan yang diharapkan.

Meskipun sering kali ada persyaratan agar klaim diajukan tidak lama setelah timbulnya kecacatan, perusahaan asuransi umumnya memberikan fleksibilitas terkait keterlambatan pengajuan klaim. Namun, pengajuan yang terlambat menimbulkan beberapa risiko bagi perusahaan asuransi. Mereka dapat mempersulit proses verifikasi kecacatan karena potensi kesulitan dalam mendapatkan bukti. Selain itu, perubahan kondisi tertanggung - baik perbaikan atau kemunduran - dapat mengaburkan penilaian awal kecacatan. Selain itu, menunda pengajuan dapat menghambat kemampuan perusahaan asuransi untuk membantu tertanggung dalam mengurangi kerugian mereka, yang berpotensi meningkatkan tanggung jawab perusahaan asuransi secara keseluruhan.

Tertanggung memiliki pilihan untuk mengajukan klaim menggunakan formulir kertas tradisional yang dikirim melalui pos, atau mereka dapat menggunakan metode elektronik seperti faksimile atau pengajuan online. Dalam beberapa kasus, perusahaan asuransi bahkan dapat menerima klaim untuk disabilitas jangka pendek melalui telepon, yang mencerminkan sifat komunikasi dan teknologi yang terus berkembang dalam proses klaim.

Setelah perusahaan asuransi menerima formulir klaim, berkas klaim akan dibuat, dan pemeriksa klaim akan ditugaskan untuk mengelola penyelesaian klaim. Jika perusahaan asuransi memutuskan untuk menyetujui manfaat, tertanggung kemudian harus menyerahkan dokumentasi tambahan untuk bisa menerima pembayaran. Hal ini biasanya mencakup formulir klaim yang telah diperbarui, pernyataan dokter, dan formulir kelanjutan disabilitas setiap bulan selama disabilitas masih ada. Formulir khusus yang diperlukan dapat bervariasi tergantung pada sifat kecacatan, yang menunjukkan bahwa prosesnya disesuaikan dengan keadaan masing-masing klaim. Secara keseluruhan, pendekatan terstruktur ini memastikan bahwa perusahaan asuransi memiliki informasi yang diperlukan untuk menilai dan mengelola klaim yang sedang berlangsung secara efektif.

Sebagai contoh, stroke ringan yang diantisipasi akan menyebabkan kecacatan selama lima hingga enam bulan mungkin hanya memerlukan formulir kelanjutan kecacatan

bulanan yang diajukan oleh tertanggung. Sebaliknya, patah pergelangan tangan yang diperkirakan akan sembuh dalam waktu satu bulan mungkin memerlukan pernyataan dokter jika tertanggung mengklaim kecacatan setelah periode tersebut.

Ketidakpastian sering dihadapi tertanggung dan agen mengenai durasi kecacatan, terutama yang berkaitan dengan periode penghapusan. Terlepas dari ketidakpastian ini, banyak profesional di bidang asuransi yang menganjurkan pengajuan klaim yang cepat. Pengajuan yang tepat waktu sangat penting karena proses evaluasi dapat memakan waktu yang cukup lama, dan pengajuan yang lebih awal memungkinkan penilaian yang lebih cepat. Selain itu, pengajuan klaim yang tepat waktu dapat memberikan ketenangan pikiran bagi tertanggung selama masa sulit, memastikan bahwa jika kecacatan melampaui periode eliminasi, akan ada penundaan minimal dalam mengakses manfaat. Pendekatan proaktif ini membantu menyederhanakan proses klaim dan mendukung stabilitas keuangan tertanggung selama masa pemulihan.

## **EVALUASI KLAIM**

Ketika klaim diajukan, pemeriksa sering kali meminta informasi tambahan mengenai kondisi medis tertanggung, termasuk catatan medis yang terperinci. Langkah ini sangat penting untuk menilai keabsahan dari kecacatan yang diklaim.

Aspek penting dari evaluasi ini adalah menentukan apakah disabilitas terkait dengan kondisi yang sudah ada sebelumnya. Jika klaim diajukan dalam jangka waktu dua tahun yang dapat digugat, setiap pernyataan yang keliru atau penyembunyian mengenai kondisi yang sudah ada sebelumnya dapat menyebabkan penolakan klaim. Kondisi yang sudah ada sebelumnya biasanya didefinisikan sebagai kondisi di mana tertanggung menerima perawatan dalam tiga bulan sebelum penerbitan polis asuransi, dan kecacatan harus dimulai dalam waktu dua belas bulan sejak penerbitan tersebut agar klaim dapat diajukan. Untuk menolak klaim, perusahaan asuransi umumnya harus menunjukkan bahwa kecacatan tersebut disebabkan oleh kondisi yang sudah ada sebelumnya.

Selain itu, beberapa polis mencakup ketentuan “bebas perawatan” (*“treatment-free provision”*), yang menetapkan bahwa kondisi yang sudah ada sebelumnya tidak akan dianggap sebagai kondisi yang sudah ada sebelumnya jika tertanggung tidak menerima perawatan setidaknya selama tiga bulan sebelum timbulnya kecacatan. Ketentuan ini

memberikan kelonggaran bagi tertanggung dan dapat mempengaruhi hasil dari proses evaluasi, menyoroti pentingnya memahami rincian kebijakan dalam klaim disabilitas.

### Contoh kasus

Misalkan seorang tertanggung, Mark, didiagnosa menderita hipertensi tiga bulan sebelum polis asuransinya diterbitkan. Setelah didiagnosis, ia tidak mencari pengobatan untuk kondisi tersebut dan melanjutkan tanpa pengobatan selama empat bulan. Tak lama setelah polisnya berlaku, ia menderita stroke, yang terjadi lima bulan setelah tanggal berlakunya polis.

Dalam hal ini, klaim Mark tidak dapat ditolak karena hipertensi yang dideritanya tidak memenuhi definisi kondisi yang sudah ada sebelumnya. Karena ia tidak menjalani perawatan selama lebih dari tiga bulan sebelum menjadi cacat, perusahaan asuransi tidak dapat membantah klaim berdasarkan diagnosis hipertensi. Dengan demikian, Mark akan memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat yang terkait dengan *stroke*-nya.

Meskipun periode kontes telah berlalu, perusahaan asuransi masih dapat meminta rekam medis untuk beberapa alasan. Utamanya, catatan ini berfungsi sebagai bukti penting dari klaim dan membantu menilai kualitas perawatan medis yang diterima penuntut. Evaluasi ini juga dapat mengidentifikasi intervensi potensial yang dapat meningkatkan peluang pemulihan penggugat atau memfasilitasi kembalinya ke tempat kerja.

Meskipun APS dapat memberikan wawasan yang berharga, namun seringkali tidak mencukupi karena dokter yang merawat mungkin tidak sepenuhnya memahami tuntutan pekerjaan dari pekerjaan penggugat. Selain itu, para dokter ini mungkin tidak memiliki keahlian untuk menilai secara akurat keterbatasan fungsional tertanggung dan mungkin menerima pernyataan mereka begitu saja tanpa penyelidikan lebih lanjut. Dengan memeriksa rekam medis yang komprehensif, perusahaan asuransi dapat mengatasi masalah-masalah kritis ini, memastikan evaluasi yang lebih menyeluruh terhadap klaim dan kondisi penuntut. Proses ini sangat penting untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kelayakan manfaat dan upaya rehabilitasi yang potensial.

Penting sekali mengumpulkan bukti medis tambahan untuk memastikan apakah suatu kecacatan disebabkan oleh penyakit atau cedera. Banyak polis asuransi disabilitas pendapatan perorangan yang memiliki periode eliminasi dan manfaat standar untuk kedua jenis disabilitas tersebut. Namun, ketika sebuah polis membedakan antara penyakit dan cedera, menjadi penting bagi pemeriksa klaim untuk membuat penentuan awal mengenai penyebab kecacatan, karena hal ini dapat berdampak pada proses klaim dan manfaat yang tersedia bagi tertanggung.

Perlu dipertimbangkan dengan seksama untuk polis yang memberikan pertanggung jawaban seumur hidup untuk cacat akibat kecelakaan, sementara disabilitas karena penyakit hanya ditanggung hingga usia 60 tahun.

### **Contoh Kasus**

Tertanggung, seorang wanita berusia 62 tahun bernama Linda, mengajukan klaim setelah mengalami sakit punggung yang parah. Pemeriksa klaim harus menentukan apakah kecacatannya disebabkan oleh kecelakaan mobil yang dialaminya beberapa bulan sebelumnya atau karena kondisi yang sudah berlangsung lama seperti penyakit cakram degeneratif. Keputusan ini menjadi tantangan tersendiri, karena kecelakaan tersebut mungkin telah memperburuk masalah punggungnya yang sudah ada sebelumnya, yang menyebabkan kecacatannya saat ini.

Membedakan apakah kondisinya merupakan cedera akibat kecelakaan atau penyakit kronis dapat menjadi hal yang rumit, dan sering kali menimbulkan perselisihan. Akibatnya, kasus-kasus seperti Linda sering berujung pada proses pengadilan, di mana pengadilan umumnya memenangkan pihak tertanggung karena ketidakjelasan dalam bahasa polis yang dirancang oleh perusahaan asuransi.

Dalam kasus-kasus di mana terdapat keraguan mengenai keabsahan klaim, investigasi dapat dilakukan untuk mengumpulkan bukti-bukti yang lebih komprehensif. Investigasi ini dapat dilakukan oleh tim internal perusahaan asuransi atau dialihdayakan (*outsourcing*) ke perusahaan eksternal, tetapi metodologinya tetap konsisten di kedua pendekatan tersebut.

Penyelidikan dapat melibatkan berbagai aktivitas yang bertujuan untuk memverifikasi keabsahan klaim. Hal ini termasuk meninjau catatan medis yang ada untuk mendeteksi tanda-tanda pemalsuan, serta memeriksa catatan keuangan dengan bantuan akuntan

publik bersertifikat (CPA) untuk menilai situasi keuangan penuntut. Jika diduga terdapat kecacatan jangka panjang, pihak asuransi mungkin juga akan meminta pemeriksaan medis independen untuk mendapatkan penilaian yang obyektif atas kondisi penuntut.

Selain itu, penyelidik dapat melakukan pemeriksaan menyeluruh untuk memverifikasi pekerjaan, pendapatan, dan perlindungan asuransi lainnya yang relevan. Mereka dapat menghubungi tertanggung secara langsung melalui panggilan telepon atau wawancara, dengan melibatkan tertanggung dan orang-orang penting lainnya, seperti dokter yang merawat. Dalam kasus-kasus di mana terdapat kecurigaan adanya kecurangan, pengawasan terhadap pengaju klaim juga dapat dilakukan sebagai sarana untuk mengumpulkan bukti. Pendekatan komprehensif ini memastikan bahwa proses klaim dilakukan secara menyeluruh dan membantu mencegah terjadinya kecurangan, yang pada akhirnya melindungi kepentingan penanggung.

Sistem Catatan Asuransi Disabilitas (*Disability Insurance Records System, DIRS*), yang didirikan pada akhir tahun 1970-an dengan dukungan dari HIAA membawa manfaat pada proses klaim.. Sistem ini memfasilitasi proses evaluasi klaim dengan memungkinkan perusahaan asuransi besar untuk berbagi informasi medis, keuangan, dan asuransi. Hasilnya, pemeriksa klaim dapat lebih mudah mengidentifikasi kondisi yang sudah ada sebelumnya dan contoh kelebihan asuransi (*over insurance*), yang secara signifikan meningkatkan akurasi dan efisiensi proses penilaian klaim dibandingkan dengan metode sebelumnya.

DIRS telah mengalami evolusi yang signifikan sejak didirikan pada akhir tahun 1970-an. Awalnya dirancang sebagai alat untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam proses evaluasi klaim asuransi disabilitas, DIRS telah berkembang menjadi sistem yang lebih kompleks dan integral dalam industri asuransi.

Seiring dengan perkembangan teknologi informasi, DIRS telah berinovasi melalui beberapa kemajuan penting, termasuk integrasi dengan sistem elektronik lain yang digunakan oleh perusahaan asuransi, seperti sistem manajemen klaim dan pembayaran. Selain itu, DIRS telah meningkatkan keamanan data dengan menerapkan langkah-langkah yang lebih ketat untuk melindungi privasi informasi nasabah. Sistem ini juga digunakan untuk analisis data klaim dalam skala besar, memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengidentifikasi tren, pola, dan risiko baru.

## KEPUTUSAN KLAIM

Dalam kasus tertentu, keputusannya jelas; misalnya, jika pertanggung jawaban untuk disabilitas yang diakibatkan oleh penyakit telah berakhir dan disabilitas tersebut memang disebabkan oleh suatu penyakit, klaim akan ditolak. Demikian pula, jika klaim diajukan selama periode yang dapat digugat dan melibatkan kondisi yang sudah ada sebelumnya yang telah disalahartikan atau disembunyikan oleh tertanggung, hal ini juga akan mengakibatkan penolakan.

Sebaliknya, jika bukti mendukung bahwa disabilitas tersebut termasuk dalam ketentuan yang diuraikan dalam kontrak asuransi, klaim akan disetujui. Dalam kasus seperti itu, manfaat akan dimulai setelah periode eliminasi berlalu. Perlu diketahui bahwa manfaat disabilitas dibayarkan di belakang, yang berarti tertanggung tidak akan menerima pembayaran pertama mereka hingga setidaknya 31 hari setelah periode eliminasi berakhir. Pendekatan terstruktur ini memastikan bahwa klaim dinilai secara adil sambil mematuhi ketentuan kontraktual polis asuransi.

Keputusan klaim sering kali rumit dan memerlukan interpretasi yang cermat terhadap bahasa polis oleh pemeriksa klaim. Bahkan ketika semua fakta yang relevan tersedia, pemeriksa harus menerapkan ketentuan khusus polis pada keadaan unik tertanggung. Misalnya, jika polis mencakup definisi "pekerjaan sendiri" tentang disabilitas, pemeriksa perlu menentukan apakah kondisi tertanggung benar-benar menghalangi untuk melaksanakan tugas pekerjaan spesifik tertanggung, yang menambah kompleksitas proses evaluasi klaim.

### Contoh Kasus

Pertimbangkan seorang insinyur perangkat lunak bernama Alex yang pekerjaannya melibatkan beberapa tanggung jawab utama, termasuk:

- Berkolaborasi dengan tim untuk merancang arsitektur perangkat lunak.
- Menulis dan menguji kode untuk aplikasi.
- Mengurai masalah kode pada perangkat lunak dan memberikan dukungan teknis.
- Berpartisipasi dalam rapat proyek untuk membahas kemajuan dan tantangan.

Jika Alex mengalami cedera yang sangat membatasi kemampuannya untuk mengetik dan menggunakan tetikus, ia mungkin masih dapat memenuhi beberapa tugas

pekerjaannya melalui perangkat lunak pengenalan suara atau dengan mengawasi proyek. Namun, jika ia tidak dapat mengomunikasikan detail teknis atau memimpin sesi pengodean secara efektif, ia mungkin kesulitan untuk memenuhi harapan perannya, yang berpotensi memengaruhi kinerja dan keamanan pekerjaannya.

Berdasarkan definisi disabilitas "*own occ*", penentuan apakah Alex benar-benar cacat dapat bergantung pada bagaimana polis tersebut mendefinisikan fungsi pekerjaan spesifiknya. Jika polis tersebut menyatakan bahwa disabilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk melakukan tugas pekerjaan spesifiknya, klaim Alex dapat disetujui, karena ia tidak dapat melakukan bagian penting dari pekerjaannya.

Sebaliknya, jika polisnya mendefinisikan disabilitas sebagai ketidakmampuan untuk terlibat dalam "pekerjaan yang menguntungkan yang sesuai dengannya berdasarkan pendidikan, pelatihan, atau pengalaman," dan Alex dapat beralih ke peran lain dalam manajemen proyek perangkat lunak yang tidak memerlukan pengetikan ekstensif, klaimnya mungkin ditolak. Namun, jika posisi barunya mengakibatkan penurunan pendapatan yang signifikan, klaim tersebut dapat dipertimbangkan kembali berdasarkan hilangnya pendapatan yang substansial.

Dalam kasus perusahaan asuransi menangani kasus-kasus yang tidak jelas di mana penerapan bahasa polis pada situasi penggugat tidak pasti, banyak perusahaan asuransi memilih untuk menyetujui klaim guna menghindari potensi biaya dan komplikasi yang terkait dengan litigasi. Pendekatan ini dipengaruhi oleh pemahaman bahwa pengadilan sering menafsirkan bahasa kontrak yang ambigu demi kepentingan tertanggung, yang mencerminkan prinsip bahwa kontrak asuransi diklasifikasikan sebagai **kontrak adhesi**. Dalam kontrak ini, satu pihak—biasanya perusahaan asuransi—menciptakan ketentuan, sehingga tertanggung tidak memiliki banyak ruang untuk negosiasi.

Jika perusahaan asuransi memilih untuk menolak klaim dan pengadilan kemudian memutuskan demi kepentingan tertanggung, perusahaan asuransi harus bertanggung jawab atas ganti rugi. Ganti rugi ini dirancang untuk mengganti kerugian tertanggung, yang pada dasarnya mencakup manfaat yang akan mereka terima jika klaim tidak ditolak. Risiko keuangan ini mendorong perusahaan asuransi untuk mempertimbangkan secara hati-hati implikasi penolakan klaim, terutama dalam kasus yang bahasa polisnya

tidak jelas, karena potensi akibat hukum dan tanggung jawab keuangan dapat lebih besar daripada penolakan klaim.

Ganti rugi punitif (*punitive damage*) berfungsi sebagai hukuman finansial bagi perusahaan asuransi yang bertindak dengan itikad buruk saat menolak klaim. Agar bertanggung menerima ganti rugi tersebut, ia harus menunjukkan bahwa tindakan perusahaan asuransi tidak dapat dibenarkan dan sembrono, yang mencerminkan pengabaian terang-terangan terhadap hak-hak tertanggung.

Itikad buruk dapat terwujud dalam berbagai cara. Misalnya, perusahaan asuransi dapat menunjukkan pola yang konsisten dalam menolak jenis klaim tertentu tanpa mempertimbangkan fakta-fakta yang relevan secara memadai. Atau, perusahaan asuransi dapat menolak untuk membayar klaim meskipun ada bukti yang jelas yang mendukung keabsahannya. Bentuk itikad buruk lainnya terjadi ketika perusahaan asuransi menunda pembayaran tanpa batas waktu, tidak secara resmi menolak klaim atau memberikan alasan yang jelas atas penundaan tersebut.

Tujuan ganti rugi punitif tidak hanya untuk memberi kompensasi kepada tertanggung atas kerugian yang bersangkutan, tetapi juga untuk mencegah perusahaan asuransi mengulangi perilaku tersebut di masa mendatang. Kerugian ini bisa sangat besar, seringkali melebihi ganti rugi yang diberikan, yang memberi sinyal kepada perusahaan asuransi bahwa terlibat dalam praktik yang tidak beritikad baik dapat mengakibatkan konsekuensi finansial yang signifikan. Hal ini bertujuan untuk mendorong penanganan klaim yang adil dan bertanggung jawab oleh perusahaan asuransi.

Kompleksitas ini muncul dari kebutuhan untuk menilai detail rumit dari setiap klaim, menafsirkan bahasa polis secara akurat, dan membuat keputusan yang adil berdasarkan keadaan penggugat. Pemeriksa harus memahami berbagai faktor, termasuk implikasi hukum dan potensi litigasi, sekaligus memastikan bahwa klaim ditangani dengan cara yang adil dan sesuai dengan ketentuan polis asuransi.

## **KECURANGAN KLAIM**

---

Sebagian besar tertanggung secara akurat mengungkapkan riwayat medis dan situasi keuangan mereka saat mengajukan permohonan pertanggung. Dalam banyak kasus, tertanggung menghadapi cedera atau penyakit serius yang menghalangi mereka untuk

bekerja, sehingga membuat tertanggung percaya bahwa mereka berhak atas manfaat yang tercantum dalam polis.

Ada beberapa kasus di mana beberapa tertanggung bertindak tidak jujur, dengan tujuan menipu perusahaan asuransi. Dalam kasus ini, mereka dapat memberikan informasi yang menyesatkan atau menghilangkan rincian penting yang akan memengaruhi keputusan perusahaan asuransi untuk memberikan pertanggungan atau membayar manfaat. Perilaku curang tersebut merusak integritas sistem asuransi dan dapat menyebabkan kerugian finansial yang signifikan bagi perusahaan asuransi, yang pada akhirnya memengaruhi semua pemegang polis melalui peningkatan premi dan pemeriksaan klaim yang lebih ketat.

Secara keseluruhan, bab ini menyoroti pentingnya kejujuran dalam proses klaim, dengan menekankan bahwa meskipun sebagian besar klaim adalah asli, sebagian kecil klaim yang tidak jujur dapat menimbulkan dampak serius bagi perusahaan asuransi dan pemegang polis yang jujur. Hal ini menggarisbawahi perlunya perusahaan asuransi untuk melakukan investigasi menyeluruh guna membedakan antara klaim yang sah dan klaim yang curang.

Aktivitas kecurangan (fraud) dapat berdampak signifikan pada stabilitas keuangan perusahaan asuransi, mendorong mereka untuk menerapkan langkah-langkah yang kuat untuk mengidentifikasi dan menangani klaim yang tidak jujur. Kewaspadaan ini penting tidak hanya untuk melindungi kepentingan perusahaan asuransi tetapi juga untuk menjaga keadilan dalam sistem asuransi.

Yang penting, bahwa jika seorang tertanggung ditemukan telah melakukan penipuan, klaim mereka dapat ditolak meskipun klaim tersebut berada di luar periode dua tahun yang dapat digugat. Periode ini biasanya memungkinkan perusahaan asuransi untuk menentang klaim berdasarkan pernyataan yang keliru yang dibuat selama proses aplikasi. Namun, jika penipuan terdeteksi kemudian, perusahaan asuransi tetap memiliki hak untuk menolak manfaat, yang memperkuat pesan bahwa ketidakjujuran membawa konsekuensi serius, terlepas dari kapan hal itu terungkap.

Pendekatan ini berfungsi sebagai pencegah terhadap perilaku curang, karena pemegang polis diberi tahu bahwa terlibat dalam praktik kecurangan dapat menyebabkan hilangnya manfaat, bahkan setelah klaim diajukan. Oleh karena itu, perlu digarisbawahi

pentingnya perilaku etis dalam dunia asuransi, perlunya baik perusahaan asuransi maupun pemegang polis untuk menjunjung tinggi integritas dalam proses klaim.

### **KECURANGAN (FRAUD)**

Kecurangan (fraud) dalam konteks ini didefinisikan sebagai penipuan yang terjadi ketika seseorang membuat pernyataan fakta material yang salah, dengan maksud menipu atau menyesatkan perusahaan asuransi. Kecurangan ini biasanya ditujukan untuk memperoleh cakupan atau manfaat asuransi disabilitas pendapatan yang seharusnya tidak berhak diterima oleh orang tersebut.

Agar suatu pernyataan memenuhi syarat sebagai kecurangan, pernyataan tersebut harus cukup signifikan untuk memengaruhi proses pengambilan keputusan perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi mengandalkan pernyataan ini yang merugikan mereka, artinya mereka membuat keputusan berdasarkan informasi palsu, yang dapat mengakibatkan kerugian finansial. Ketergantungan ini sangat penting, karena hal ini menetapkan hubungan antara perilaku kecurangan dan kerugian yang diderita oleh perusahaan asuransi.

Implikasi serius dari penipuan asuransi disabilitas pendapatan, tidak hanya bagi perusahaan asuransi yang mungkin menghadapi dampak finansial yang besar tetapi juga bagi integritas sistem asuransi secara keseluruhan. Dengan mendefinisikan komponen kecurangan secara jelas, perlu digarisbawahi pentingnya kejujuran dalam proses klaim dan perlunya perusahaan asuransi untuk tetap waspada dalam mendeteksi dan mencegah aktivitas kecurangan.

Karakteristik yang menentukan dari kecurangan, khususnya dalam konteks asuransi disabilitas pendapatan, adalah niat untuk menipu. Perbedaan ini penting karena memisahkan tindakan penipuan dari sekadar kelalaian atau kecerobohan. Sementara kelalaian mungkin melibatkan kegagalan untuk menjalankan kehati-hatian yang wajar, dan kecerobohan dapat menyiratkan pengabaian terhadap kebenaran, kecurangan atau penipuan memerlukan niat yang disengaja untuk menyesatkan orang lain demi keuntungan pribadi. Niat untuk menipu inilah yang mengangkat suatu tindakan dari kesalahan sederhana menjadi pelanggaran etika yang serius.

Lebih jauh, naskah ini mengategorikan kecurangan asuransi disabilitas pendapatan menjadi dua jenis utama: **kecurangan aplikasi** dan **kecurangan klaim**. Penipuan aplikasi terjadi ketika seseorang memberikan informasi palsu atau menyesatkan pada aplikasi asuransi mereka, yang bertujuan untuk mendapatkan perlindungan yang mungkin tidak memenuhi syarat. Ini dapat mencakup melebih-lebihkan riwayat medis atau menghilangkan detail penting. Di sisi lain, penipuan klaim melibatkan praktik penipuan setelah klaim diajukan, seperti membesar-besarkan tingkat keparahan cedera atau memalsukan dokumentasi untuk menerima manfaat yang tidak beralasan.

Klasifikasi ini membantu perusahaan asuransi mengembangkan strategi yang tepat sasaran untuk pendeteksian dan pencegahan, yang pada akhirnya mendorong proses klaim yang adil dan jujur. Memahami maksud di balik tindakan kecurangan ini sangat penting untuk mengatasi masalah ini secara efektif dan menjaga integritas sistem asuransi disabilitas pendapatan.

### **KECURANGAN APLIKASI**

Kecurangan aplikasi permohonan (*application fraud*) dalam konteks asuransi pendapatan disabilitas, terjadi ketika calon tertanggung salah mengartikan fakta material pada aplikasi mereka. Jenis kecurangan ini dapat berdampak signifikan pada kemampuan perusahaan asuransi untuk menilai risiko dan memberikan perlindungan yang sesuai. Dengan memberikan informasi palsu, pemohon berusaha untuk mendapatkan manfaat atau perlindungan yang mungkin tidak benar-benar memenuhi syarat, yang merusak integritas proses asuransi.

Beberapa pertimbangan penting diuraikan sebagai faktor penting dalam aplikasi asuransi disabilitas individu. Ini termasuk kondisi medis dan riwayat pemohon, yang penting untuk menentukan kelayakan dan tingkat risiko. Selain itu, pekerjaan pemohon dan pendapatan dari pekerjaan tersebut sangat penting, karena memengaruhi jumlah perlindungan yang dibutuhkan dan potensi penghasilan di masa mendatang. Usia merupakan faktor penting lainnya, karena dapat memengaruhi kemungkinan disabilitas dan biaya premi. Terakhir, keberadaan perlindungan asuransi disabilitas lainnya harus diungkapkan, karena informasi ini membantu perusahaan asuransi mengevaluasi risiko keseluruhan dan mencegah asuransi berlebih (*over insurance*).

Dengan menekankan area-area utama ini, perlu digarisbawahi pentingnya representasi yang akurat dalam aplikasi asuransi. Salah representasi dalam salah satu pertimbangan penting ini dapat menyebabkan klaim ditolak atau bahkan pembatalan polis, serta perlunya transparansi dari pemohon dan ketekunan dari perusahaan asuransi dalam proses penilaian mereka. Fokus pada integritas aplikasi ini penting untuk memastikan sistem asuransi disabilitas yang adil dan fungsional.

Informasi kondisi medis terkini, usia, dan riwayat medis masa lalu pemohon memungkinkan perusahaan asuransi untuk menilai risiko yang terkait dengan asuransi pemohon. Evaluasi yang komprehensif memungkinkan perusahaan asuransi untuk membuat keputusan yang tepat terkait penerbitan polis. Misalnya, berdasarkan rincian medis yang diberikan, perusahaan asuransi dapat menentukan apakah pengecualian atau rider diperlukan untuk kondisi tertentu, menyesuaikan premi untuk mencerminkan risiko kesehatan pemohon, atau memutuskan untuk menolak pertanggungansan sama sekali jika risikonya dianggap terlalu tinggi.

Perusahaan asuransi menetapkan pedoman batas penerbitan, dan pedoman ini penting karena menentukan tingkat maksimum ganti rugi bulanan yang dapat ditawarkan, yang bervariasi berdasarkan pekerjaan dan pendapatan pemohon. Dengan menetapkan batasan ini, perusahaan asuransi memastikan bahwa pertanggungansan yang diberikan sepadan dengan situasi keuangan pemohon dan sifat pekerjaan mereka. Ini membantu mengurangi potensi kerugian bagi perusahaan asuransi sekaligus memastikan bahwa pemegang polis menerima jumlah pertanggungansan yang wajar berdasarkan kapasitas penghasilan mereka.

Perlu adanya keseimbangan yang harus dijaga oleh perusahaan asuransi antara menilai risiko dan menyediakan perlindungan. Pemahaman menyeluruh tentang latar belakang medis dan pekerjaan pemohon sangat penting untuk membuat keputusan yang melindungi kepentingan perusahaan asuransi dan kebutuhan pemegang polis.

Asuransi berlebih (*over insurance*) dalam asuransi disabilitas pendapatan perlu ditangani dengan cara perusahaan asuransi memberlakukan batasan pada total manfaat bulanan yang dapat diterima seseorang berdasarkan pendapatan bersih yang diperolehnya. Praktik ini penting, karena manfaat yang berlebihan dapat mendorong pemegang polis untuk mengajukan klaim yang tidak perlu atau memperpanjang waktu

istirahat kerja mereka, sebuah fenomena yang dikenal sebagai berpura-pura sakit (*malingering*). Dengan menetapkan batasan asuransi berlebih ini, perusahaan asuransi bertujuan untuk memastikan bahwa manfaat mencerminkan pendapatan aktual, sehingga mengurangi risiko klaim yang digelembungkan.

Untuk mengelola risiko ini secara efektif, aplikasi asuransi biasanya menyertakan pertanyaan mengenai cakupan yang ada yang mungkin dimiliki pemohon. Perusahaan asuransi ingin memahami cakupan penuh situasi asuransi pemohon, termasuk apakah pemohon berencana untuk membatalkan atau mengganti cakupan saat ini jika polis baru diterbitkan. Informasi ini membantu perusahaan asuransi menilai risiko keseluruhan dalam memberikan manfaat tambahan dan memastikan bahwa cakupan total tidak melebihi batas yang wajar.

Kecurangan dilakukan ketika pemohon salah mengartikan pertimbangan material apa pun yang terkait dengan aplikasi mereka. Hal ini dapat melibatkan pemberian informasi palsu tentang pendapatan, pertanggunganan yang ada, atau kondisi medis. Kekeliruan seperti itu merusak proses underwriting dan dapat mengakibatkan konsekuensi yang signifikan bagi perusahaan asuransi dan pemegang polis.

**Contoh Kasus:**

John mengajukan polis asuransi disabilitas pendapatan, dengan menyatakan dalam permohonannya bahwa ia adalah seorang desainer grafis wiraswasta dengan penghasilan bersih sebesar \$80.000 pada tahun sebelumnya. Karena mempercayai informasi ini, perusahaan asuransi menerbitkan polis yang memberikan manfaat sebesar \$3.500 per bulan. Akan tetapi, kemudian terungkap bahwa John sebenarnya adalah seorang kasir paruh waktu di sebuah toko kelontong, dengan penghasilan hanya \$20.000 per tahun. Jika perusahaan asuransi mengetahui pekerjaan dan penghasilan John yang sebenarnya, mereka tidak akan menyetujui polis dengan tingkat manfaat yang begitu tinggi.

**Contoh Kasus:**

Lisa mengajukan polis asuransi disabilitas pendapatan, tetapi ia gagal mengungkapkan perawatan yang sedang ia jalani untuk gangguan kecemasan, yang telah dialaminya selama setahun terakhir. Kelalaian ini penting bagi proses underwriting asuransi, karena polis tersebut menanggung disabilitas yang diakibatkan oleh kondisi kesehatan mental. Jika perusahaan asuransi mengetahui riwayat kesehatan mental Lisa, hal itu mungkin memengaruhi keputusan mereka mengenai pertanggungungan atau menyebabkan dimasukkannya pengecualian tertentu dalam polisnya.

**Contoh Kasus:**

Lisa mengajukan polis asuransi disabilitas pendapatan dan mengklaim bahwa ia seorang manajer pemasaran dengan pendapatan bersih Rp 700 juta per tahun. Dalam aplikasi, ia menyatakan tidak memiliki riwayat kesehatan mental yang signifikan. Namun, Lisa telah berjuang dengan gangguan kecemasan yang parah selama beberapa tahun dan telah menjalani terapi serta mengonsumsi obat-obatan untuk mengelola kondisinya.

Dalam beberapa sesi terapi, Lisa didiagnosis dengan gangguan panik dan mengalami serangan panik yang sering, yang mempengaruhi kemampuannya untuk bekerja secara efektif. Meskipun demikian, ia memilih untuk tidak mengungkapkan informasi ini dalam aplikasi, berharap bahwa hal itu tidak akan terdeteksi.

Setelah polis diterbitkan, Lisa mengalami serangan panik yang menghambat kemampuannya untuk bekerja, dan ia mengajukan klaim disabilitas. Ketika perusahaan asuransi melakukan penyelidikan, mereka menemukan catatan medis yang menunjukkan riwayat perawatan untuk gangguan kecemasan yang tidak diungkapkan.

Poin pertama yang dikemukakan dari contoh-contoh kasus di atas adalah agar perusahaan asuransi memiliki hak untuk membatalkan polis berdasarkan penipuan, pernyataan yang keliru tersebut harus dinyatakan secara eksplisit dalam aplikasi tertulis. Persyaratan ini menggarisbawahi pentingnya dokumen aplikasi sebagai elemen dasar dalam proses asuransi. Setiap ketidakakuratan atau kelalaian dalam dokumen ini

dapat secara signifikan memengaruhi keputusan perusahaan asuransi untuk menerbitkan pertanggungan atau menetapkan ketentuan pertanggungan tersebut.

Poin kedua adalah tantangan yang terkait dengan pembuktian penipuan disabilitas. Seringkali sulit untuk memperoleh bukti langsung tentang niat penipuan dari tertanggung, karena individu mungkin tidak secara terbuka mengakui adanya pernyataan yang keliru. Sebaliknya, penipuan biasanya dilakukan melalui bukti tidak langsung. Ini dapat mencakup ketidak-konsistenan dalam pendapatan yang dilaporkan pemohon, perbedaan antara pekerjaan yang diklaim dan pekerjaan sebenarnya, atau bukti yang menunjukkan pola perilaku yang menunjukkan niat untuk menipu. Ketergantungan pada bukti tidak langsung ini menyoroti kompleksitas yang terlibat dalam investigasi penipuan dalam industri asuransi.

## **KECURANGAN KLAIM**

Kecurangan dalam klaim disabilitas fokus pada dua masalah utama: apakah tertanggung telah memberikan informasi yang salah kepada perusahaan asuransi dan apakah informasi yang salah tersebut penting bagi keputusan perusahaan asuransi terkait klaim. Aspek-aspek ini penting untuk menentukan keabsahan klaim dan kewajiban perusahaan asuransi untuk membayar manfaat.

Informasi yang salah dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama: informasi yang salah tentang medis dan informasi yang salah tentang keuangan, pendapatan, atau pekerjaan. Informasi yang salah tentang medis melibatkan ketidakakuratan yang terkait dengan status kesehatan tertanggung, seperti tidak mengungkapkan kondisi yang sudah ada sebelumnya atau melebih-lebihkan tingkat keparahan disabilitas. Ketidakakuratan ini dapat secara signifikan memengaruhi penilaian perusahaan asuransi atas klaim, karena informasi tersebut bergantung pada informasi medis yang akurat untuk menentukan kelayakan untuk mendapatkan manfaat.

Di sisi lain, informasi yang salah tentang keuangan, pendapatan, atau pekerjaan berkaitan dengan penghasilan yang dilaporkan penggugat, status pekerjaan, dan situasi keuangan secara keseluruhan. Misalnya, seorang penggugat mungkin salah menyatakan pekerjaan atau tingkat pendapatannya untuk memenuhi syarat mendapatkan manfaat yang lebih tinggi daripada yang seharusnya mereka terima. Kesalahan penyajian tersebut

dapat menyebabkan persepsi risiko yang berlebihan dan mengakibatkan klaim yang tidak dapat dibenarkan disetujui.

Pembatasan merujuk pada aktivitas yang tidak dapat dilakukan bertanggung karena kondisi disabilitasnya, sementara pembatasan adalah aktivitas yang harus dihindari untuk mencegah kondisi yang semakin memburuk. Memahami definisi ini sangat penting untuk menilai klaim secara akurat dan menentukan kelayakan untuk mendapatkan manfaat.

Pembesaran atau rekayasa kondisi dan gejala bertanggung, terutama dalam kasus disabilitas adalah subjektif. Ini adalah disabilitas yang tidak memiliki tes medis definitif atau protokol objektif untuk memvalidasi keberadaannya. Kurangnya bukti objektif ini memudahkan bertanggung untuk memanipulasi narasi mereka, yang mengarah pada potensi kecurangan. Manipulasi semacam itu akan mempersulit proses klaim asuransi disabilitas.

Ada juga kasus di mana bertanggung mengandalkan gejala dan riwayat subjektif yang diberikan kepada dokter yang merawat. Dalam situasi ini, keakuratan informasi yang diberikan oleh bertanggung sangat penting, karena dokter sering kali bergantung pada pernyataan ini untuk mendiagnosis dan mengevaluasi disabilitas. Ketergantungan ini menimbulkan tantangan yang signifikan: membedakan apakah dokter tersebut secara tidak sengaja mendukung klaim yang curang atau secara aktif berpartisipasi dalam kecurangan tersebut sebagai rekan konspirator. Ketidakjelasan ini mempersulit penyelidikan kasus kecurangan, karena memerlukan pemeriksaan cermat terhadap peran dan niat dokter.

Selain itu, ada jenis penipuan umum lainnya yang melibatkan misrepresentasi yang terkait dengan pekerjaan, pendapatan, dan situasi keuangan penggugat sebelum dan sesudah disabilitas. Bertanggung dapat membesar-besarkan penghasilan mereka atau salah menyatakan tanggung jawab pekerjaan mereka untuk memenuhi syarat mendapatkan tunjangan yang lebih tinggi daripada yang seharusnya mereka terima. Kekeliruan semacam itu dapat secara signifikan mendistorsi pemahaman perusahaan asuransi tentang situasi sebenarnya dari bertanggung, yang mengarah pada pembayaran yang tidak dapat dibenarkan.

Dengan mengevaluasi pernyataan penggugat dan peran dokter yang merawat, perusahaan asuransi dapat mengidentifikasi kecurangan klaim dengan lebih baik dan menegakkan keadilan proses klaim disabilitas.

### Contoh Kasus

Samantha mengklaim penghasilannya sebelum cacat adalah \$80.000 pada aplikasi asuransi disabilitas pendapatan, tetapi sebenarnya ia hanya memperoleh \$30.000. Ia menaikkan penghasilannya agar memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan bulanan yang lebih tinggi sebesar \$5.000. Setelah mengajukan klaim disabilitasnya, Samantha berhasil memperoleh \$28.000 dari pekerjaan paruh waktu. Jika perusahaan asuransi yakin penghasilannya sebelum cacat memang \$80.000, mereka menghitung rasio kerugian sebesar 60 persen, yang akan memberinya hak atas tunjangan sebesar \$3.000 per bulan. Namun, jika perusahaan asuransi menemukan penghasilannya yang sebenarnya hanya \$30.000, ia tidak akan memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan disabilitas *residual*, dan klaimnya dapat ditolak sama sekali.

Diakui bahwa beberapa orang mungkin membesar-besarkan tingkat keparahan gejala mereka atau terlibat dalam perilaku yang dapat dianggap menipu. Namun, realitas yang lebih luas adalah bahwa mayoritas tertanggung benar-benar cacat dan menghadapi rasa sakit fisik dan tekanan emosional yang signifikan yang menyertai ketidakmampuan mereka untuk bekerja.

Perspektif ini penting untuk memahami konteks klaim disabilitas yang lebih luas. Perspektif ini menekankan bahwa meskipun kewaspadaan terhadap kecurangan diperlukan untuk menjaga integritas sistem asuransi, kewaspadaan tersebut tidak boleh menutupi perjuangan nyata yang dihadapi oleh banyak tertanggung. Dampak emosional karena tidak dapat mencari nafkah dapat sangat besar, dan perlunya empati dan dukungan bagi mereka yang benar-benar mengalami disabilitas.

Perusahaan asuransi harus tetap tekun mengidentifikasi aktivitas kecurangan, tetapi mereka juga harus mengenali dan memvalidasi pengalaman tertanggung yang jujur.

## RINGKASAN

---

Bagian awal bab ini membahas proses administrasi klaim untuk asuransi disabilitas pendapatan, yang mencakup langkah-langkah pengajuan klaim, evaluasi, pengambilan keputusan, dan pengelolaan klaim. Proses ini penting karena klaim disabilitas dapat melibatkan banyak pengajuan dari individu yang sama sepanjang masa kerja mereka. Pengajuan klaim dimulai ketika tertanggung mengalami cedera atau penyakit, dan formulir klaim harus diisi dengan informasi yang relevan. Meskipun ada batasan waktu untuk pengajuan, perusahaan asuransi sering memberikan fleksibilitas, meskipun keterlambatan dapat menyulitkan verifikasi dan menambah risiko bagi perusahaan.

Evaluasi klaim melibatkan analisis catatan medis dan informasi tambahan untuk menentukan keabsahan klaim, termasuk apakah disabilitas terkait dengan kondisi yang sudah ada sebelumnya. Keputusan klaim dapat kompleks dan memerlukan interpretasi yang cermat terhadap ketentuan polis. Dalam beberapa kasus, perusahaan asuransi mungkin memilih untuk menyetujui klaim yang tidak jelas untuk menghindari litigasi. Selain itu, tindakan perusahaan yang tidak beritikad baik saat menolak klaim dapat mengakibatkan ganti rugi punitif.

Terakhir, bab ini membahas masalah kecurangan dalam klaim asuransi disabilitas, menyoroti dampak negatif dari perilaku tidak jujur terhadap perusahaan asuransi dan pemegang polis yang jujur. Kecurangan dapat terjadi baik saat pengajuan aplikasi asuransi maupun saat mengajukan klaim, di mana tertanggung mungkin memberikan informasi yang menyesatkan atau menghilangkan fakta penting. Meskipun sebagian besar klaim adalah sah, kecurangan yang terdeteksi dapat mengakibatkan penolakan klaim, bahkan jika ditemukan setelah periode dua tahun yang dapat diperdebatkan.

Selain itu, bab ini menekankan pentingnya kejujuran dalam proses klaim dan perlunya perusahaan asuransi untuk melakukan investigasi menyeluruh guna membedakan antara klaim yang sah dan tidak. Kecurangan dapat merusak integritas sistem asuransi secara keseluruhan, sehingga perusahaan asuransi harus tetap waspada dalam mendeteksi praktik curang sambil tetap menghargai pengalaman nyata dari tertanggung yang mengalami disabilitas. Hal ini menyarankan perlunya keseimbangan antara pencegahan kecurangan dan pemahaman terhadap tantangan yang dihadapi oleh individu yang benar-benar cacat.

# Bab 6

## Program Pemerintah

Pendahuluan .....	148
Jaminan Sosial .....	148
Makna Jaminan Sosial .....	149
Asal Muasal Jaminan Sosial .....	149
Perbedaan Jaminan Sosial di Setiap Negara .....	149
Standar Minimum Jaminan Sosial .....	150
Implementasi Jaminan Sosial di Indonesia .....	151
Program Pemerintah di Amerika Serikat .....	152
Jaminan Sosial terkait Disabilitas Pendapatan .....	152
Kompensasi Pekerja .....	154
Program Disabilitas Sementara di Negara Bagian .....	155
Medicare dan Medicaid .....	157
Program Pemerintah di Indonesia .....	160
Jaminan Kecelakaan Kerja terkait Disabilitas Pendapatan .....	161
Jaminan Kematian terkait Disabilitas Pendapatan .....	162
Jaminan Pensiun terkait Disabilitas Pendapatan .....	163
Jaminan Kesehatan Nasional terkait Disabilitas Pendapatan .....	165
Ringkasan .....	166

## PENDAHULUAN

---

Disabilitas dapat mengubah hidup seseorang secara drastis, termasuk kemampuan untuk bekerja dan menghasilkan pendapatan. Untuk mengatasi tantangan ini, pemerintah di berbagai negara telah merancang program-program asuransi disabilitas. Bab ini akan mengupas tuntas bagaimana Amerika Serikat dan Indonesia, dengan latar belakang sosial dan ekonomi yang berbeda, memberikan perlindungan finansial kepada warganya yang mengalami disabilitas. Melalui perbandingan antara program Jaminan Sosial di AS dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia, kita akan melihat bagaimana kedua negara ini berupaya menyejahterakan masyarakatnya.

Asuransi disabilitas pendapatan umumnya tersedia melalui tiga sumber utama: program yang disponsori pemerintah, asuransi kelompok yang disponsori perusahaan, dan asuransi pendapatan disabilitas individu. Di Amerika Serikat, program pemerintah mencakup Jaminan Sosial, kompensasi pekerja untuk cedera atau penyakit akibat kerja, serta program pendapatan disabilitas jangka pendek dari beberapa negara bagian, bersama dengan Medicare dan Medicaid.

Di Indonesia, perlindungan disabilitas terutama disediakan melalui Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) yang mencakup disabilitas akibat kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Selain itu, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta yang mengalami disabilitas.

Kedua negara menunjukkan bahwa program pemerintah memainkan peran penting dalam menyediakan perlindungan bagi individu yang mengalami disabilitas, baik melalui dukungan finansial maupun layanan kesehatan, yang pada gilirannya mempengaruhi ketersediaan dan desain produk asuransi disabilitas lainnya.

## JAMINAN SOSIAL

---

Definisi Jaminan Sosial (*Social Security*) di setiap negara berbeda, namun konsep dasarnya sama, yaitu memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat, tetapi implementasinya sangat bervariasi tergantung pada faktor sejarah, budaya, sistem politik, dan kondisi ekonomi masing-masing negara.

## MAKNA JAMINAN SOSIAL

Jaminan Sosial pada dasarnya adalah sebuah sistem yang dirancang untuk memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat terhadap risiko-risiko sosial seperti:

- **Usia tua:** Pensiun
- **Kecacatan:** Kehilangan kemampuan untuk bekerja
- **Kematian:** Santunan bagi ahli waris
- **Pengangguran:** Tunjangan untuk mereka yang kehilangan pekerjaan
- **Kesehatan:** Biaya perawatan kesehatan

Tujuan utama dari Jaminan Sosial adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan mencegah kemiskinan akibat kejadian-kejadian di atas.

## ASAL MUASAL JAMINAN SOSIAL

Konsep Jaminan Sosial telah ada sejak zaman kuno, namun dalam bentuk yang lebih sederhana seperti sistem gotong royong atau bantuan sosial. Namun, Jaminan Sosial modern seperti yang kita kenal saat ini mulai berkembang pada abad ke-19 dan awal abad ke-20 sebagai respons terhadap industrialisasi dan urbanisasi yang pesat.

Beberapa faktor yang mendorong perkembangan Jaminan Sosial:

- **Revolusi Industri:** Meningkatnya jumlah pekerja pabrik dan kondisi kerja yang buruk memunculkan kesadaran akan pentingnya perlindungan sosial.
- **Gerakan Buruh:** Tekanan dari gerakan buruh untuk mendapatkan hak-hak yang lebih baik termasuk perlindungan sosial.
- **Ideologi Sosialisme:** Gagasan tentang keadilan sosial dan tanggung jawab negara terhadap kesejahteraan rakyat.

## PERBEDAAN JAMINAN SOSIAL DI SETIAP NEGARA

Perbedaan dalam sistem Jaminan Sosial antar negara dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk sejarah yang unik terkait industrialisasi, perang, dan krisis ekonomi; sistem politik yang beragam yang memengaruhi pendekatan terhadap Jaminan Sosial; kondisi ekonomi seperti tingkat pembangunan, distribusi pendapatan, dan sumber daya alam; serta nilai-nilai budaya yang berbeda yang membentuk pandangan masyarakat tentang peran negara dalam memberikan perlindungan sosial.

Contoh Perbedaan Jaminan Sosial:

- **Eropa:** Banyak negara Eropa memiliki sistem Jaminan Sosial yang komprehensif, dengan cakupan yang luas dan manfaat yang *generous*. Sistem ini seringkali didanai melalui pajak penghasilan dan kontribusi dari pekerja dan pengusaha.
- **Amerika Serikat:** Jaminan Sosial di AS lebih bersifat individualistik dan didasarkan pada prinsip kontribusi. Manfaat yang diberikan juga lebih terbatas dibandingkan dengan beberapa negara Eropa.
- **Indonesia:** Sistem Jaminan Sosial di Indonesia masih terus berkembang dan terus mengalami perbaikan. Program Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan upaya pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial yang lebih komprehensif dari sebelumnya bagi seluruh masyarakat.

Jaminan Sosial adalah sebuah konsep yang dinamis dan terus berkembang. Meskipun tujuan utamanya sama, namun implementasinya sangat bervariasi di setiap negara. Pemahaman tentang perbedaan-perbedaan ini penting untuk memahami bagaimana sistem Jaminan Sosial bekerja dan bagaimana kita dapat meningkatkannya.

## STANDAR MINIMUM JAMINAN SOSIAL

Organisasi Buruh Internasional (ILO) melalui Konvensi No. 102 tahun 1952 menetapkan standar minimum untuk program jaminan sosial yang harus dipenuhi oleh negara-negara anggotanya. Konvensi ini mencakup **sembilan cabang program jaminan sosial**, yaitu:

1. **Pemeliharaan Medis:** Mencakup layanan kesehatan dasar dan perawatan medis.
2. **Jaminan Sakit:** Memberikan tunjangan finansial selama periode sakit.
3. **Jaminan Pengangguran:** Memberikan tunjangan finansial kepada mereka yang kehilangan pekerjaan.
4. **Jaminan Hari Tua:** Menyediakan pensiun bagi mereka yang telah mencapai usia pensiun.
5. **Jaminan Kecelakaan Kerja:** Memberikan kompensasi bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja.
6. **Jaminan Keluarga:** Memberikan tunjangan untuk keluarga, seperti tunjangan anak.
7. **Jaminan Kehamilan:** Memberikan tunjangan khusus bagi perempuan hamil dan melahirkan.

8. **Jaminan Cacat:** Memberikan tunjangan bagi mereka yang mengalami cacat permanen.
9. **Jaminan Ahli Waris:** Memberikan santunan kepada ahli waris jika peserta meninggal dunia.

Meskipun Konvensi ILO menetapkan standar minimum, implementasinya bervariasi di setiap negara akibat beberapa faktor, termasuk tingkat pembangunan yang lebih tinggi yang cenderung menghasilkan program Jaminan Sosial yang lebih komprehensif, perbedaan sistem politik yang memengaruhi kebijakan Jaminan Sosial, kondisi ekonomi yang menentukan kemampuan suatu negara untuk membiayai program tersebut, serta nilai-nilai budaya yang membentuk pandangan masyarakat tentang peran negara dalam perlindungan sosial.

Konvensi ILO No. 102 telah memberikan kerangka kerja yang penting untuk pengembangan program Jaminan Sosial di seluruh dunia. Namun, implementasi yang efektif masih memerlukan upaya yang berkelanjutan dari pemerintah, pemberi kerja, dan pekerja.

## **IMPLEMENTASI JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA**

Indonesia memiliki Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, yang bertujuan memberikan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat dan menjamin kesejahteraan mereka. SJSN mencakup berbagai program penting, seperti BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta BPJS Ketenagakerjaan yang menawarkan Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kehilangan Pekerjaan. Dengan berbagai program ini, SJSN berkomitmen untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia.

Jika kita bandingkan dengan 9 cabang minimum Jaminan Sosial yang ditetapkan ILO, maka program Jaminan Sosial di Indonesia saat ini telah mencakup beberapa cabang, seperti terlihat pada Tabel 6.1.

Di Indonesia, beberapa cabang Jaminan Sosial masih belum terpenuhi secara khusus, seperti Jaminan Keluarga, di mana meskipun terdapat beberapa program bantuan sosial untuk keluarga, belum ada program terintegrasi dalam sistem Jaminan Sosial. Selain itu, meskipun ada perlindungan bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja, perlindungan untuk individu dengan cacat yang tidak terkait pekerjaan masih belum sepenuhnya komprehensif.

Tabel 6.1 Sembilan Cabang Jaminan Sosial Minimum di Indonesia

Cabang Minimum ILO	Program di Indonesia	Penyelenggara
Pemeliharaan Medis	JKN	BPJS Kesehatan
Jaminan Sakit	Tercakup dalam JKN	BPJS Kesehatan
Jaminan Pengangguran / Kehilangan Pekerjaan	JKP	BPJS Ketenagakerjaan
Jaminan Hari Tua	JHT	BPJS Ketenagakerjaan
Jaminan Kecelakaan Kerja	JKK	BPJS Ketenagakerjaan
Jaminan Kematian / Ahli Waris	JKM	BPJS Ketenagakerjaan
Jaminan Keluarga	Belum ada program khusus	-
Jaminan Kehamilan	Tercakup dalam JKN	BPJS Kesehatan
Jaminan Cacat	Tercakup dalam JKN dan JHT/JP	BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan

## PROGRAM PEMERINTAH DI AMERIKA SERIKAT

### JAMINAN SOSIAL TERKAIT DISABILITAS PENDAPATAN

Undang-undang Jaminan Sosial di Amerika Serikat, yang disahkan pada tahun 1935, menjadi dasar bagi program-program pemerintah yang memberikan perlindungan finansial bagi warganya. Awalnya, undang-undang ini fokus pada empat program utama: pensiun, pengangguran, bantuan untuk kelompok rentan, serta kesejahteraan anak. Seiring berjalannya waktu, program ini terus berkembang, termasuk penambahan asuransi untuk keluarga yang kehilangan pencari nafkah, asuransi disabilitas, dan program kesehatan Medicare. Program pensiun atau lansia, asuransi keluarga, dan disabilitas ini sering disebut sebagai OASDI (*old-age benefit, survivors insurance, and disability insurance*).

OASDI, khususnya program asuransi disabilitas, memberikan bantuan finansial bagi pekerja yang tidak dapat bekerja lagi karena kondisi medis. Meskipun manfaat yang diberikan mungkin tidak mencukupi bagi semua orang, jumlah klaim dan pembayaran manfaat menunjukkan pentingnya program ini. Namun, ada kekhawatiran mengenai tingginya tingkat penolakan klaim karena persyaratan yang ketat. Hal ini menunjukkan adanya tantangan

dalam memastikan bahwa program ini dapat menjangkau semua yang membutuhkan bantuan.

### **Persyaratan**

Program Disabilitas Jaminan Sosial di Amerika Serikat bertujuan memberikan dukungan finansial bagi individu dengan disabilitas parah yang menghalangi mereka dari pekerjaan sebelumnya atau pekerjaan lainnya. Untuk memenuhi syarat, individu harus memiliki kondisi medis yang serius dan berkepanjangan yang dapat dibuktikan, serta tidak mampu bekerja. Terdapat masa tunggu lima bulan setelah pengajuan klaim sebelum manfaat diberikan, dan biasanya individu juga harus memiliki riwayat kerja atau kredit kerja serta membayar iuran Jaminan Sosial selama periode tertentu.

### **Proses Pengajuan Klaim**

Proses pengajuan klaim disabilitas terdiri dari beberapa tahap, dimulai dengan pengajuan awal yang dapat dilakukan secara online atau melalui telepon. Setelah itu, klaim akan ditinjau oleh petugas medis untuk menilai apakah kondisi medis pemohon memenuhi syarat. Pemohon kemudian akan menerima keputusan awal mengenai klaim mereka. Jika klaim ditolak, pemohon memiliki hak untuk mengajukan banding terhadap keputusan tersebut.

### **Manfaat**

Jika klaim disabilitas disetujui, individu yang memenuhi syarat akan menerima manfaat bulanan yang besarnya bervariasi berdasarkan beberapa faktor. Pertama, usia saat individu mengalami disabilitas mempengaruhi jumlah manfaat yang diterima, di mana semakin muda mereka saat menjadi cacat, semakin tinggi manfaat yang mungkin diperoleh. Selain itu, pendapatan rata-rata seumur hidup juga berperan dalam menentukan besaran manfaat. Terakhir, jumlah tanggungan, seperti anak-anak, dapat meningkatkan jumlah manfaat yang diterima oleh yang bersangkutan.

### **Manfaat Tambahan**

Selain manfaat bulanan, individu yang menerima manfaat disabilitas Jaminan Sosial juga dapat berhak atas manfaat tambahan seperti Medicare. Medicare adalah program asuransi kesehatan federal yang memberikan perlindungan medis kepada individu berusia 65 tahun ke atas serta mereka yang memiliki disabilitas tertentu. Manfaat ini mencakup berbagai layanan kesehatan, termasuk rawat inap, perawatan dokter, dan obat-obatan, yang

membantu meringankan beban biaya perawatan kesehatan bagi mereka yang tidak mampu bekerja akibat disabilitas.

Selain Medicare, individu yang memenuhi syarat juga dapat mengakses *Supplemental Security Income (SSI)*, sebuah program bantuan keuangan yang dirancang untuk membantu mereka yang memiliki disabilitas, tunanetra, atau buta dan memiliki sedikit atau tidak ada pendapatan. SSI memberikan dukungan finansial untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, tempat tinggal, dan kebutuhan sehari-hari lainnya. Dengan adanya kedua program ini, individu yang mengalami disabilitas mendapatkan dukungan yang lebih komprehensif, membantu mereka untuk hidup dengan lebih baik meskipun dalam keterbatasan.

### **KOMPENSASI PEKERJA**

Undang-undang kompensasi pekerja (*workers' compensation act*) muncul sebagai respons terhadap kekurangan dalam sistem hukum perdata yang tidak memadai dalam menangani kerugian finansial akibat cedera atau sakit yang dialami karyawan saat bekerja. Sebelumnya, satu-satunya cara bagi karyawan yang terluka untuk mendapatkan kompensasi adalah dengan mengajukan tuntutan hukum terhadap majikan, yang sering kali sulit karena mereka harus membuktikan kelalaian majikan. Majikan memiliki beberapa pembelaan yang dapat digunakan, seperti kelalaian kontributor, doktrin sesama pelayan, dan asumsi risiko, yang membuat karyawan hampir tidak mungkin mendapatkan kompensasi yang adil. Misalnya, perusahaan pertambangan dapat mengklaim bahwa mereka tidak bertanggung jawab atas penyakit yang diderita karyawan karena risiko tersebut sudah diketahui oleh karyawan.

Dengan adanya undang-undang kompensasi pekerja, kerugian finansial akibat cedera atau penyakit yang terkait dengan pekerjaan dialihkan dari karyawan ke pemberi kerja, sehingga memberi perlindungan bagi karyawan yang tidak memiliki sumber daya keuangan untuk memenuhi kebutuhan mereka. Meskipun sebagian besar pekerjaan dilindungi oleh undang-undang ini, beberapa negara bagian mengecualikan karyawan di sektor pertanian, domestik, dan pekerja lepas. Pemberi kerja diberi pilihan untuk mengasuransikan diri sendiri atau membeli asuransi kompensasi pekerja, dan jika memilih untuk mengasuransikan diri sendiri, mereka diharuskan untuk menjamin manfaat yang dijanjikan dengan jaminan pelaksanaan, memastikan karyawan tetap mendapatkan perlindungan yang mereka butuhkan.

Program kompensasi pekerja (*workers' compensation*) di Amerika Serikat adalah sebuah sistem asuransi yang dirancang untuk memberikan perlindungan finansial kepada pekerja

yang mengalami cedera atau sakit akibat pekerjaan mereka. Sistem ini umumnya dikelola oleh masing-masing negara bagian, sehingga persyaratan dan manfaatnya bisa sedikit berbeda-beda. Namun, secara umum, ada beberapa persyaratan dan manfaat yang sama di seluruh negara bagian.

### **Persyaratan Umum**

Untuk memenuhi syarat mendapatkan kompensasi pekerja di Amerika Serikat, seorang pekerja harus mengalami cedera atau sakit akibat tugas pekerjaan, melaporkan kejadian tersebut kepada perusahaan atau pemberi kerja secepat mungkin, mengikuti perawatan medis yang direkomendasikan, dan mengajukan klaim dalam jangka waktu tertentu.

### **Manfaat Umum**

Manfaat dalam program kompensasi pekerja bervariasi tergantung pada tingkat keparahan cedera dan kebijakan negara bagian, tetapi umumnya mencakup biaya medis untuk perawatan yang diperlukan, penggantian sebagian upah yang hilang selama masa ketidakmampuan bekerja, pembayaran tunjangan untuk cacat permanen jika ada, serta program rehabilitasi vokasional untuk membantu pekerja kembali ke dunia kerja atau menemukan pekerjaan baru yang sesuai dengan kemampuan mereka.

### **Perbedaan antar Negara Bagian**

Meskipun terdapat persyaratan dan manfaat umum, setiap negara bagian di Amerika Serikat memiliki undang-undang kompensasi pekerja yang berbeda-beda, termasuk variasi dalam tingkat manfaat yang dibayarkan, prosedur pengajuan klaim, batasan waktu untuk mengajukan klaim, serta cakupan jenis cedera yang mungkin memiliki batasan atau pengecualian tertentu.

## **PROGRAM DISABILITAS SEMENTARA DI NEGARA BAGIAN**

Di Amerika Serikat, meskipun semua negara bagian menyediakan asuransi pengangguran bagi karyawan yang diberhentikan atau mengalami PHK, beberapa negara bagian telah memperkenalkan undang-undang disabilitas sementara yang memberikan tunjangan kepada individu, baik yang bekerja maupun tidak. Tunjangan disabilitas sementara ini berbeda dari kompensasi pekerja karena tidak terbatas pada cedera atau penyakit yang terkait dengan pekerjaan; sebaliknya, tunjangan ini mencakup kondisi yang dapat terjadi di luar konteks pekerjaan, sehingga memberikan perlindungan lebih luas bagi individu yang mengalami disabilitas.

Program Disabilitas Sementara, meskipun tidak memiliki nama seragam<sup>1</sup> di seluruh negara bagian AS, merujuk pada tunjangan yang diberikan kepada pekerja yang mengalami cedera atau sakit sementara akibat pekerjaan. Meskipun sering dianggap sebagai bagian dari sistem kompensasi pekerja yang lebih luas, program ini berbeda karena lebih fokus pada periode ketika pekerja tidak dapat bekerja sementara, dengan harapan mereka akan sembuh sepenuhnya. Tujuan utama program ini adalah memberikan dukungan finansial sementara selama masa pemulihan, sehingga pekerja dapat fokus pada penyembuhan tanpa khawatir kehilangan pendapatan.

### **Persyaratan Umum**

Untuk memenuhi syarat mendapatkan manfaat disabilitas sementara, seorang pekerja umumnya harus mengalami cedera atau sakit yang terjadi dalam lingkup pekerjaan atau terkait dengan tugasnya, melaporkan kejadian tersebut kepada atasan atau departemen yang berwenang sesegera mungkin, mengikuti perawatan medis yang dianjurkan oleh dokter atau pihak yang ditunjuk, serta mengajukan klaim secara resmi kepada perusahaan atau lembaga terkait.

### **Manfaat Umum**

Manfaat dalam program disabilitas sementara umumnya mencakup penggantian sebagian upah, di mana pekerja menerima persentase tertentu dari upah mereka selama periode ketidakmampuan bekerja, serta biaya medis yang terkait dengan cedera atau penyakit akibat kerja, termasuk biaya perawatan rumah sakit, obat-obatan, dan terapi fisik. Tujuan utama dari manfaat penggantian upah ini adalah untuk mengganti sebagian besar penghasilan yang hilang akibat ketidakmampuan bekerja, dengan persentase yang biasanya berkisar antara 60-70% dari upah rata-rata mingguan.

### **Perbedaan antar Negara Bagian**

Meskipun terdapat persyaratan dan manfaat umum, setiap negara bagian di Amerika Serikat memiliki peraturan dan ketentuan yang berbeda terkait program disabilitas sementara, yang mencakup variasi dalam nama program, persyaratan untuk mengajukan klaim dan

---

<sup>1</sup> Contoh nama program ini di beberapa negara bagian adalah antara lain misalnya California: Temporary Disability Insurance (TDI), New York: Workers' Compensation Lost Wage Benefit, dan Florida: Temporary Partial Disability Benefits.

persyaratan medis, tingkat manfaat yang dibayarkan sebagai pengganti upah, durasi manfaat yang dapat diterima, serta prosedur pengajuan klaim dan persyaratan dokumentasi.

## **MEDICARE DAN MEDICAID**

Medicare dan Medicaid disahkan pada tahun 1965 sebagai amandemen terhadap Undang-Undang Jaminan Sosial, di mana Medicare sepenuhnya disediakan oleh pemerintah federal, sedangkan Medicaid merupakan kolaborasi antara pemerintah negara bagian dan federal. Meskipun kedua program tidak memberikan pendapatan bagi individu yang mengalami kecacatan, keduanya menawarkan manfaat kesehatan bagi mereka yang memenuhi syarat, terutama bagi individu yang telah menjadi cacat dan menerima manfaat Jaminan Sosial selama 24 bulan. Dengan demikian, akses ke Medicare atau Medicaid dapat membantu mengurangi biaya perawatan kesehatan yang harus ditanggung sendiri oleh individu yang cacat setelah mengalami disabilitas.

### **Medicare**

Medicare secara tradisional terdiri dari dua bagian<sup>2</sup>: Bagian A (Asuransi Rumah Sakit) yang diberikan secara otomatis dan tanpa premi kepada individu berusia 65 tahun atau lebih yang memenuhi syarat untuk manfaat Jaminan Sosial, serta Bagian B (Asuransi Medis Tambahan) yang dapat didaftarkan secara sukarela dengan membayar premi bulanan. Manfaat Medicare mencakup biaya rawat inap jangka pendek dan layanan dokter rawat jalan, namun tidak sepenuhnya menanggung biaya medis untuk disabilitas jangka panjang. Meskipun ada anggapan bahwa Medicare mencakup perawatan untuk disabilitas, program ini sebenarnya hanya dirancang untuk menanggung biaya perawatan dan pemulihan jangka pendek, bukan biaya perawatan kustodian yang diperlukan untuk disabilitas jangka panjang.

Manfaat disabilitas pada Medicare memiliki batasan signifikan, terutama dalam hal perawatan di panti asuhan keperawatan. Medicare hanya menanggung biaya perawatan di panti asuhan jika dilakukan dalam 30 hari setelah rawat inap setidaknya tiga hari, dan hanya jika perawatan tersebut dilakukan di fasilitas bersertifikat Medicare. Manfaat ini terbatas

---

<sup>2</sup> Selain Part A dan B, Medicare juga memiliki Part C (Medicare Advantage) dan Part D. Part C merupakan alternatif dari Original Medicare yang dikelola oleh perusahaan swasta yang disetujui, mencakup semua manfaat Part A dan B, sering kali termasuk cakupan obat resep (Part D) serta layanan tambahan seperti kesehatan gigi, mata, dan pendengaran, dengan premi dan biaya bersama yang biasanya lebih rendah. Sementara itu, Part D menyediakan cakupan untuk biaya obat resep, di mana peserta Medicare harus mendaftar pada rencana obat resep terpisah untuk mendapatkan manfaat tersebut.

hingga 100 hari, dengan biaya bersama yang berlaku setelah hari ke-20. Selain itu, perawatan yang diberikan harus disertifikasi sebagai kebutuhan medis; individu yang hanya memerlukan perawatan kustodian tidak memenuhi syarat. Hal ini menyebabkan banyak orang yang memerlukan perawatan di panti asuhan tidak dapat mengakses manfaat Medicare jika mereka tidak dirawat di rumah sakit terlebih dahulu.

Di sisi lain, pembayaran Medicare untuk perawatan kesehatan di rumah juga sangat terbatas. Hanya perawatan terampil atau rehabilitatif paruh waktu yang ditanggung, dan tidak termasuk makanan, obat-obatan, atau perlengkapan lainnya. Medicare Bagian A hanya membayar untuk 100 kunjungan pertama setelah dirawat di rumah sakit, dan perawatan yang tidak terkait dengan perawatan di rumah sakit dialihkan ke Bagian B, yang memiliki persyaratan ketat. Untuk mendapatkan cakupan, dokter harus menyatakan bahwa pasien memerlukan perawatan medis di rumah dan tidak bisa keluar rumah. Dengan batasan ini, individu yang menderita cacat jangka panjang sering kali harus mencari sumber daya lain untuk menutupi biaya perawatan mereka.

**Tabel 6.2 Tabel perbandingan cakupan Medicare Part A dan Part B**

Cakupan	Medicare Part A (Asuransi Rumah Sakit)	Medicare Part B (Asuransi Medis)
Rawat Inap	Ya, termasuk kamar, makan, dan layanan perawat.	Tidak, kecuali terkait dengan layanan rawat jalan Part B.
Perawatan Jangka Panjang	Ya, jika memenuhi syarat medis tertentu.	Tidak.
Kunjungan Dokter	Tidak.	Ya, termasuk kunjungan ke dokter umum dan spesialis.
Layanan Rawat Jalan	Tidak.	Ya, seperti tes laboratorium, sinar-X, terapi fisik.
Peralatan Medis Tahan Lama	Sebagian, jika terkait dengan rawat inap.	Sebagian, jika digunakan di rumah.
Obat-obatan	Tidak, kecuali diberikan selama rawat inap.	Tidak, kecuali sebagai bagian dari layanan rawat jalan tertentu.
Kesehatan Mental	Sebagian, jika terkait dengan rawat inap.	Ya, seperti terapi dan kunjungan ke psikiater.

Cakupan Medicare dapat berubah seiring waktu, dan baik Part A maupun Part B biasanya memiliki biaya bersama yang harus dibayar oleh peserta. Jika seseorang memilih Medicare Advantage (Part C), cakupan yang diperoleh mungkin berbeda dari cakupan standar yang ditawarkan oleh Part A dan B.

### **Medicaid**

Menentukan kelayakan untuk Medicaid bisa rumit karena ada berbagai kategori penerima manfaat yang memenuhi syarat, dan persyaratan kelayakan berbeda di setiap negara bagian, yang dapat berubah seiring waktu. Umumnya, seseorang harus sangat miskin atau menghabiskan pendapatan dan aset untuk perawatan medis hingga mencapai kemiskinan. Meskipun Medicaid menawarkan manfaat yang luas, terdapat batasan penting, terutama bahwa Medicaid hanya membayar perawatan di panti asuhan keperawatan yang bersertifikat, dan cakupan untuk perawatan di rumah sangat terbatas. Sebagian besar pengeluaran Medicaid untuk perawatan jangka panjang dialokasikan untuk panti asuhan keperawatan.

Implikasi bagi individu yang berencana untuk membiayai kebutuhan perawatan jangka panjang mereka adalah bahwa, meskipun Medicaid membayar perawatan jangka panjang terkait disabilitas, sebagian besar manfaat diarahkan ke panti asuhan keperawatan, dengan sedikit dukungan untuk perawatan di rumah atau di komunitas. Bagi individu yang sudah miskin, Medicaid sering menjadi satu-satunya solusi, tetapi bagi mereka yang berpenghasilan menengah, mereka harus menghabiskan tabungan mereka sebelum memenuhi syarat. Hal ini dapat membawa konsekuensi emosional dan finansial yang serius, termasuk kehilangan harga diri karena keterbatasan dalam perawatan pribadi. Selain itu, rendahnya kompensasi bagi penyedia layanan Medicaid dapat membatasi pilihan perawatan dan menurunkan kualitas layanan yang tersedia bagi penerima Medicaid.

Layanan disabilitas pada Medicaid terbatas karena program ini hanya menanggung biaya perawatan medis dan tidak mencakup biaya lain yang terkait dengan hilangnya pendapatan akibat disabilitas, seperti kehilangan penghasilan pencari nafkah secara terus-menerus. Selain itu, banyak disabilitas yang menyebabkan hilangnya penghasilan serta rasa sakit dan penderitaan tidak memerlukan perawatan atau bantuan medis berkelanjutan, contohnya adalah dokter gigi yang mengalami sakit punggung kronis atau dokter bedah dengan cedera tangan.

## PROGRAM PEMERINTAH DI INDONESIA

---

Program Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memang memiliki beberapa program yang dapat memberikan perlindungan terhadap risiko disabilitas pendapatan. Program-program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan.

Program yang paling relevan dengan perlindungan disabilitas pendapatan dalam SJSN adalah Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kematian (JKM). JKK memberikan perlindungan kepada pekerja yang mengalami kecelakaan kerja yang mengakibatkan cacat tetap atau sementara, dengan manfaat santunan cacat yang besarnya tergantung pada tingkat kecacatan. Sementara itu, JKM memberikan santunan kematian kepada ahli waris pekerja yang meninggal akibat kecelakaan kerja atau penyakit terkait pekerjaan. Meskipun JKK dan JKM lebih sering dikaitkan dengan risiko kematian, keduanya juga melindungi terhadap risiko disabilitas pendapatan, di mana pekerja yang mengalami cacat tetap dapat menerima santunan untuk mengganti sebagian atau seluruh pendapatan yang hilang akibat disabilitas.

Setiap program dalam SJSN, termasuk Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kematian (JKM), memiliki persyaratan dan prosedur klaim yang berbeda, dan besarnya santunan yang diterima bergantung pada berbagai faktor seperti jenis pekerjaan, upah, dan tingkat kecacatan. Selain JKK dan JKM, terdapat program lain dalam SJSN yang mungkin memberikan manfaat tambahan bagi pekerja yang mengalami disabilitas, seperti program pensiun (JP).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan perlindungan bagi peserta yang mengalami disabilitas akibat sakit dengan akses yang lebih luas terhadap layanan kesehatan, meskipun tidak berupa perlindungan finansial langsung seperti santunan cacat tetap. Peserta JKN yang mengalami disabilitas memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif, termasuk pemeriksaan rutin, pengobatan, rehabilitasi medis, dan alat bantu kesehatan yang diperlukan, tanpa diskriminasi. JKN juga memungkinkan rujukan ke dokter spesialis dan mencakup biaya obat-obatan serta alat bantu kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup peserta. Akses yang baik ke layanan kesehatan penting untuk meningkatkan kualitas hidup, mencegah komplikasi, dan memulihkan fungsi tubuh penyandang disabilitas. Namun, perlu diingat bahwa setiap jenis pelayanan memiliki persyaratan dan prosedur yang berbeda, cakupan layanan dapat bervariasi, dan informasi tentang JKN terus diperbarui, sehingga penting untuk selalu memeriksa informasi terbaru dari BPJS Kesehatan.

Memahami program jaminan sosial yang dikelola BPJS Ketenagakerjaan, terutama yang memberikan perlindungan disabilitas pendapatan, sangat penting bagi pekerja untuk merencanakan masa depan dan melindungi diri serta keluarga dari risiko finansial karena ketidakmampuan bekerja. Meskipun JKN tidak memberikan santunan finansial langsung bagi peserta disabilitas, program ini menyediakan akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang disabilitas dan membantu mereka hidup mandiri.

### **JAMINAN KECELAKAAN KERJA TERKAIT DISABILITAS PENDAPATAN**

Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) adalah program dalam sistem jaminan sosial nasional yang melindungi pekerja dari risiko kecelakaan kerja. Jika seorang pekerja mengalami kecelakaan yang mengakibatkan cacat tetap, mereka berhak atas santunan cacat tetap sebagai kompensasi atas hilangnya sebagian atau seluruh kemampuan bekerja, yang berfungsi sebagai perlindungan terhadap disabilitas pendapatan. Kecelakaan kerja mencakup tidak hanya kejadian di tempat kerja, tetapi juga perjalanan menuju dan dari tempat kerja, kecelakaan saat menjalankan tugas perusahaan di luar jam kerja, serta penyakit akibat kerja.

#### **Persyaratan**

Untuk memperoleh manfaat Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), pekerja harus memenuhi beberapa persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Ketenagakerjaan, yang bertujuan memastikan bahwa peserta yang mengajukan klaim berhak menerima manfaat tersebut. Persyaratan umum meliputi terdaftar sebagai peserta aktif yang membayar iuran secara rutin, mengalami kecelakaan kerja yang diakibatkan oleh pekerjaan atau dalam perjalanan menuju dan dari tempat kerja, segera melaporkan kecelakaan kepada perusahaan dan BPJS Ketenagakerjaan, serta menjalani pemeriksaan medis untuk menentukan tingkat kecacatan yang dialami.

#### **Manfaat**

Besaran santunan cacat tetap yang diberikan kepada pekerja bervariasi tergantung pada tingkat kecacatan yang dinilai oleh dokter ahli, di mana semakin tinggi tingkat kecacatan, semakin besar santunan yang diterima. Cacat dibagi menjadi dua jenis: cacat tetap sebagian, yang tidak mengakibatkan hilangnya seluruh kemampuan bekerja, dan cacat tetap total, yang menyebabkan hilangnya seluruh kemampuan bekerja.

### **Manfaat Lain**

Selain santunan cacat tetap, Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) juga memberikan manfaat lain, yaitu biaya pengobatan yang ditanggung sepenuhnya oleh BPJS Ketenagakerjaan untuk semua pengobatan terkait kecelakaan kerja, uang perawatan bagi pekerja yang harus menjalani rawat inap, serta bantuan transportasi untuk biaya perjalanan ke fasilitas kesehatan jika diperlukan.

Manfaat Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) secara umum dibagi menjadi dua jenis: pertama, manfaat langsung kepada peserta, yang mencakup santunan cacat tetap, santunan kematian, dan biaya pengobatan yang tidak ditanggung pihak lain, seperti ketika perusahaan tidak memiliki asuransi kesehatan; kedua, manfaat untuk pemberi kerja, yang terkait dengan biaya pengobatan yang telah dikeluarkan perusahaan dan dapat diajukan untuk *reimbursement* ke BPJS Ketenagakerjaan. Santunan cacat tetap adalah hak peserta yang mengalami cacat akibat kecelakaan kerja, dihitung berdasarkan tingkat kecacatan dan dibayarkan langsung kepada mereka. Sementara itu, biaya pengobatan, termasuk biaya rumah sakit, obat-obatan, dan rehabilitasi, akan diganti oleh BPJS Ketenagakerjaan untuk meringankan beban perusahaan dan memastikan pekerja mendapatkan perawatan yang optimal.

### **Pengajuan Klaim**

Jika mengalami kecelakaan kerja, pekerja atau keluarganya biasanya petugas perusahaan dapat mengajukan klaim Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) ke BPJS Ketenagakerjaan dengan mengikuti beberapa langkah. Proses ini dimulai dengan melaporkan kejadian kecelakaan kepada perusahaan dan BPJS Ketenagakerjaan sesegera mungkin, diikuti dengan pemeriksaan medis untuk menentukan tingkat kecacatan yang dialami. Selanjutnya, pekerja perlu mengumpulkan dokumen-dokumen yang diperlukan, seperti kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan, laporan kecelakaan, dan hasil pemeriksaan medis.

## **JAMINAN KEMATIAN TERKAIT DISABILITAS PENDAPATAN**

JKM (Jaminan Kematian) secara tidak langsung dapat terkait dengan manfaat disabilitas pendapatan. Meskipun JKM secara langsung memberikan santunan kepada ahli waris jika peserta meninggal dunia, namun ada beberapa hal yang diperhatikan.

### **Persyaratan**

Untuk mendapatkan manfaat Jaminan Kematian (JKM), peserta harus memenuhi beberapa persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Ketenagakerjaan. Pertama, pekerja harus terdaftar

sebagai peserta aktif dalam program JKM dan membayar iuran secara rutin. Selain itu, kematian yang dialami peserta harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku, seperti akibat kecelakaan kerja atau penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan. Setiap klaim akan dinilai secara individual untuk memastikan bahwa semua persyaratan terpenuhi.

### **Manfaat**

Manfaat JKM mencakup santunan yang diberikan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia. Santunan ini dirancang untuk membantu keluarga yang ditinggalkan menghadapi kesulitan finansial akibat kehilangan anggota keluarga yang menjadi pencari nafkah. Selain itu, JKM juga memberikan perlindungan tambahan dalam situasi di mana pekerja mengalami cacat total dan permanen yang dapat berpotensi mengancam nyawa, sehingga ahli waris dapat mengajukan klaim jika pekerja tersebut kemudian meninggal dunia akibat komplikasi dari kondisi tersebut.

### **Pengajuan Klaim**

Untuk mengajukan klaim JKM, ahli waris harus mengikuti beberapa langkah. Pertama, mereka perlu melaporkan kematian peserta kepada BPJS Ketenagakerjaan dan perusahaan tempat peserta bekerja. Selanjutnya, ahli waris harus mengumpulkan dokumen-dokumen yang diperlukan, seperti akta kematian, kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan, dan dokumen pendukung lainnya.

Dalam program Jaminan Kematian (JKM) yang dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan, tidak ada ketentuan khusus untuk percepatan pembayaran santunan bagi peserta dalam kondisi kritis, karena program ini dirancang untuk memberikan santunan kepada ahli waris setelah peserta meninggal dunia. Alasan utama ketiadaan ketentuan tersebut meliputi definisi kematian yang tegas, tujuan program yang berfokus pada perlindungan finansial setelah kematian, dan prosedur klaim yang melibatkan verifikasi kematian serta pengajuan dokumen lengkap, yang jika dipercepat dapat menimbulkan penyalahgunaan.

## **JAMINAN PENSIUN TERKAIT DISABILITAS PENDAPATAN**

Jaminan Pensiun (JP) dirancang untuk memberikan perlindungan finansial kepada peserta saat memasuki usia pensiun atau ketika kemampuan bekerja berkurang akibat usia. Program ini lebih fokus pada penurunan kapasitas kerja yang terkait dengan usia, bukan karena sakit atau cedera. Jika seseorang mengalami disabilitas sebelum usia pensiun akibat sakit atau

cedera, mereka mungkin perlu mengajukan klaim ke program jaminan sosial lainnya yang relevan, seperti JKK.

Secara umum, pencairan Jaminan Pensiun mengikuti aturan yang telah ditetapkan, termasuk mengenai usia pensiun dan masa iuran. Program ini dirancang untuk memberikan kepastian finansial jangka panjang, sehingga tidak semudah itu untuk mempercepat pencairannya.

### **Persyaratan**

Persyaratan umum untuk penerimaan manfaat Jaminan Pensiun (JP) dalam SJSN meliputi: peserta harus mencapai usia pensiun yang ditetapkan, memenuhi masa iuran tertentu dengan membayar iuran Jaminan Pensiun secara rutin, dan memiliki status kepesertaan yang aktif saat mengajukan klaim.

### **Manfaat**

Manfaat Jaminan Pensiun (JP) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dibayarkan secara berkala seperti anuitas, memberikan jaminan finansial yang stabil bagi peserta selama masa pensiun. Namun, jika peserta mencapai usia pensiun tetapi belum memenuhi persyaratan masa iuran, mereka dapat berhak atas pembayaran sekaligus dari akumulasi iuran yang telah dibayarkan beserta hasil pengembangannya, meskipun tidak akan mendapatkan manfaat pensiun bulanan. Dalam kasus di mana masa iuran yang dipenuhi sangat singkat, bisa jadi tidak ada manfaat pensiun yang diberikan, karena jumlah akumulasi iuran tidak mencukupi untuk dikonversi menjadi manfaat pensiun bulanan.

### **Pengajuan Klaim**

Proses pengajuan klaim manfaat Jaminan Pensiun (JP) dalam SJSN melibatkan beberapa langkah: peserta pertama-tama memberitahukan rencana pensiun kepada pemberi kerja atau BPJS Ketenagakerjaan, kemudian mengumpulkan semua dokumen yang diperlukan. Setelah itu, peserta mengajukan klaim ke BPJS Ketenagakerjaan, di mana BPJS akan melakukan verifikasi terhadap dokumen yang diajukan. Jika klaim disetujui, BPJS Ketenagakerjaan akan mencairkan manfaat pensiun secara berkala.

### **Pensiun Dini**

Dalam beberapa kasus, peserta yang mengalami cacat total dan tetap mungkin dapat mengajukan pensiun dini. Jika hal ini terjadi, maka peserta akan mulai menerima manfaat pensiun lebih awal. Ini berarti, secara tidak langsung, JP-SJSN juga memberikan manfaat bagi peserta yang mengalami disabilitas berat.

Jadi, meskipun JP-SJSN tidak dirancang khusus untuk memberikan manfaat kepada peserta yang mengalami disabilitas, namun program ini dapat memberikan perlindungan finansial tambahan dalam situasi tertentu, terutama jika disabilitas tersebut mengakibatkan peserta tidak lagi mampu bekerja hingga usia pensiun.

## **JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TERKAIT DISABILITAS PENDAPATAN**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat memberikan perlindungan bagi peserta yang mengalami disabilitas akibat sakit. Meskipun manfaatnya tidak secara langsung berbentuk perlindungan finansial seperti santunan cacat tetap, JKN memberikan akses yang lebih luas terhadap layanan kesehatan.

### **Perlindungan Peserta Disabilitas**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan perlindungan kepada peserta disabilitas dengan memastikan akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, termasuk pemeriksaan rutin, pengobatan, rehabilitasi medis, dan penyediaan alat bantu kesehatan yang diperlukan. JKN melarang segala bentuk diskriminasi, sehingga semua peserta, terlepas dari kondisi fisik atau mental mereka, berhak mendapatkan pelayanan yang sama. Jika diperlukan, peserta dapat dirujuk ke dokter spesialis untuk penanganan yang lebih spesifik sesuai dengan jenis disabilitas yang dialami.

Selain itu, JKN juga mencakup biaya obat-obatan yang diperlukan untuk mengobati kondisi medis terkait disabilitas. Dalam beberapa kasus, program ini dapat menanggung biaya alat bantu kesehatan seperti kursi roda, tongkat, atau alat bantu dengar, yang berfungsi untuk meningkatkan kualitas hidup peserta. Dengan demikian, JKN berkomitmen untuk memberikan dukungan menyeluruh kepada peserta disabilitas agar mereka dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan.

### **Akses Pelayanan Kesehatan**

Akses pelayanan kesehatan yang baik sangat penting bagi penyandang disabilitas karena dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dan mendorong partisipasi aktif dalam masyarakat. Selain itu, pengobatan yang tepat dan teratur membantu mencegah komplikasi yang mungkin timbul akibat disabilitas serta memperlambat perkembangan penyakit. Rehabilitasi medis juga berperan penting dalam membantu penyandang disabilitas memulihkan fungsi tubuh yang hilang atau terganggu, sehingga mendukung pemulihan secara keseluruhan.

Meskipun JKN tidak memberikan santunan finansial langsung bagi peserta yang mengalami disabilitas, program ini memberikan akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian, JKN berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang disabilitas dan membantu mereka untuk hidup mandiri.

## RINGKASAN

---

Jaminan Sosial menjelaskan bahwa sistem ini bertujuan memberikan perlindungan finansial terhadap risiko sosial seperti usia tua, kecacatan, kematian, pengangguran, dan kesehatan. Jaminan Sosial modern berkembang sejak abad ke-19 sebagai respons terhadap industrialisasi dan memerlukan perlindungan sosial yang lebih baik. Setiap negara memiliki sistem yang berbeda-beda, dipengaruhi oleh sejarah, budaya, dan kondisi ekonomi. Di Indonesia, Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mencakup berbagai program melalui BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, meskipun beberapa cabang Jaminan Sosial minimum dalam Konvensi ILO No. 102 seperti Jaminan Keluarga belum terpenuhi secara komprehensif.

Bab ini membahas berbagai program Jaminan Sosial di Amerika Serikat, terutama yang berkaitan dengan disabilitas dan kompensasi pekerja. Program Jaminan Sosial, yang dimulai pada tahun 1935, mencakup OASDI (asuransi untuk pensiun, ahli waris, dan disabilitas) yang memberikan bantuan finansial bagi individu dengan disabilitas parah. Proses pengajuan klaim melibatkan penilaian kondisi medis dan memenuhi persyaratan tertentu. Selain manfaat bulanan, penerima juga dapat mengakses Medicare dan *Supplemental Security Income (SSI)* untuk dukungan tambahan. Selain itu, undang-undang kompensasi pekerja memberikan perlindungan finansial bagi pekerja yang mengalami cedera atau sakit akibat pekerjaan, dengan variasi persyaratan dan manfaat di setiap negara bagian. Program disabilitas sementara juga tersedia di beberapa negara bagian, menawarkan tunjangan bagi individu yang tidak dapat bekerja karena kondisi kesehatan.

Bab ini menjelaskan Program Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. Program utama yang berkaitan dengan disabilitas pendapatan adalah Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kematian (JKM). JKK memberikan perlindungan bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja dengan santunan cacat yang bervariasi tergantung pada tingkat kecacatan, sedangkan JKM memberikan santunan kepada ahli waris pekerja yang meninggal akibat kecelakaan kerja. Selain itu, terdapat program Jaminan Pensiun (JP) yang memberikan perlindungan finansial

saat pensiun atau ketika kemampuan kerja berkurang akibat usia, meskipun tidak dirancang khusus untuk disabilitas.

Di sisi lain, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberikan perlindungan bagi peserta yang mengalami disabilitas akibat sakit dengan akses luas terhadap layanan kesehatan, termasuk pemeriksaan, pengobatan, rehabilitasi, dan alat bantu kesehatan. JKN memastikan bahwa semua peserta, tanpa diskriminasi, memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang sama, serta mencakup biaya obat-obatan yang diperlukan. Meskipun JKN tidak memberikan santunan finansial langsung, program ini berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang disabilitas dan membantu mereka hidup mandiri melalui akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan.

Halaman ini sengaja dikosongkan

# Bab 7

## Jaminan Kecelakaan Kerja

Pendahuluan .....	170
Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja .....	171
Pengertian Kecelakaan Kerja .....	171
Biaya Kecelakaan Kerja .....	172
Sebab Kecelakaan Kerja.....	173
Klasifikasi Kecelakaan Kerja .....	175
Penyakit Jabatan (Penyakit Akibat Kerja).....	176
Sebab Penyakit Jabatan .....	178
Kompensasi (Jaminan).....	179
Pencegahan.....	180
Perhitungan Tingkat Kecelakaan.....	182
Statistik .....	184
Rehabilitasi.....	189
JKK, SJSN dan Asuransi Disabilitas Pendapatan .....	191
SJSN .....	191
JKK dalam SJSN .....	192
Penyelenggara Program JKK .....	192
Koordinasi Manfaat .....	193
JKK dan Asuransi Disabilitas Lainnya .....	196
Mekanisme Penyelenggaraan Program JKK .....	198
Pelayanan Kesehatan .....	198
Santunan Tunai .....	199
Program Kembali Bekerja .....	202
Kegiatan Promotif dan Preventif.....	203
Tata Cara Klaim .....	204

Perbedaan Pendapat .....	206
Sengketa.....	208
Ringkasan .....	209

## PENDAHULUAN

---

Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) merupakan program perlindungan yang diselenggarakan dalam kerangka Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia. Program ini memberikan jaminan berupa pelayanan kesehatan, santunan tunai, dan program rehabilitasi kepada pekerja yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja. Tujuan utama JKK adalah untuk melindungi pekerja dan keluarganya dari risiko finansial akibat kejadian tersebut, serta memfasilitasi pemulihan dan pengembalian mereka ke dunia kerja.

Undang-Undang Nomor 33 Tahun 1947 jo Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1951 tentang kecelakaan kerja merupakan landasan hukum awal bagi perlindungan pekerja di Indonesia yang mengalami kecelakaan kerja. Undang-undang ini mewajibkan perusahaan untuk memberikan ganti rugi kepada pekerja yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja. Ketentuan ini menjadi dasar bagi pengembangan sistem jaminan sosial ketenagakerjaan di Indonesia, meski cakupan dan manfaatnya masih terbatas dibandingkan dengan sistem yang berlaku saat ini.

Sebelum adanya sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), perlindungan bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja di Indonesia masih bersifat parsial dan tidak menyeluruh. Beberapa perusahaan besar mungkin memiliki program perlindungan khusus bagi karyawannya, namun tidak ada regulasi yang komprehensif di tingkat nasional.

Puncak dari perkembangan ini adalah disahkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang ini menjadi tonggak sejarah baru dalam perlindungan sosial di Indonesia, karena mengintegrasikan berbagai program jaminan sosial, termasuk JKK, ke dalam satu sistem yang lebih komprehensif.

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan pembaca mampu memberikan penjelasan menyeluruh mengenai Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dalam konteks Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pemahaman yang mendalam diharapkan mencakup hak dan kewajiban baik bagi pemberi kerja maupun pekerja terkait program JKK. Selain itu, pembaca juga diharapkan dapat memahami posisi JKK dalam skema perlindungan disabilitas pendapatan serta bagaimana program JKK saling melengkapi dengan program lainnya.

## **KECELAKAAN KERJA DAN PENYAKIT AKIBAT KERJA<sup>1 2</sup>**

---

### **PENGERTIAN KECELAKAAN KERJA**

Perlindungan terhadap kecelakaan kerja merupakan salah satu program jaminan sosial yang paling mendasar dan telah ada di banyak negara di dunia. Sebagai hak tenaga kerja, perlindungan ini menjadi tanggung jawab pengusaha dan merupakan bagian penting dari sistem hukum ketenagakerjaan. Program ini dianggap relatif ekonomis karena kecelakaan kerja yang menyebabkan cacat atau kematian tidak terjadi secara sering, dan biaya administrasinya juga tidak terlalu besar. Manfaat yang diberikan kepada korban kecelakaan sangat signifikan, terutama pada saat mereka membutuhkan bantuan finansial untuk perawatan yang mungkin tidak dapat mereka bayar.

Namun, tidak semua kecelakaan ditanggung oleh program asuransi kecelakaan kerja. Kebanyakan negara mendefinisikan kecelakaan kerja sebagai kejadian yang timbul dari hubungan kerja, yang mengharuskan adanya hubungan kausal antara pekerjaan dan kecelakaan. Istilah "timbul dari hubungan kerja" menekankan bahwa kecelakaan harus berkaitan dengan risiko pekerjaan, dan harus terjadi secara tidak sengaja. Sedangkan "dalam hubungan kerja" mencakup waktu, tempat, dan aktivitas yang dilakukan oleh tenaga kerja saat kecelakaan terjadi, yang harus sesuai dengan tugas dan kewajibannya. Hal ini menetapkan batasan yang jelas mengenai jenis kecelakaan yang dapat dikompensasikan dalam program asuransi.

---

<sup>1</sup> Santanoe Kertonegoro, "Evaluasi Data Statistik Kecelakaan Kerja", Jakarta.1988.

<sup>2</sup> Santanoe Kertonegoro, "Aspek-Aspek Jaminan Sosial: Perencanaan, pembiayaan dan Peranannya", Mutiara Sumber Widya, 1990, p 33-49

Pengertian kecelakaan kerja sering kali sulit diterapkan pada kasus-kasus nyata yang terjadi. Banyak kecelakaan di perusahaan yang berada di perbatasan antara yang berhubungan dengan pekerjaan dan yang tidak, sehingga menimbulkan perselisihan antara pihak-pihak yang berkepentingan. Contohnya, kecelakaan selama pertandingan olahraga, luka akibat perkelahian untuk mempertahankan diri, atau kecelakaan saat kegiatan darmawisata karyawan, semuanya memerlukan interpretasi yang jelas untuk menentukan apakah kejadian tersebut dapat dikategorikan sebagai kecelakaan kerja.

Awalnya, perlindungan terhadap kecelakaan kerja hanya difokuskan pada buruh yang bekerja di pabrik, pertambangan, dan industri berbahaya lainnya selama menjalankan tugas di tempat kerja. Namun, seiring waktu, perlindungan ini berkembang untuk mencakup pegawai perkantoran yang sebelumnya dianggap lebih aman. Risiko kerja tetap ada, meskipun kecil, dan premi untuk perlindungan tersebut juga tetap rendah. Selain itu, dengan peningkatan alat transportasi dan kepadatan lalu lintas, kompensasi kecelakaan kerja kini meliputi juga kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari dan ke tempat kerja (*commuting accidents*), selama perjalanan tersebut mengikuti rute yang biasanya ditempuh dan tidak menyimpang dari kebiasaan.

### **BIAYA KECELAKAAN KERJA**

Kecelakaan kerja tidak hanya menyebabkan penderitaan fisik dan emosional bagi individu yang terlibat, tetapi juga menimbulkan dampak ekonomi yang signifikan. Oleh karena itu, penting untuk menganalisis dan memperhitungkan biaya yang berkaitan dengan kecelakaan kerja, termasuk upaya pencegahannya. Berbagai studi telah dilakukan untuk menilai dampak finansial dari kecelakaan kerja, yang menunjukkan bahwa biaya ini dapat mencapai jumlah yang sangat besar dan merugikan perekonomian secara keseluruhan.

Untuk memahami total biaya kecelakaan, penting untuk membedakan antara biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung mencakup semua pengeluaran yang dapat dihitung secara moneter, seperti biaya pengobatan, penggantian upah, santunan cacat, dan santunan kematian. Sebaliknya, biaya tidak langsung mencakup kerugian yang lebih sulit diukur, seperti kerusakan mesin, gangguan produksi, dan hilangnya waktu kerja. Kedua jenis biaya ini menciptakan beban tambahan bagi tenaga kerja, perusahaan, dan masyarakat secara keseluruhan.

Meskipun tidak semua ahli sepakat tentang cara menghitung biaya tidak langsung atau unsur-unsurnya, banyak yang sepakat bahwa perbandingan antara biaya langsung dan tidak langsung berkisar antara 1:2 hingga 1:5. Hal ini menunjukkan bahwa biaya tidak langsung sering kali lebih besar daripada biaya langsung, sehingga memperkuat argumen untuk meningkatkan fokus pada keselamatan kerja untuk mengurangi kecelakaan.

Dalam konteks ini, biaya keselamatan kerja lebih mudah untuk dihitung dibandingkan dengan biaya kecelakaan kerja. Biaya keselamatan kerja dapat dibagi menjadi tiga kategori utama: biaya desain, biaya operasi, dan biaya perencanaan serta pengendalian. Biaya desain mencakup pengeluaran untuk memasang fitur keselamatan, seperti pagar pengaman mesin. Biaya operasi meliputi biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan program keselamatan kerja, termasuk gaji staf dan pelatihan. Sementara itu, biaya perencanaan dan pengendalian berfokus pada penelitian dan audit keselamatan untuk memastikan lingkungan kerja yang lebih aman di masa depan.

Hubungan antara ekonomi kecelakaan dan ekonomi keselamatan sangat erat. Investasi yang lebih tinggi dalam keselamatan kerja dapat mengarah pada pengurangan biaya kecelakaan kerja, sehingga menciptakan manfaat jangka panjang bagi perusahaan dan masyarakat. Dengan memahami dan mengelola biaya ini dengan baik, perusahaan dapat meningkatkan produktivitas, mengurangi risiko kecelakaan, dan pada akhirnya menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman bagi semua pekerja.

## **SEBAB KECELAKAAN KERJA**

Kecelakaan kerja selalu memiliki potensi untuk terjadi dalam setiap jenis kegiatan manusia. Hal ini disebabkan oleh dua faktor utama: tindakan yang membahayakan dan keadaan yang berbahaya dalam suatu pekerjaan. Kecelakaan tidak hanya terjadi karena satu faktor, tetapi sering kali merupakan hasil dari kombinasi beberapa elemen, termasuk peralatan teknis yang digunakan, kondisi lingkungan kerja, dan perilaku pekerja itu sendiri. Misalnya, peralatan pengaman yang tidak memadai di pabrik atau mesin yang tidak dilengkapi dengan alat pengaman yang cukup dapat meningkatkan risiko kecelakaan.

Lingkungan kerja juga memainkan peran penting dalam keselamatan. Kondisi seperti suhu yang tinggi dan kelembapan dapat membuat pekerja cepat lelah dan mengurangi

konsentrasi mereka, sementara ventilasi yang buruk dapat menyebabkan polusi udara yang berbahaya. Selain itu, kurangnya pelatihan dan pengalaman kerja pada pekerja dapat memperburuk situasi, karena mereka mungkin tidak tahu cara mengatasi situasi berbahaya atau menggunakan peralatan dengan aman. Semua faktor ini berkontribusi pada meningkatnya kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja.

Untuk mencegah kecelakaan kerja, penting untuk memahami dengan tepat bagaimana dan mengapa kecelakaan tersebut terjadi. Ini memerlukan penelitian yang cermat terhadap setiap insiden, karena setiap kasus memiliki karakteristik yang unik dan membutuhkan analisis tersendiri. Dengan mengidentifikasi penyebab kecelakaan, perusahaan dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang sesuai untuk menghindari kejadian serupa di masa mendatang. Penelitian ini tidak hanya membantu dalam mengurangi risiko, tetapi juga berkontribusi pada budaya keselamatan yang lebih baik di tempat kerja.

Sebab-sebab kecelakaan kerja sering kali sangat kompleks, dan berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan bagaimana kecelakaan tersebut terjadi serta cara pencegahannya. Salah satu teori adalah Teori Kebetulan Murni (*Pure Chance Theory*), yang beranggapan bahwa kecelakaan terjadi atas "kehendak Tuhan" tanpa adanya pola yang jelas. Dalam pandangan ini, setiap kecelakaan dianggap terjadi secara kebetulan, sehingga mengimplikasikan bahwa upaya pencegahan mungkin tidak akan efektif karena tidak ada penyebab yang dapat diidentifikasi. Teori ini menganggap kecelakaan sebagai peristiwa acak yang tidak dapat diprediksi.

Teori lain yang sering dibahas adalah Teori Kecenderungan Kecelakaan (*Accident Prone Theory*), yang berargumen bahwa ada individu tertentu yang lebih mungkin mengalami kecelakaan dibandingkan rekan-rekan mereka. Teori ini menunjukkan bahwa sifat-sifat pribadi, seperti kurangnya perhatian atau sikap sembrono, dapat membuat pekerja lebih rentan terhadap kecelakaan. Meskipun beberapa pekerja mungkin memiliki karakteristik yang membuat mereka lebih cenderung mengalami kecelakaan, teori ini juga menimbulkan pertanyaan tentang seberapa banyak yang dapat dilakukan untuk mencegah kecelakaan ini, mengingat perilaku manusia yang sulit diprediksi.

Teori Tiga Faktor Utama (*Three Main Factors Theory*) menjelaskan bahwa kecelakaan kerja disebabkan oleh interaksi tiga elemen kunci: peralatan teknis, lingkungan kerja,

dan pekerja itu sendiri. Dalam konteks ini, perlunya perhatian terhadap aspek teknis, seperti desain dan pemeliharaan alat, serta pengaturan lingkungan kerja menjadi sangat penting. Teori ini menekankan bahwa semua faktor ini saling berhubungan dan berkontribusi pada keseluruhan risiko kecelakaan di tempat kerja.

Di sisi lain, Teori Dua Faktor (*Two-Factors Theory*) membedakan antara kecelakaan yang disebabkan oleh kondisi berbahaya dan yang disebabkan oleh tindakan yang membahayakan. Kecelakaan yang disebabkan oleh kondisi berbahaya mungkin meliputi mesin yang tidak dipagari atau lingkungan kerja yang tidak aman, sementara kecelakaan akibat tindakan membahayakan bisa disebabkan oleh kelalaian atau kurangnya konsentrasi pekerja. Pemahaman tentang kedua golongan ini penting untuk merumuskan strategi pencegahan yang efektif.

Teori Faktor Manusia (*Human Factor Theory*) menyoroti bahwa pada akhirnya, semua kecelakaan kerja dapat ditelusuri kembali ke kesalahan manusia, baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam teori ini, pekerja dipandang sebagai individu yang tidak sepenuhnya dapat diprediksi, sehingga perilaku mereka dapat menyebabkan kesalahan. Kesalahan ini bisa dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk desainer, manajer, dan pekerja di lapangan. Teori ini menunjukkan bahwa untuk mengurangi kecelakaan, penting untuk memahami perilaku manusia dan mengembangkan sistem yang meminimalkan kemungkinan kesalahan.

Dengan mengidentifikasi faktor-faktor penyebab utama, perusahaan dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang lebih efektif. Sebab-sebab yang mudah dikenali dan dapat dicegah menjadi fokus utama dalam upaya keselamatan kerja, karena jika faktor-faktor tersebut dapat ditangani, risiko kecelakaan dapat diminimalkan secara signifikan.

### **KLASIFIKASI KECELAKAAN KERJA**

Metode penting untuk menentukan sebab-sebab terjadinya kecelakaan kerja adalah melalui klasifikasi. Klasifikasi ini dapat dibagi menjadi dua kategori utama: sistem klasifikasi sederhana dan sistem klasifikasi jamak. Pada tahun 1923, ILO mengusulkan sistem klasifikasi sederhana yang mengelompokkan sebab-sebab kecelakaan ke dalam kategori seperti mesin dan alat transportasi, ledakan dan api, bahan beracun, listrik, serta jatuh atau terantuk benda. Meskipun sistem ini memberikan gambaran umum, sering kali tidak memadai karena satu kecelakaan bisa disebabkan oleh berbagai faktor.

Untuk mengatasi kekurangan dari sistem klasifikasi sederhana, sistem klasifikasi jamak dikembangkan dan lebih komprehensif. Di Perancis, misalnya, kecelakaan ditabulasikan berdasarkan beberapa kriteria utama, termasuk aspek medis, sifat pekerjaan, kondisi media yang rusak, perilaku berbahaya, dan faktor manusia atau psikologis. Dengan pendekatan ini, lebih mudah untuk mengidentifikasi penyebab kecelakaan secara lebih mendalam dan terperinci.

Di Amerika Serikat, sistem klasifikasi jamak juga digunakan, di mana setiap faktor kecelakaan dikategorikan dalam tujuh kelas. Kelas-kelas ini mencakup sifat cedera, bagian tubuh yang cedera, sumber kecelakaan, jenis kecelakaan, keadaan berbahaya, media kecelakaan, dan perilaku yang membahayakan. Dengan mengidentifikasi setiap aspek ini, perusahaan dapat lebih baik memahami dan menganalisis kecelakaan yang terjadi.

Pada tahun 1962, ILO memperbarui sistem klasifikasi dengan menetapkan sistem klasifikasi jamak yang lebih standar. Sistem baru ini mengklasifikasikan kecelakaan kerja berdasarkan jenis kecelakaan, media yang terlibat, sifat cedera, dan bagian tubuh yang terkena. Dengan cara ini, analisis penyebab kecelakaan menjadi lebih sistematis dan terstruktur, memudahkan dalam pencegahan di masa depan.

Sistem **klasifikasi jamak** berasumsi bahwa kecelakaan jarang disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi umumnya merupakan hasil dari kombinasi berbagai faktor. Pengalaman menunjukkan bahwa penyebab kecelakaan yang sering ditemukan tidak hanya berasal dari mesin atau substansi yang berbahaya, tetapi juga dari tindakan sehari-hari seperti tersandung, jatuh, atau kesalahan dalam menangani barang.

### **PENYAKIT JABATAN (PENYAKIT AKIBAT KERJA)**

Risiko jabatan mencakup dua bidang utama, yaitu kecelakaan kerja dan penyakit jabatan. Perbedaan utama antara keduanya terletak pada waktu terjadinya risiko. Kecelakaan kerja adalah peristiwa mendadak yang menyebabkan kekerasan fisik pada tubuh, seperti terkena benda keras, terpotong, atau jatuh dari ketinggian. Sebaliknya, penyakit kerja berkembang secara perlahan dan dapat memakan waktu bertahun-tahun untuk muncul, seperti tuberkulosis, yang mungkin baru terdeteksi setelah 10 hingga 20 tahun.

Meskipun ada perbedaan dalam waktu terjadinya, kedua risiko ini memiliki konsekuensi yang sama dari perspektif jaminan sosial. Keduanya dapat menyebabkan cacat, kematian, dan kebutuhan akan perawatan. Selain itu, ketentuan mengenai tingkat dan besarnya santunan untuk kedua jenis risiko ini biasanya sama, sehingga dalam peraturan perundangan mengenai risiko kerja, ketentuan yang berlaku untuk kecelakaan kerja juga sering diterapkan pada penyakit jabatan.

**Penyakit jabatan** didefinisikan sebagai penyakit yang timbul dari hubungan kerja. Namun, definisi ini sering kali dibatasi dalam peraturan perundangan melalui beberapa cara identifikasi. Salah satu metode adalah sistem daftar (tertutup), di mana penyakit-penyakit yang dianggap berasal dari hubungan kerja dicantumkan secara eksplisit dalam daftar tertentu, bersama dengan jenis pekerjaan yang dapat menimbulkan penyakit.

Selain sistem daftar, ada juga sistem umum (terbuka) yang menerima setiap penyakit yang dapat dibuktikan berhubungan dengan pekerjaan sebagai penyakit jabatan. Meskipun lebih fleksibel, sistem ini memerlukan bukti yang meyakinkan. Ada pula sistem campuran yang menggabungkan kedua pendekatan tersebut, di mana selain adanya daftar penyakit tertentu, penyakit lain yang dapat dibuktikan sebagai akibat pekerjaan juga diakui. Negara-negara yang menggunakan sistem daftar, seperti Indonesia, biasanya mengikuti Konvensi ILO No. 121 Tahun 1964 sebagai dasar penyusunan daftar penyakit jabatan.

Kemajuan teknologi modern membawa berbagai risiko kerja baru yang dapat memengaruhi pekerja dari berbagai aspek, termasuk fisik, biologis, kimiawi, lingkungan, dan mental. Penyakit jabatan dapat dikelompokkan menjadi dua tipe utama. Tipe pertama adalah penyakit yang memiliki hubungan langsung antara risiko dan penyakit, di mana faktor-faktor lingkungan kerja berkontribusi secara signifikan terhadap timbulnya penyakit tersebut.

Penyakit tipe pertama ini mencakup kondisi-kondisi seperti silikosis, *pleural mesothelioma*, keracunan timbal, dan angiosarkoma hati, yang semuanya terkait langsung dengan paparan terhadap partikel *silica*, asbestos, uap timbal, atau *vinyl chloride*. Dalam kasus ini, jelas bahwa lingkungan kerja memainkan peran utama dalam menyebabkan penyakit, sehingga menjadi penting untuk mengidentifikasi dan mengelola faktor-faktor risiko di tempat kerja.

Sementara itu, tipe kedua mencakup penyakit yang lebih sulit diidentifikasi, seperti hipertensi, masalah muskuloskeletal, penyakit saluran pernapasan kronis, atau kelainan perilaku. Penyakit-penyakit ini biasanya tidak hanya disebabkan oleh faktor-faktor di tempat kerja, tetapi juga dipengaruhi oleh situasi kehidupan di rumah, gaya hidup, dan faktor keturunan. Interaksi antara lingkungan kerja dan kehidupan sehari-hari karyawan dapat memperberat atau mempercepat timbulnya penyakit, sehingga menuntut perhatian lebih dalam pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja.

### **SEBAB PENYAKIT JABATAN**

Daftar penyakit jabatan disusun berdasarkan media penyebab penyakit yang dapat memengaruhi kesehatan pekerja. Berbagai faktor lingkungan kerja dan proses kerja dapat menyebabkan kerugian terhadap kesehatan, termasuk kondisi iklim lokal yang buruk, desain yang tidak memadai dari tempat kerja dan mesin, postur kerja yang dipaksakan, serta beban kerja yang terlalu berat. Selain itu, efek negatif dari tekanan pekerjaan atau stres juga menjadi topik perdebatan dalam konteks kesehatan kerja. Penyakit sering kali hanya dianggap terkait dengan pekerjaan jika ada faktor-faktor berbahaya yang mengganggu kesehatan.

Media penyebab utama penyakit kerja dapat dibagi menjadi empat golongan. Golongan pertama adalah faktor fisik. Ini mencakup kebisingan, yang dapat merusak pendengaran atau menyebabkan ketulian. Selain itu, getaran dari peralatan seperti mesin bor atau alat *pneumatic* dapat menyebabkan kelainan pada otot, tendon, dan saraf di lengan dan tangan. Radiasi ion juga termasuk dalam kategori ini, dengan dampak serius seperti dermatitis radiasi, katarak, serta peningkatan risiko kanker.

Golongan kedua adalah substansi kimiawi, yang dapat dibedakan menjadi beberapa jenis. Toksik dapat menyebabkan keracunan akut maupun kronis, sementara zat korosif dapat mengiritasi kulit, mata, dan saluran pernapasan. Ada juga zat yang bersifat alergenik yang dapat menyebabkan dermatitis atau asma bronkitis, serta zat karsinogenik yang dapat meningkatkan risiko kanker di berbagai organ tubuh.

Golongan ketiga terdiri dari materi di udara, termasuk debu *fibrogenous* anorganik seperti *silica*, batu bara, dan asbestos, yang dapat menyebabkan silikosis atau pneumoconiosis. Debu organik, seperti serat tanaman, juga dapat menimbulkan masalah kesehatan seperti *byssinosis* atau paru-paru petani. Kedua jenis debu ini

menunjukkan bahwa paparan terhadap partikel di udara dapat berdampak serius pada kesehatan pekerja.

Golongan terakhir adalah media biologis, yang mencakup penyakit infeksi dan parasit. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang berbagai penyebab penyakit ini, langkah-langkah pencegahan dapat diambil untuk mengurangi risiko yang dihadapi oleh pekerja.

### **KOMPENSASI (JAMINAN)**

Setiap tenaga kerja yang mengalami kecelakaan atau penyakit akibat kerja akan menghadapi dua jenis kerugian finansial yang signifikan. Pertama adalah turunnya atau hilangnya kemampuan untuk memperoleh penghasilan, dan kedua adalah biaya perawatan yang diperlukan untuk pemulihan. Kedua kerugian ini dapat berdampak besar pada kondisi ekonomi individu dan keluarganya, sehingga penting untuk memahami mekanisme jaminan yang tersedia bagi mereka yang terkena dampak.

Turunnya atau hilangnya kemampuan berpenghasilan terjadi sebagai akibat dari cacat atau kematian yang dijamin dengan tunjangan tunai. Tunjangan ini meliputi tunjangan cacat total atau sebagian, yang bisa bersifat sementara atau tetap, serta tunjangan kematian. Tunjangan cacat sementara diberikan untuk periode di mana pekerja tidak mampu bekerja, dan biasanya dibayarkan setelah masa tunggu antara 1 hingga 3 hari. Jaminan ini dapat berlangsung antara 16 hingga 52 minggu, tergantung pada peraturan yang berlaku, dan umumnya dinyatakan sebagai persentase dari upah terakhir.

Setelah tunjangan cacat sementara berakhir, pekerja dapat menerima jaminan cacat tetap-total jika penilaian medis menunjukkan bahwa mereka tidak dapat bekerja lagi selama sisa hidupnya. Jaminan ini biasanya berupa pensiun seumur hidup yang besarnya berkisar antara 60% hingga 75% dari penghasilan terakhir. Alternatif lain adalah pembayaran sekaligus yang setara dengan beberapa tahun penghasilan, yang memberikan fleksibilitas bagi pekerja dalam menghadapi kondisi keuangan mereka setelah kecelakaan.

Jaminan cacat tetap-sebagian juga tersedia bagi pekerja yang mengalami pengurangan kemampuan kerja akibat kecelakaan, misalnya kehilangan anggota badan atau fungsi tubuh tertentu. Tunjangan ini diberikan dalam bentuk pensiun yang proporsional dengan persentase kehilangan kemampuan, atau sebagai pembayaran sekaligus berdasarkan

tabel yang ditetapkan. Ini memberikan perlindungan finansial bagi pekerja yang tetap dapat bekerja, meskipun dengan kemampuan yang berkurang.

Selain tunjangan tunai, jaminan kematian juga diatur untuk memberikan perlindungan bagi ahli waris tenaga kerja yang meninggal akibat kecelakaan kerja. Jaminan ini mencakup biaya penguburan dan tunjangan penghasilan bagi ahli waris yang ditentukan. Biaya penguburan biasanya dibayarkan sekaligus, sedangkan tunjangan penghasilan dinyatakan sebagai persentase dari upah terakhir dan dapat bervariasi untuk janda, duda, atau anak yatim-piatu. Hal ini memastikan bahwa keluarga pekerja yang meninggal tetap mendapatkan dukungan finansial yang diperlukan.

Di samping pembayaran tunai, jaminan lain yang diberikan kepada tenaga kerja yang mengalami kecelakaan mencakup pelayanan medis, operasi, dan perawatan rumah sakit. Umumnya, jangka waktu untuk pelayanan ini tidak dibatasi dan berlangsung hingga pekerja sembuh. Namun, di beberapa negara terdapat batasan terkait durasi pelayanan dan besaran biaya yang ditanggung, yang dapat memengaruhi kualitas perawatan yang diterima oleh pekerja.

## **PENCEGAHAN**

Fungsi lembaga jaminan sosial umumnya terbatas pada pemberian kompensasi, seperti pembayaran tunjangan cacat, tunjangan kematian, dan penggantian biaya perawatan. Namun, semakin disadari bahwa pencegahan kecelakaan dan penyakit kerja lebih penting daripada sekadar penanggulangan melalui kompensasi. Usaha pencegahan ini termasuk dalam bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), yang dilakukan oleh instansi pemerintah dan swasta. Meskipun terpisah dari pemberian kompensasi, lembaga jaminan sosial dapat berperan aktif dengan menyediakan data statistik mengenai kecelakaan serta membantu pendanaan untuk program K3.

Di tingkat pemerintah, usaha-usaha K3 berada dalam tanggung jawab Departemen Tenaga Kerja dan Departemen Kesehatan, melalui Direktorat K3 dan Pusat Hygiene Perusahaan. Beberapa bentuk tindakan pemerintah dalam bidang K3 meliputi penetapan peraturan dan standardisasi, serta penegakan ketentuan tersebut oleh pegawai pengawas ketenagakerjaan. Selain itu, pemerintah juga melakukan imunisasi, riset di berbagai bidang (teknis, medis, dan psikologis), serta mengumpulkan dan menganalisis data statistik terkait kecelakaan dan penyakit kerja.

Pendidikan dan latihan juga menjadi bagian penting dari upaya pemerintah untuk menumbuhkan kesadaran akan keselamatan dan kesehatan kerja. Melalui promosi K3 yang dilakukan melalui berbagai media, serta seminar dan diskusi panel, diharapkan masyarakat dan pekerja dapat lebih memahami pentingnya keselamatan di tempat kerja.

Sementara itu, di sektor swasta, perusahaan bertanggung jawab untuk menyelenggarakan program K3 mereka sendiri. Ini termasuk pembentukan panitia K3, pemeriksaan kesehatan bagi pekerja, pemagaran mesin yang berbahaya, serta pengendalian polusi dan limbah. Perusahaan juga diharapkan menyediakan alat pelindung diri, seperti helm, sepatu, dan sarung tangan, untuk melindungi pekerja dari risiko yang ada di lingkungan kerja.

Pencegahan penyakit jabatan berfokus pada dua pendekatan utama: menghilangkan atau mengendalikan media penyebab di tempat kerja dan mengawasi kesehatan pekerja. Tindakan pencegahan ini dibagi menjadi tiga tingkatan: primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk mengurangi eksposur pekerja terhadap faktor-faktor yang merugikan kesehatan, dan mencakup tiga tindakan utama: identifikasi bahaya kesehatan, evaluasi bahaya kesehatan, dan pengendalian bahaya kesehatan.

Identifikasi bahaya kesehatan adalah langkah pertama yang penting, di mana bahaya dapat dikenali melalui eksposur yang jelas, seperti bekerja di lingkungan bising atau menggunakan bahan kimia berbahaya. Namun, dalam beberapa kasus, identifikasi bisa sulit, terutama ketika eksposur tidak terlihat, seperti radiasi ion. Setelah bahaya diidentifikasi, evaluasi dilakukan untuk menilai tingkat eksposur dan menentukan ambang batas menggunakan alat ukur seperti dosimeter kebisingan atau radiasi. Monitoring lingkungan dan biologis juga dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengukur polutan yang dapat membahayakan kesehatan pekerja.

Pengendalian bahaya kesehatan mencakup tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko. Ini dapat dilakukan melalui beberapa cara, seperti mengganti bahan berbahaya dengan yang lebih aman, menerapkan sistem ventilasi untuk mengurangi polusi udara, atau menyediakan alat pelindung diri seperti respirator dan sarung tangan. Dengan mengimplementasikan langkah-langkah ini, organisasi dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman bagi para pekerja.

Pencegahan sekunder berfokus pada pemeriksaan kesehatan untuk menilai kemampuan pekerja dalam menjalankan tugas mereka dan mengidentifikasi kerusakan kesehatan yang mungkin terjadi akibat eksposur. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum, selama, dan setelah penugasan pada pekerjaan berbahaya. Penilaian kesehatan mencakup pemeriksaan medis lengkap dan tes laboratorium yang ditargetkan, seperti audiometri untuk pengaruh kebisingan, atau rontgen dada untuk paparan debu berbahaya.

Pencegahan tersier berhubungan dengan pengelolaan kasus penyakit kerja yang sudah teridentifikasi. Hasil pemeriksaan medis digunakan untuk menentukan apakah pekerja dapat melanjutkan pekerjaannya tanpa risiko lebih lanjut. Dalam kasus paparan terhadap media infeksi, vaksinasi mungkin diperlukan. Seluruh catatan kesehatan pekerja harus disimpan dalam arsip yang bersifat rahasia, mencakup informasi tentang pekerjaan, eksposur, dan hasil penilaian kesehatan. Ketika penyakit kerja teridentifikasi, laporan harus disampaikan kepada otoritas yang berwenang sesuai dengan peraturan yang berlaku, untuk memastikan tindakan yang tepat dapat diambil.

### PERHITUNGAN TINGKAT KECELAKAAN

Untuk membandingkan jumlah kecelakaan di suatu perusahaan dengan perusahaan lain di industri yang sama, kita perlu memperhitungkan jumlah karyawan di masing-masing perusahaan. Salah satu cara untuk melakukannya adalah dengan menghitung **tingkat frekuensi kecelakaan** (*accident frequency rate*), yaitu berapa banyak kecelakaan terjadi per satu juta jam kerja.

$$F = \frac{\text{Jumlah}_\text{Kecelakaan} \times 1.000.000}{\text{Jumlah}_\text{Jam}_\text{Kerja}_\text{yang}_\text{dijalani}}$$

Misalnya, jika sebuah perusahaan memiliki 500 pekerja yang bekerja selama 50 minggu dengan 48 jam kerja per minggu, dan mengalami 60 kecelakaan yang menyebabkan cedera dalam setahun, kita harus menghitung total jam kerja. Jika 5% dari waktu kerja hilang karena sakit atau alasan lain, kita harus mengurangi jumlah jam kerja dengan angka tersebut.

Jadi, total jam kerja adalah 500 pekerja x 50 minggu x 48 jam = 1.200.000 jam. Dari jumlah itu, 5% (atau 60.000 jam) adalah waktu yang hilang, sehingga jam kerja yang sebenarnya

adalah 1.140.000 jam. Dengan demikian, artinya terjadi sekitar 53 kecelakaan yang menyebabkan cedera untuk setiap satu juta jam kerja yang dilakukan.

$$F = \frac{60 \times 1.000.000}{1.140.000} = 52,63$$

Selain menghitung jumlah kecelakaan, kita juga perlu mengukur dampak dari kecelakaan tersebut dengan menghitung **tingkat intensitas kecelakaan** (*severity rate*). Ini dilakukan dengan menghitung jumlah hari yang hilang akibat kecelakaan untuk setiap seribu jam kerja yang dilakukan.

$$S = \frac{\text{Jumlah}_\text{Hari}_\text{Hilang} \times 1.000}{\text{Jumlah}_\text{Jam}_\text{Kerja}_\text{yang}_\text{dijalani}}$$

Sebagai contoh, jika dari 60 kecelakaan yang terjadi, total hari yang hilang adalah 1.200 hari, kita bisa menghitung tingkat intensitasnya. Artinya, dalam setahun, sekitar satu hari hilang untuk setiap seribu jam kerja. Jika kita mengonversinya, itu berarti sekitar 1.053 hari hilang per satu juta jam kerja, atau rata-rata 2,4 hari hilang untuk setiap pekerja yang bekerja 2.400 jam.

$$S = \frac{1.200 \times 1.000}{1.140.000} = 1.053$$

Perhitungan tingkat intensitas menjadi sulit jika kecelakaan mengakibatkan cacat tetap atau kematian, karena jumlah hari yang hilang tidak terbatas. Oleh karena itu, perlu ada kesepakatan untuk menetapkan daftar jumlah hari yang hilang untuk setiap jenis cacat dan kematian sebagai asumsi untuk tujuan statistik.

Contoh : Jika di samping 60 kecelakaan seperti contoh di atas terjadi satu kecelakaan fatal, maka:

$$F = \frac{61 \times 1.000.000}{1.140.000} = 53,5$$

Apabila dalam daftar menunjukkan jumlah hari-hilang untuk kematian sebesar 7.500, maka:

$$S = \frac{(1.200 + 7.500) \times 1.000}{1.140.000} = 7.63$$

Jelas bahwa kecelakaan yang serius mempunyai pengaruh besar terhadap tingkat intensitas, tetapi tidak mempengaruhi tingkat frekuensi.

## **STATISTIK**

Dalam upaya meningkatkan keselamatan kerja, data statistik memainkan peran yang sangat penting. Pertama, statistik digunakan untuk studi dan penelitian yang bertujuan mencegah kecelakaan kerja di masa depan. Dengan menganalisis data kecelakaan yang telah terjadi, perusahaan dapat mengidentifikasi pola dan faktor penyebab, sehingga langkah-langkah pencegahan yang tepat dapat diambil. Ini membantu dalam merancang lingkungan kerja yang lebih aman dan mengurangi risiko kecelakaan.

Kedua, statistik juga berfungsi sebagai sumber informasi mengenai berbagai aspek kecelakaan kerja, termasuk penyebab, akibat, jenis kecelakaan, waktu kejadian, serta demografi pekerja seperti jenis kelamin dan umur. Informasi ini sangat berharga untuk memahami konteks kecelakaan dan membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik dalam kebijakan keselamatan. Data yang terperinci memungkinkan perusahaan dan lembaga terkait untuk menargetkan intervensi secara lebih efektif.

Selain itu, statistik kecelakaan dapat meningkatkan kesadaran karyawan akan bahaya yang ada di tempat kerja. Dengan menyajikan data tentang kecelakaan yang terjadi, karyawan akan lebih waspada dan tidak mengabaikan potensi bahaya. Kesadaran ini penting untuk menciptakan budaya keselamatan di tempat kerja, di mana setiap orang merasa bertanggung jawab untuk menjaga keamanan dirinya dan rekan-rekannya.

Statistik kecelakaan juga dapat disusun untuk berbagai level, baik itu untuk perusahaan tertentu, daerah, sektor industri, maupun secara nasional. Selain itu, statistik khusus dapat dikumpulkan untuk jenis kecelakaan tertentu, seperti kecelakaan listrik atau jatuh dari ketinggian. Ini memungkinkan analisis yang lebih mendalam dan perbandingan yang lebih akurat dari waktu ke waktu atau antar industri, sehingga strategi pencegahan dapat disesuaikan dengan risiko yang spesifik.

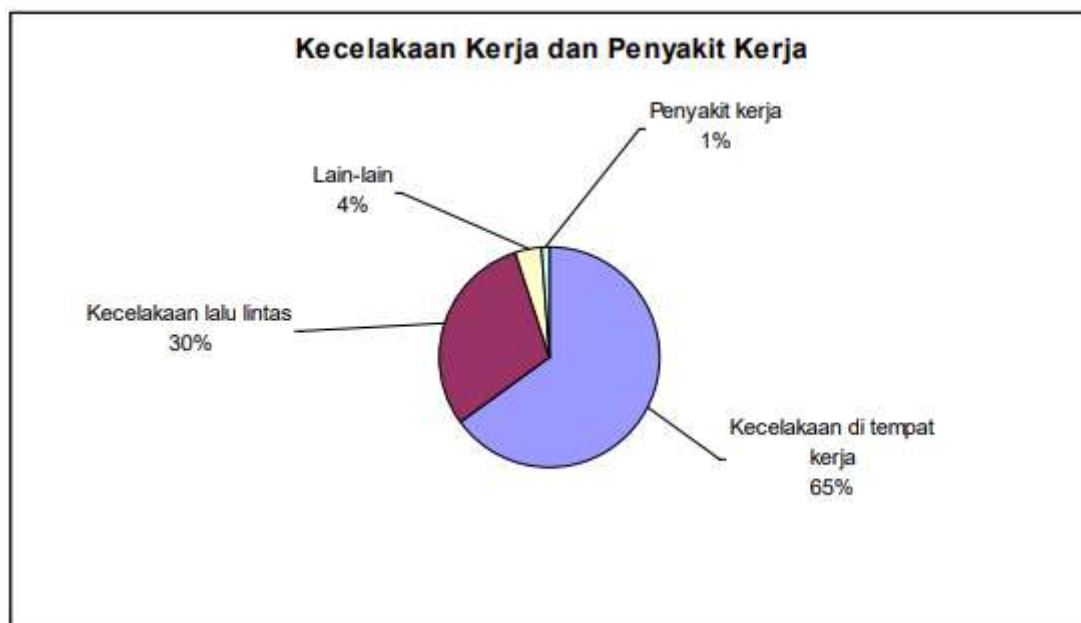
Manfaat statistik kecelakaan bersifat ganda. Di satu sisi, statistik ini digunakan untuk pencegahan kecelakaan dengan memberikan informasi lengkap mengenai penyebab, frekuensi, dan risiko yang terkait. Di sisi lain, statistik juga berfungsi dalam kompensasi kecelakaan, yang mencakup informasi tentang akibat kecelakaan, derajat keparahan

cedera, serta lamanya ketidakmampuan untuk bekerja. Informasi ini sangat penting untuk keperluan administratif dan memastikan pekerja mendapatkan kompensasi yang layak.

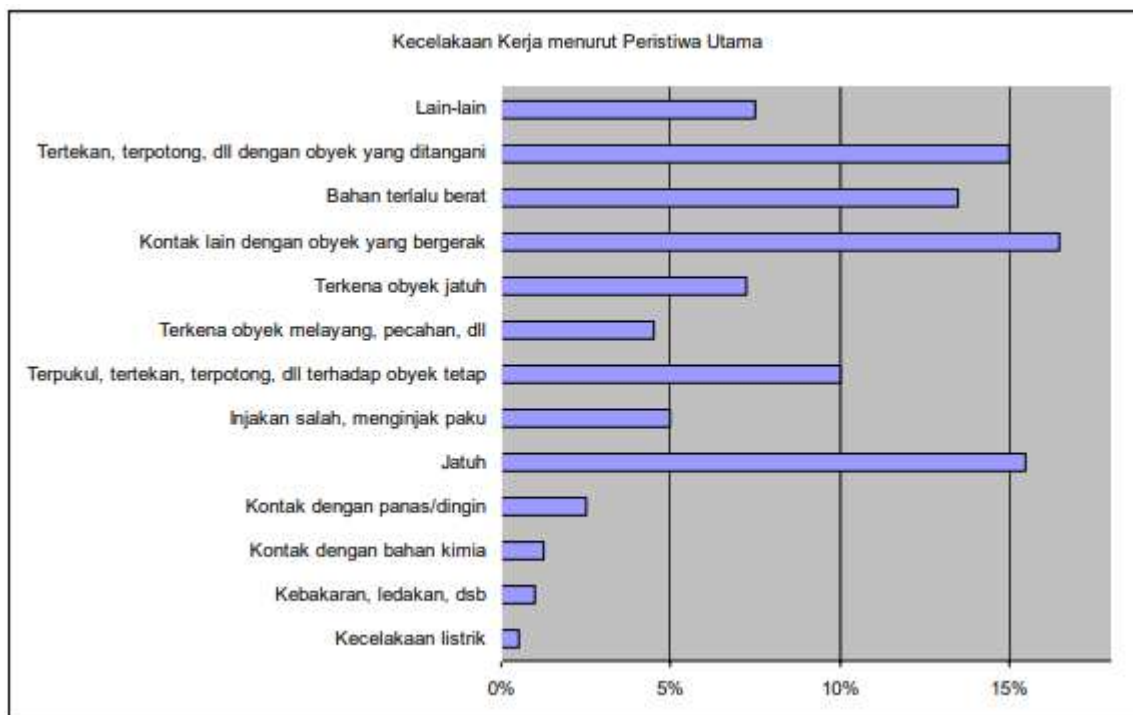
Statistik menunjukkan bahwa kecelakaan kerja dapat dibagi menjadi dua golongan: kecelakaan yang disebabkan oleh keadaan yang berbahaya (*unsafe conditions*) dan kecelakaan yang disebabkan oleh perilaku yang membahayakan (*unsafe acts*). Golongan pertama mencakup sekitar 15% dari total kecelakaan, sedangkan golongan kedua mencakup 85%. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku yang tidak aman lebih umum dan harus lebih diwaspadai. Selain itu, hubungan antara faktor-faktor yang menyebabkan kecelakaan menunjukkan bahwa seringkali kecelakaan merupakan hasil dari kombinasi kedua faktor ini, yang menyoroti perlunya pendekatan holistik dalam pencegahan kecelakaan.

Contoh gambar grafik statistik dari kasus-kasus kecelakaan dan penyakit kerja program JKK di masa lampau sebagai berikut :

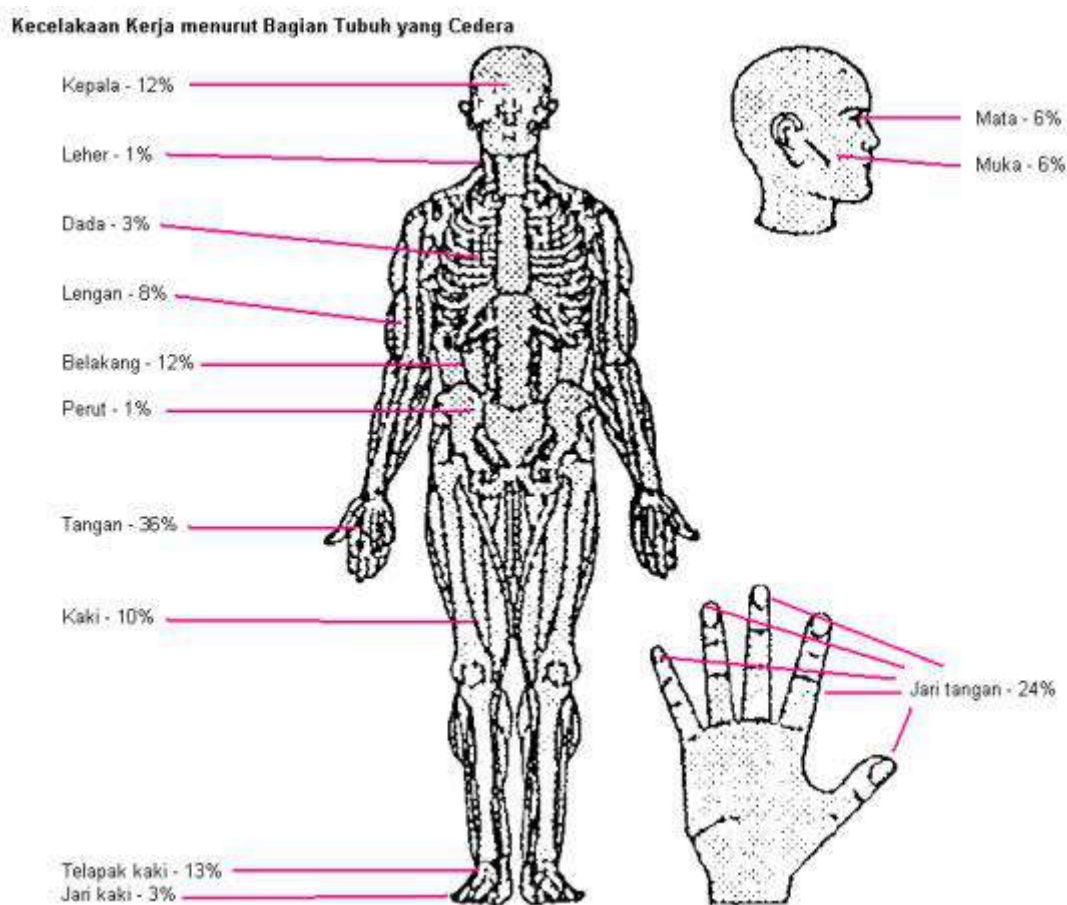
**Gambar 7.1 Ceruk Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja**



**Gambar 7.2 Kecelakaan Kerja menurut Peristiwa Penyebab**



**Gambar 7.3 Kecelakaan Kerja Menurut Bagian Tubuh Cedera**

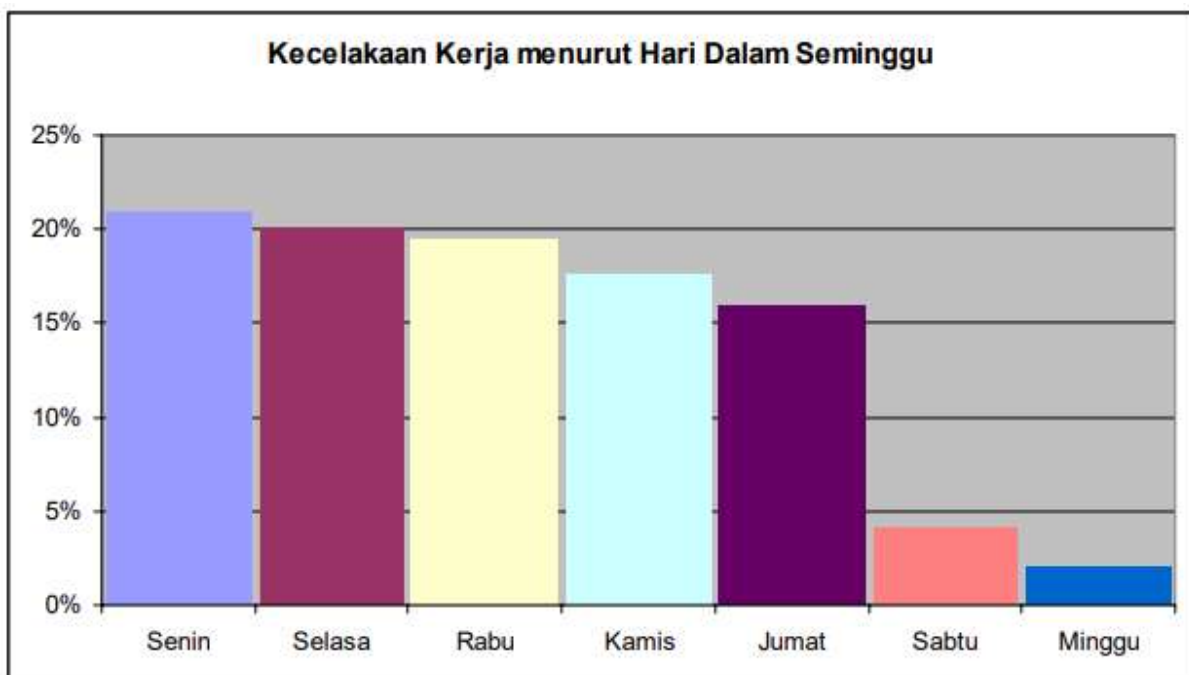


Statistik kecelakaan kerja memberikan wawasan penting mengenai waktu dan kelompok pekerja yang terlibat dalam kecelakaan. Pertama, data menunjukkan bahwa lebih banyak kecelakaan terjadi pada pagi hari dibandingkan dengan siang hari, dengan puncak kejadian sering terjadi menjelang waktu istirahat. Hal ini mungkin disebabkan oleh tekanan untuk menyelesaikan pekerjaan sebelum waktu istirahat, sehingga pekerja cenderung terburu-buru dan lebih rentan terhadap kecelakaan.

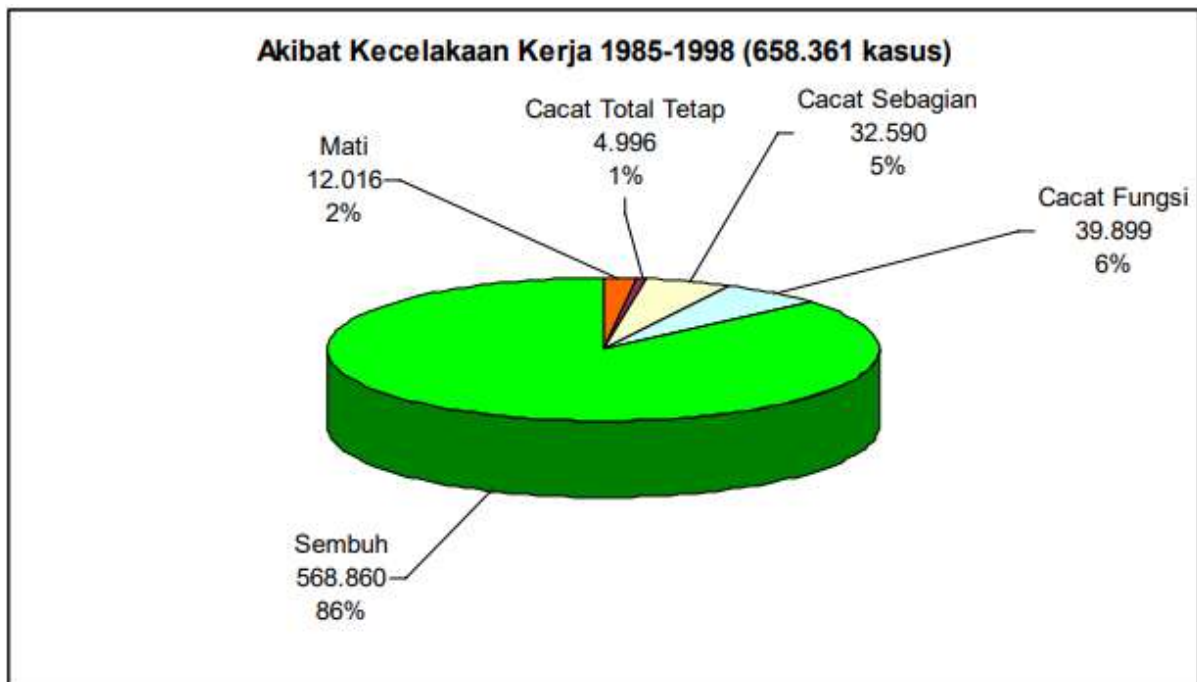
Kedua, kecelakaan kerja sering terjadi lebih banyak pada hari Senin, sementara jumlah kecelakaan biasanya rendah pada hari Jumat dan Sabtu. Fenomena ini dapat dijelaskan dengan fakta bahwa banyak pekerja merasa lelah setelah akhir pekan dan kembali ke pekerjaan pada hari Senin. Selain itu, banyak pekerja yang memperpanjang libur akhir pekan mereka, sehingga mengakibatkan absensi tinggi pada hari Senin. Ketidakhadiran ini memaksa pekerja lain untuk mengambil alih tugas yang belum mereka kenal dengan baik, meningkatkan risiko kecelakaan.

Ketiga, analisis menunjukkan bahwa pekerja yang lebih muda dan kurang berpengalaman cenderung mengalami lebih banyak kecelakaan dibandingkan dengan pekerja yang lebih tua dan berpengalaman. Dalam hal ini, pekerja pria muda mengalami kecelakaan dua kali lipat dibandingkan dengan pekerja wanita muda. Faktor pengalaman dan pelatihan yang kurang pada pekerja muda mungkin menjadi penyebab utama tingginya angka kecelakaan dalam kelompok ini.

**Gambar 7.4 Kecelakaan Kerja Menurut Hari dalam Seminggu**



Gambar 7.5 Kecelakaan Kerja menurut Jam dalam Sehari

Gambar 7.6 Akibat Kecelakaan Kerja<sup>3</sup>

Setiap perusahaan, industri, daerah, dan negara memiliki praktik dan kebiasaan yang berbeda. Oleh karena itu, hasil statistik kecelakaan perlu diinterpretasikan secara hati-hati. Meskipun faktor-faktor seperti waktu dan kelompok pekerja dapat memberikan

<sup>3</sup> Odang Mochtar, "ZERO Penyakit Akibat Kerja", Konvensi Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja VI tahun 2006

wawasan, ada kemungkinan faktor lain yang juga berkontribusi terhadap terjadinya kecelakaan.

## REHABILITASI

Kecelakaan dan penyakit kerja dapat menyebabkan cacat tetap, baik total maupun sebagian, yang sering kali memerlukan rehabilitasi untuk membantu penderita mengurangi ketidakmampuan dan memulihkan kemampuan ekonomisnya. Lembaga jaminan sosial dapat berperan dalam proses rehabilitasi, yang bertujuan agar penderita cacat dapat kembali berpartisipasi aktif dalam masyarakat sebagai individu yang produktif.

**Rehabilitasi** yang efektif memerlukan kolaborasi tim ahli yang berpengalaman, termasuk dokter, fisioterapis, pembuat prosthesis, pendidik vokasional, dan pekerja sosial. Selain menangani aspek fisik, penting untuk menyadari bahwa penderita cacat juga mengalami dampak mental dan emosional. Oleh karena itu, sikap positif dari keluarga, teman, dan profesional kesehatan sangat penting untuk membantu pasien mengubah pandangannya menjadi lebih optimis dan percaya diri.

Rehabilitasi adalah proses yang kompleks dan mencakup empat aspek utama. Aspek pertama adalah aspek medis, yang merupakan fase awal rehabilitasi. Ini mencakup berbagai intervensi medis seperti operasi ortopedi untuk memperbaiki kondisi fisik, pemberian prosthesis yang sesuai untuk menggantikan anggota tubuh yang hilang, serta latihan sebelum dan setelah pemasangan prosthesis. *Physiotherapy* juga berperan penting dalam membantu penderita untuk meningkatkan mobilitas dan fungsi fisik mereka. Selain itu, pembuatan prosthesis anggota badan tiruan dan alat bantu ortosis menjadi bagian integral dalam memastikan penderita merasa nyaman dan dapat bergerak dengan baik.

Aspek kedua adalah pendidikan, yang berfokus pada penyediaan fasilitas pendidikan bagi penderita cacat. Penting untuk menyebarkan filsafat dan tujuan pendidikan khusus untuk penderita cacat secara nasional, sehingga mereka dapat mengakses pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Di samping itu, memberikan latihan kejuruan dengan kurikulum yang telah disesuaikan dapat membantu penderita cacat untuk mengembangkan keterampilan yang relevan. Penggunaan tes psikologi juga

diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan individual penderita, sehingga program pendidikan dapat dirancang secara lebih efektif.

Aspek sosial menjadi penting dalam rehabilitasi untuk mengatasi masalah emosional yang dihadapi oleh penderita cacat. Perasaan ketidakpastian, rendah diri, dan depresi sering kali mengganggu proses rehabilitasi. Dalam hal ini, pekerja sosial dan penasihat kejuruan dapat memberikan layanan konseling untuk membantu penderita menerima kenyataan dengan cara yang lebih optimis. Keterlibatan keluarga dalam rencana rehabilitasi juga sangat penting, karena dukungan dari orang terdekat dapat meningkatkan semangat dan motivasi penderita. Selain itu, pemerintah dan lembaga sukarela perlu menyediakan fasilitas seperti panti asuhan untuk mendukung proses rehabilitasi.

Terakhir, aspek kesempatan kerja sangat krusial untuk memastikan penderita cacat dapat berpartisipasi dalam dunia kerja. Mengubah sikap pengusaha terhadap penerimaan penderita cacat sebagai karyawan yang setara adalah langkah penting. Usaha sosial yang mempromosikan "Beri kesempatan kerja bagi penderita cacat" dapat membantu mengubah pandangan masyarakat. Selain itu, menyediakan pekerjaan yang dilindungi (*sheltered employment*) untuk mereka yang mampu bekerja tetapi tidak dapat bersaing di pasar kerja, serta menciptakan bengkel yang dilindungi bagi penderita cacat berat, adalah langkah-langkah konkret untuk meningkatkan kesempatan kerja bagi mereka.

Rehabilitasi mencakup berbagai aspek penting yang berfokus pada pengembalian kemampuan fisik dan keterampilan individu yang mengalami cacat. Aspek medis berperan dalam memperbaiki kondisi fisik, sedangkan aspek pendidikan bertujuan untuk memberikan keterampilan yang sesuai dengan jenis cacat yang dimiliki. Selain itu, kesiapan mental penderita dan penerimaan masyarakat juga sangat penting dalam proses rehabilitasi, karena dukungan sosial dapat membantu individu merasa lebih diterima. Terakhir, kesempatan kerja menjadi kunci bagi penderita cacat untuk mendapatkan penghasilan, yang merupakan bagian integral dari kemandirian mereka.

Penempatan penderita cacat dalam dunia kerja sering kali lebih sulit karena stigma dan prasangka negatif yang masih ada di kalangan pengusaha. Banyak perusahaan yang masih meragukan kemampuan penderita cacat untuk menjalankan tugas dengan baik,

sehingga mereka cenderung enggan untuk mempekerjakan mereka. Hambatan-hambatan ini membuat pencarian lapangan kerja menjadi lebih rumit dan menghambat integrasi sosial penderita cacat ke dalam masyarakat.

## JKK, SJSN DAN ASURANSI DISABILITAS PENDAPATAN

---

### SJSN

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sebuah konsep perlindungan sosial yang dirancang untuk memberikan jaminan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. SJSN bertujuan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap warga negara, terutama saat menghadapi risiko sosial seperti sakit, kecelakaan kerja, kehilangan pekerjaan, atau usia tua. Konsep ini lahir dari kesadaran bahwa setiap individu memiliki hak untuk hidup layak dan mendapatkan perlindungan dari berbagai risiko sosial yang dapat mengancam kesejahteraannya.

Tujuan utama SJSN adalah untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat Indonesia. SJSN bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan sosial bagi seluruh rakyat, mengurangi kesenjangan sosial, serta menciptakan rasa keadilan dan kepastian hukum dalam penyelenggaraan jaminan sosial.

SJSN diselenggarakan berdasarkan prinsip-prinsip dasar yang mencakup asas kemanusiaan, yang menjamin perlakuan manusiawi dan adil bagi setiap individu; asas manfaat, yang memastikan peserta memperoleh manfaat sesuai ketentuan; asas keadilan sosial, yang menekankan akses yang setara terhadap perlindungan sosial; asas kepastian hukum, yang mengharuskan penyelenggaraan sesuai peraturan yang berlaku; dan asas partisipasi, yang mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam program jaminan sosial.

Program-program SJSN terdiri dari **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)** yang memberikan akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, **Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)** yang melindungi pekerja dari risiko kecelakaan kerja, **Jaminan Kematian (JKM)** yang memberikan santunan kepada ahli waris peserta, **Jaminan Hari Tua (JHT)** yang memberikan tabungan untuk masa pensiun, **Jaminan Pensiun (JP)** yang memberikan penghasilan tetap setelah masa pensiun, dan **Jaminan Kehilangan**

**Pekerjaan (JKP)** yang memberikan perlindungan finansial bagi pekerja yang kehilangan pekerjaan.

### **JKK DALAM SJSN**

JKK merupakan salah satu program penting dalam SJSN yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pekerja dari risiko kecelakaan kerja. Program ini dirancang untuk menjamin keselamatan dan kesejahteraan pekerja, serta meringankan beban finansial yang timbul akibat kecelakaan kerja.

JKK memiliki hubungan yang erat dengan program jaminan sosial lainnya dalam SJSN. Berikut beberapa hubungan yang perlu diperhatikan:

- **Komplementer dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):** JKK dan JKN saling melengkapi. Jika terjadi kecelakaan kerja, JKN akan menanggung biaya pengobatan pertama, sedangkan JKK akan menanggung biaya pengobatan lanjutan, rehabilitasi, dan santunan cacat atau kematian.
- **Berhubungan dengan Jaminan Hari Tua (JHT):** Bagi pekerja yang mengalami cacat total dan tetap akibat kecelakaan kerja, JHT dapat menjadi sumber dana tambahan setelah masa pembayaran santunan JKK berakhir.
- **Berbeda dengan Jaminan Pensiun (JP):** JKK lebih fokus pada risiko kecelakaan kerja, sedangkan JP memberikan perlindungan finansial saat memasuki usia pensiun. Namun, bagi pekerja yang mengalami cacat total dan tetap akibat kecelakaan kerja, JP dapat menjadi sumber pendapatan tambahan setelah masa pembayaran santunan JKK berakhir.
- **Berbeda dengan Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP):** JKP memberikan perlindungan finansial bagi pekerja yang kehilangan pekerjaan, sedangkan JKK fokus pada risiko kecelakaan kerja.

### **PENYELENGGARA PROGRAM JKK**

Sejak tahun 2015, Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) mengalami perubahan besar dengan membagi peserta berdasarkan jenis pekerjaan. Pembagian ini bertujuan untuk memberikan pengaturan yang lebih sesuai dengan karakteristik masing-masing kelompok pekerja. Terdapat tiga kelompok utama dalam program ini, masing-masing dengan berbeda.

Kelompok pertama adalah **Pekerja Bukan Penyelenggara Negara** atau swasta, yang mencakup mayoritas pekerja di Indonesia, baik di sektor formal maupun informal. Kelompok ini memiliki beragam jenis pekerjaan dengan tingkat risiko yang bervariasi, sehingga program JKK untuk mereka dirancang dengan fleksibilitas untuk mengakomodasi kebutuhan yang beragam. Contoh pekerja dalam kelompok ini termasuk karyawan perusahaan, pekerja pabrik, pedagang, dan petani. Program JKK pada kelompok ini diselenggarakan oleh **BPJS Ketenagakerjaan** atau **BP Jamsostek**.

Kelompok kedua adalah **Aparatur Sipil Negara (ASN)**, yang meliputi seluruh pegawai negeri sipil di pusat maupun daerah. ASN biasanya memiliki kepastian kerja dan manfaat tambahan dari pemerintah, sehingga program JKK untuk mereka dirancang untuk melengkapi perlindungan yang sudah ada. Program JKK pada kelompok ini diselenggarakan oleh **PT Taspen (Persero)**.

Kelompok ketiga adalah **TNI** dan **Polri**, di mana anggota kedua institusi ini menghadapi risiko tinggi dalam pekerjaan mereka. Program JKK untuk kelompok ini disesuaikan khusus untuk memenuhi kebutuhan spesifik mereka. Program JKK pada kelompok ini diselenggarakan oleh **PT Asabri (Persero)**.

## **KOORDINASI MANFAAT**

### **Di antara Penyelenggaran Program JKK**

Mekanisme Koordinasi Manfaat (COB) antara penyelenggara Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) melibatkan tiga institusi utama: BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, dan PT Asabri. Setiap institusi memiliki cakupan yang berbeda sesuai dengan sektor yang dilayaninya, namun mereka harus bekerja sama untuk memastikan bahwa peserta mendapatkan manfaat yang sesuai tanpa adanya tumpang tindih atau pembayaran ganda. Salah satu langkah pertama dalam mekanisme ini adalah pertukaran data, di mana informasi mengenai pendaftaran peserta yang berpindah dari satu institusi ke institusi lain harus dikoordinasikan. Contohnya, seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) yang pensiun dan kemudian bekerja di sektor swasta perlu agar data kepesertaannya diperbarui dan disinkronkan antara BPJS Ketenagakerjaan dan PT Taspen.

Selanjutnya, perjanjian kerjasama menjadi kunci dalam mekanisme COB ini. Ketiga institusi perlu memiliki kerangka kerja sama yang jelas mengenai cara mereka akan

berkoordinasi, termasuk prosedur klaim bersama dan pembagian biaya. Standarisasi prosedur juga penting untuk memastikan bahwa proses klaim dan verifikasi data disamaratakan. Hal ini tidak hanya mempermudah proses bagi peserta, tetapi juga meningkatkan efisiensi dalam pengolahan klaim di masing-masing institusi.

Aspek penting lainnya adalah pengembangan sistem informasi bersama. Dengan adanya database terintegrasi, akses data menjadi lebih cepat dan akurat, sehingga memungkinkan pelacakan status klaim peserta secara *real-time*. Sistem ini membantu dalam meminimalisir kesalahan dan memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan tersedia dengan mudah bagi semua pihak yang terlibat.

### **Dengan Program JKN**

Koordinasi manfaat antara Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangat penting karena kedua program ini saling melengkapi dalam memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta. JKK dirancang khusus untuk memberikan perlindungan bagi pekerja yang mengalami kecelakaan kerja, sementara JKN mencakup berbagai pelayanan kesehatan yang lebih luas untuk seluruh masyarakat. Dengan adanya koordinasi yang baik antara kedua program, diharapkan peserta dapat memanfaatkan manfaat yang tersedia secara optimal tanpa adanya tumpang tindih atau duplikasi pembayaran.

Prinsip utama dari mekanisme koordinasi ini adalah memastikan bahwa peserta mendapatkan manfaat yang optimal. Hal ini berarti bahwa setiap peserta harus bisa mengakses layanan yang diperlukan tanpa harus khawatir tentang pembayaran yang ganda. Untuk mencapai tujuan ini, diperlukan pengaturan yang jelas mengenai jenis layanan kesehatan yang ditanggung oleh masing-masing program. Misalnya, JKN akan menanggung biaya pengobatan awal, sedangkan JKK akan menanggung biaya rehabilitasi dan santunan yang mungkin diperlukan setelah kecelakaan kerja.

Mekanisme koordinasi antara JKK dan JKN umumnya diatur dalam peraturan perundang-undangan yang relevan dan perjanjian kerjasama antara BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Dalam perjanjian ini, kedua institusi akan menyepakati prosedur klaim, termasuk siapa yang bertanggung jawab untuk membayar layanan tertentu. Ini juga mencakup penentuan mekanisme pembayaran yang akan memudahkan proses bagi peserta yang memerlukan layanan kesehatan setelah mengalami kecelakaan.

Sebagai contoh, jika seorang peserta mengalami kecelakaan kerja dan harus menjalani perawatan medis, biaya pengobatan awal akan ditanggung oleh JKN. Dalam situasi ini, JKN akan menangani biaya untuk perawatan darurat dan pengobatan awal. Namun, untuk biaya pengobatan lanjutan, rehabilitasi, dan santunan cacat atau kematian, tanggung jawab tersebut akan beralih ke JKK. Contoh ini menunjukkan pentingnya koordinasi antara kedua program untuk memastikan bahwa peserta memperoleh perawatan yang dibutuhkan secara efisien dan tanpa kendala.

### **Dengan Program Pemerintah Lainnya**

Koordinasi Manfaat (COB) antara Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan PT Jasa Raharja sangat penting untuk memastikan bahwa korban kecelakaan mendapatkan perlindungan yang optimal. **PT Jasa Raharja**, sebagai perusahaan milik negara, bertanggung jawab memberikan perlindungan dasar kepada korban kecelakaan lalu lintas. Dalam konteks ini, mekanisme koordinasi bertujuan untuk mencegah duplikasi pembayaran manfaat dan memastikan bahwa korban menerima semua haknya secara adil.

Mekanisme koordinasi ini meliputi beberapa aspek, dimulai dari jenis kecelakaan. Jika kecelakaan terjadi dalam rangka pekerjaan, maka JKK akan menjadi program yang bertanggung jawab utama. Sebaliknya, jika kecelakaan lalu lintas terjadi di luar konteks pekerjaan, tanggung jawab utama akan berada di tangan Jasa Raharja. Dalam situasi di mana kecelakaan bersifat ganda, yaitu ketika sebuah kecelakaan kerja melibatkan kendaraan bermotor, kedua program akan melakukan pembagian tanggung jawab sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Selain itu, mekanisme ini juga mencakup jenis manfaat yang diberikan. JKK umumnya menanggung biaya pengobatan lanjutan setelah perawatan awal oleh Jasa Raharja dan bertanggung jawab atas biaya rehabilitasi apabila terjadi cacat akibat kecelakaan kerja. Masing-masing program memiliki jenis santunan yang berbeda, dan koordinasi diperlukan untuk memastikan bahwa total santunan yang diterima oleh korban tidak melebihi batas yang ditentukan, menjaga agar tidak terjadi pembayaran yang berlebihan.

Prosedur klaim dalam koordinasi ini juga sangat penting. Korban atau keluarganya harus melaporkan kejadian kecelakaan kepada kedua pihak dan melengkapi dokumen pendukung seperti laporan kepolisian dan surat keterangan dokter. Setelah itu, kedua

pihak akan melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan. Dalam hal pembagian tanggung jawab, prinsip subsidiaritas diterapkan, di mana program yang memiliki tanggung jawab utama akan membayar terlebih dahulu, sedangkan prinsip proporsionalitas digunakan untuk membagi biaya yang perlu ditanggung oleh kedua belah pihak berdasarkan kesepakatan yang ada.

Sebagai contoh, jika seorang pekerja mengalami kecelakaan lalu lintas saat pulang kerja, Jasa Raharja akan menanggung biaya pengobatan awal dan memberikan santunan sesuai ketentuan. Namun, jika perusahaan tempat pekerja tersebut memiliki program JKK, maka JKK akan menanggung biaya pengobatan lanjutan, rehabilitasi, dan santunan tambahan jika memenuhi syarat. Contoh ini menunjukkan bagaimana koordinasi antara JKK dan Jasa Raharja dapat memberikan perlindungan yang komprehensif bagi korban kecelakaan.

### **JKK DAN ASURANSI DISABILITAS LAINNYA**

Seperti diketahui, Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) adalah program wajib di Indonesia yang dirancang untuk memberikan perlindungan kepada pekerja dari risiko kecelakaan kerja serta penyakit yang diakibatkan oleh pekerjaan. Program ini memiliki cakupan yang komprehensif, mencakup berbagai aspek seperti biaya pengobatan, perawatan, dan rehabilitasi bagi pekerja yang mengalami kecelakaan atau sakit akibat kerja. Dengan adanya JKK, diharapkan pekerja dapat merasa lebih aman dan terlindungi saat menjalankan tugas mereka, sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan secara keseluruhan. Mari kita lihat perbedaan dan persamaan dengan program asuransi disabilitas yang pernah dibahas pada buku ini.

Asuransi Disabilitas Pendapatan merupakan program yang lebih fleksibel dan bersifat sukarela, memberikan perlindungan terhadap berbagai jenis disabilitas yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk bekerja. Cakupan asuransi ini lebih luas dibandingkan dengan JKK, karena tidak hanya berfokus pada kecelakaan kerja tetapi juga mencakup kondisi medis lainnya yang dapat menyebabkan disabilitas. Namun, premi yang harus dibayarkan untuk program ini juga lebih tinggi, mencerminkan cakupan yang lebih besar dan risiko yang lebih luas yang dijamin.

*Workers' Compensation Program* (WCP) adalah program yang mirip dengan JKK, tetapi lebih bersifat negara bagian di Amerika Serikat. Meskipun tujuan utamanya sama, yakni

memberikan perlindungan kepada pekerja terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja, cakupan WCP umumnya lebih terbatas dibandingkan dengan JKK. Meskipun demikian, sistem WCP telah teruji selama bertahun-tahun dan telah beradaptasi dengan berbagai kondisi di masing-masing negara bagian. Selain itu, *Social Security Disability Insurance* (SSDI) lebih fokus pada disabilitas jangka panjang yang mencegah individu untuk bekerja sama sekali, sementara JKK dan WCP lebih terfokus pada perlindungan terhadap kecelakaan dan penyakit yang terjadi di tempat kerja.

**Tabel 7.1 Perbandingan JKK, Asuransi Disabilitas Pendapatan, WCP, dan SSDI**

Fitur	Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	Asuransi Disabilitas Pendapatan	Workmen's Compensation Program (WCP)	Social Security Disability Insurance (SSDI)
<b>Fokus</b>	Kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja	Disabilitas umum (termasuk non-kerja)	Kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja	Disabilitas jangka panjang yang mencegah seseorang bekerja
<b>Cakupan</b>	Biaya medis, santunan cacat, kematian, rehabilitasi	Ganti rugi pendapatan	Biaya medis, hilangnya upah, cacat permanen	Manfaat bulanan, tunjangan tambahan
<b>Penyelenggara</b>	BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, dan PT Asabri	Perusahaan asuransi swasta	Lembaga pemerintah negara bagian atau perusahaan asuransi swasta	Social Security Administration (SSA)
<b>Sifat</b>	Wajib bagi semua pekerja dan pemberi kerja	Sukarela	Wajib bagi sebagian besar pekerja	Berbasis kontribusi dari pekerja dan pemberi kerja
<b>Pendanaan</b>	Iuran bersama pekerja dan pemberi kerja	Premi yang dibayarkan oleh pemegang polis	Iuran yang dibayarkan oleh pemberi kerja	Pajak penghasilan dan kontribusi dari pekerja dan pemberi kerja
<b>Lingkup</b>	Indonesia	Internasional (beragam produk dari berbagai perusahaan)	Negara bagian (Amerika Serikat)	Federal (Amerika Serikat)

## MEKANISME PENYELENGGARAN PROGRAM JKK

---

Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) memberikan manfaat perlindungan bagi peserta terhadap risiko kecelakaan kerja yang mencakup berbagai situasi. Perlindungan ini berlaku tidak hanya saat berada di tempat kerja, tetapi juga mencakup perjalanan pergi dan pulang dari tempat kerja serta perjalanan dinas. Dengan demikian, program ini memastikan bahwa pekerja terlindungi dalam berbagai aspek terkait kegiatan kerja mereka.

Iuran Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) ditentukan berdasarkan tingkat risiko pekerjaan yang dihadapi, dengan persentase yang bervariasi sesuai dengan kategori risiko. Untuk pekerjaan dengan tingkat risiko sangat rendah, iuran ditetapkan sebesar 0,24% dari upah sebulan, sedangkan untuk risiko rendah sebesar 0,54%. Pekerjaan dengan tingkat risiko sedang dikenakan iuran sebesar 0,89%, sedangkan untuk risiko tinggi, iuran meningkat menjadi 1,27%. Terakhir, pekerjaan yang dikategorikan sebagai sangat tinggi memiliki iuran tertinggi, yaitu 1,74% dari upah sebulan. Dengan demikian, semakin tinggi risiko yang dihadapi pekerja, semakin besar pula iuran yang harus dibayarkan. Iuran JKK ini bagi pekerja sektor formal sepenuhnya menjadi beban pemberi kerja.

Ketika pekerja mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja, mereka berhak menerima berbagai manfaat. Manfaat tersebut meliputi pelayanan kesehatan, santunan uang untuk membantu mereka secara finansial, serta bantuan untuk mempersiapkan kembali mereka bekerja. Selain itu, program ini juga mencakup kegiatan promotif dan preventif untuk mengurangi risiko kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja, sehingga memberikan dukungan yang komprehensif bagi kesejahteraan peserta.

### PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dirancang untuk memenuhi kebutuhan medis secara komprehensif. Pelayanan ini mencakup berbagai jenis pemeriksaan dan perawatan, seperti pemeriksaan dasar dan penunjang, perawatan tingkat pertama, serta rawat inap di rumah sakit pemerintah atau swasta yang setara. Selain itu, peserta juga berhak mendapatkan perawatan intensif, penunjang diagnostik, serta penanganan untuk komorbiditas dan komplikasi yang terkait dengan

kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja. Pelayanan kesehatan ini bertujuan untuk memastikan peserta mendapatkan perawatan yang tepat dan menyeluruh.

### **Jenis-jenis Pelayanan yang Tersedia**

Pelayanan kesehatan tidak hanya terbatas pada perawatan medis dasar, tetapi juga mencakup berbagai layanan penting lainnya, seperti pelayanan khusus, alat kesehatan dan implan, jasa dokter, serta operasi. Peserta juga dapat mengakses pelayanan darah dan rehabilitasi medik untuk mendukung proses pemulihan mereka. Dalam situasi tertentu, di mana peserta tidak dapat melanjutkan pengobatan ke rumah sakit, perawatan di rumah (*homecare*) dapat dilakukan. Perawatan ini dilaksanakan bekerja sama dengan fasilitas kesehatan dan memiliki batasan manfaat maksimal satu tahun serta biaya maksimum sebesar Rp20 juta.

### **Ketentuan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan diberikan tanpa batasan biaya selama peserta memerlukan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan medis, hingga mereka dinyatakan sembuh atau mengalami kecacatan. Semua pelayanan harus dilakukan di fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan. Apabila peserta berada di daerah yang tidak memiliki fasilitas kesehatan yang berkolaborasi dengan BPJS, biaya pelayanan kesehatan akan diganti sesuai ketentuan yang berlaku. Hal ini memastikan bahwa peserta tetap mendapatkan akses ke perawatan yang mereka butuhkan, terlepas dari lokasi mereka.

### **Tujuan Pelayanan Kesehatan**

Tujuan utama dari pelayanan kesehatan dalam program JKK adalah untuk mendukung pemulihan peserta secara menyeluruh setelah mengalami kecelakaan atau penyakit akibat kerja. Dengan menyediakan pelayanan yang komprehensif dan tanpa batasan biaya yang ketat, BPJS Ketenagakerjaan berkomitmen untuk memastikan bahwa peserta mendapatkan perawatan yang optimal. Ini tidak hanya membantu peserta untuk kembali ke kondisi kesehatan yang baik, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan mereka setelah mengalami insiden yang merugikan.

## **SANTUNAN TUNAI**

Santunan uang tunai terdiri atas 8 jenis, yaitu:

### **Penggantian Biaya Transportasi**

Santunan tunai pertama dalam program JKK adalah penggantian biaya transportasi. Santunan ini mencakup biaya transportasi peserta yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit terkait pekerjaan, baik untuk perjalanan ke rumah sakit, pertolongan pertama, maupun rujukan ke rumah sakit lain. Selain itu, biaya transportasi untuk peserta yang mengikuti Program Kembali Kerja menuju dan pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan dan balai latihan kerja juga termasuk. Besaran dana transportasi bervariasi, dengan batasan tertentu berdasarkan jenis transportasi yang digunakan.

### **Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB)**

Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB), berupa uang tunai sesuai dengan upah yang dilaporkan kepada BPJS Ketenagakerjaan. Pada enam bulan pertama, peserta akan menerima 100% dari upah mereka, diikuti dengan 100% selama enam bulan kedua. Setelah itu, pada enam bulan ketiga dan seterusnya, santunan akan berkurang menjadi 50% dari upah hingga peserta dinyatakan sembuh atau mengalami cacat. Santunan ini diberikan berdasarkan surat keterangan dokter dan dibayarkan kepada pemberi kerja untuk peserta penerima upah, sementara peserta bukan penerima upah akan menerima langsung.

### **Santunan Cacat**

Santunan cacat diberikan kepada peserta yang mengalami cedera, dengan perhitungan yang berbeda tergantung pada tingkat kecacatan. Untuk cacat sebagian anatomis, santunan dihitung berdasarkan persentase sesuai tabel, dikalikan 80 dan dikalikan upah sebulan. Santunan untuk cacat sebagian fungsi juga menggunakan perhitungan serupa, namun memperhitungkan berkurangnya fungsi. Sementara untuk cacat total tetap, peserta berhak menerima 70% dari 80 kali upah sebulan, memberikan dukungan finansial yang signifikan bagi mereka yang mengalami dampak serius akibat kecelakaan kerja.

### **Santunan Kematian**

Dalam hal peserta meninggal dunia, santunan kematian sebesar 60% dari 80 kali upah sebulan akan diberikan, yang setara dengan 48 kali upah sebulan. Jumlah ini tidak hanya mencakup santunan kematian, tetapi juga manfaat Jaminan Kematian (JKM) dan biaya pemakaman yang sebesar Rp10 juta. Dengan adanya santunan ini, keluarga peserta dapat mendapatkan bantuan finansial yang penting saat menghadapi kehilangan.

**Santunan Berkala**

Santunan berkala juga disediakan dalam bentuk pembayaran sekaligus sebesar 24 kali Rp500 ribu, yaitu total Rp12 juta. Santunan ini diberikan jika peserta meninggal dunia atau mengalami cacat total tetap akibat kecelakaan kerja atau penyakit terkait pekerjaan. Pembayaran ini bertujuan untuk memberikan dukungan tambahan bagi keluarga yang ditinggalkan, membantu mereka dalam menghadapi situasi sulit setelah kehilangan.

**Biaya Rehabilitasi**

Biaya rehabilitasi adalah santunan yang mencakup penggantian alat bantu seperti orthose dan prothese bagi peserta yang kehilangan anggota badan atau mengalami disfungsi akibat kecelakaan kerja. Setiap kasus akan dihitung berdasarkan harga yang ditetapkan oleh Pusat Rehabilitasi Rumah Sakit Umum Pemerintah, ditambah 40% dari harga tersebut, serta biaya rehabilitasi medik. Santunan ini sangat penting untuk membantu peserta kembali berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari.

**Penggantian Biaya Alat Bantu Lainnya**

Penggantian biaya untuk alat bantu lainnya juga tersedia bagi peserta yang membutuhkannya. Alat bantu seperti gigi tiruan, alat bantu dengar, dan kacamata mendapatkan batasan penggantian yang spesifik, yaitu Rp5 juta untuk gigi tiruan, Rp2.5 juta untuk alat bantu dengar, dan Rp1 juta untuk kacamata. Dengan adanya penggantian biaya ini, peserta dapat memperoleh alat bantu yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka setelah mengalami kecelakaan kerja atau penyakit.

**Beasiswa Pendidikan**

Program JKK juga menyediakan beasiswa pendidikan bagi anak peserta yang meninggal dunia atau mengalami cacat total tetap akibat kecelakaan kerja. Beasiswa ini mencakup pendidikan dari TK hingga perguruan tinggi, dengan jumlah yang bervariasi tergantung pada tingkat pendidikan. Dengan total maksimal mencapai Rp174 juta, beasiswa ini memberikan dukungan signifikan untuk memastikan kelanjutan pendidikan anak-anak, bahkan dalam situasi yang sulit bagi keluarga mereka. Pengajuan klaim beasiswa dilakukan setiap tahun, dan program ini berakhir saat anak mencapai usia 23 tahun atau menikah.

## **PROGRAM KEMBALI BEKERJA**

Program Kembali Bekerja (*Return to Work*) adalah inisiatif yang dirancang untuk membantu peserta yang mengalami kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja agar dapat kembali ke dunia kerja. Program ini mencakup serangkaian pelayanan kesehatan, rehabilitasi, dan pelatihan yang bertujuan untuk mempersiapkan peserta agar siap untuk bekerja kembali. Dengan pendekatan yang holistik, program ini mendukung peserta dalam proses pemulihan dan reintegrasi ke lingkungan kerja.

### **Kelayakan Peserta**

Program Kembali Bekerja ditujukan khusus untuk Peserta Penerima Upah, yaitu mereka yang bekerja dan menerima imbalan. Untuk dapat mengikuti program ini, ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi, termasuk terdaftar sebagai peserta Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) di BPJS Ketenagakerjaan dan memastikan bahwa pemberi kerja selalu tertib dalam membayar iuran. Peserta juga harus mengalami kecacatan akibat kecelakaan kerja atau penyakit terkait, serta memiliki rekomendasi dari Dokter Penasihat yang menyatakan bahwa mereka perlu difasilitasi untuk kembali bekerja. Selain itu, baik pemberi kerja maupun pekerja harus menandatangani surat persetujuan untuk mengikuti program ini.

### **Manfaat Program**

Manfaat dari Program Kembali Bekerja meliputi pelayanan kesehatan, rehabilitasi, dan pelatihan kerja yang diberikan berdasarkan rekomendasi dari Dokter Penasihat. Pelayanan ini dapat diberikan baik selama proses pengobatan maupun setelah peserta dinyatakan sembuh dengan kecacatan yang relevan untuk program. Pelayanan dilakukan di fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan, seperti pusat pelayanan kesehatan, fasilitas rehabilitasi, dan lembaga pelatihan kerja. Jenis pelatihan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi peserta, memastikan bahwa mereka mendapatkan dukungan yang sesuai untuk kembali ke pekerjaan mereka.

### **Mekanisme Penyelenggaraan**

Mekanisme penyelenggaraan Program Kembali Bekerja dimulai dengan kewajiban pemberi kerja untuk melaporkan setiap kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam waktu 2 x 24 jam. Pelaporan dilakukan melalui formulir yang disediakan oleh BPJS Ketenagakerjaan. Setelah laporan diterima, Manajer

Kasus BPJS Ketenagakerjaan melakukan verifikasi dan mengumpulkan data pendukung. Berdasarkan hasil verifikasi, Dokter Penasihat memberikan rekomendasi untuk peserta. Selama program berlangsung, Manajer Kasus mendampingi peserta dalam setiap tahap, mulai dari pelayanan kesehatan hingga pelatihan dan penempatan kembali. Selama mengikuti program, peserta tetap menerima Santunan Tidak Mampu Bekerja (STMB) yang dibayarkan oleh BPJS Ketenagakerjaan kepada pemberi kerja.

### **KEGIATAN PROMOTIF DAN PREVENTIF**

Kegiatan promotif dan preventif terkait kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja merupakan tanggung jawab utama Pemberi Kerja. Dalam rangka menjalankan kewajiban ini, Pemberi Kerja dapat bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan untuk merancang dan melaksanakan program yang efektif. Kerja sama ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman dan sehat bagi semua pekerja, serta mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit yang dapat terjadi di tempat kerja.

#### **Jenis Kegiatan Promotif dan Preventif**

Bersama BPJS Ketenagakerjaan, Pemberi Kerja dapat melaksanakan berbagai kegiatan promotif yang mencakup kampanye keselamatan berlalu lintas untuk mencegah kecelakaan selama perjalanan, promosi perilaku hidup bersih dan sehat, serta pembinaan keselamatan dan kesehatan kerja. Selain itu, peningkatan budaya keselamatan dan kesehatan kerja serta peningkatan gizi pekerja juga merupakan bagian dari kegiatan promotif yang dapat dilakukan. Di sisi preventif, kegiatan yang dapat dilaksanakan termasuk pemeriksaan kesehatan dan lingkungan kerja, penyediaan alat pelindung diri, serta pelatihan berkendara yang aman (*safety riding*).

#### **Syarat untuk Mendapatkan Manfaat**

Agar dapat memperoleh manfaat dari kegiatan promotif dan preventif ini, terdapat beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh Pemberi Kerja. Pertama, Pemberi Kerja harus terdaftar sebagai peserta program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) selama minimal tiga tahun. Selain itu, seluruh pekerja harus diikutsertakan dalam program jaminan sosial sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan Pemberi Kerja harus tertib dalam membayar iuran. Memenuhi syarat-syarat ini penting agar Pemberi Kerja dan pekerja dapat merasakan manfaat maksimal dari kegiatan yang dilaksanakan.

### **Pentingnya Kegiatan Promotif dan Preventif**

Melalui kegiatan promotif dan preventif yang dilakukan secara terencana dan kolaboratif, Pemberi Kerja dan BPJS Ketenagakerjaan dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman bagi semua karyawan. Dengan mengedukasi pekerja tentang keselamatan dan kesehatan kerja, serta menyediakan sarana dan prasarana yang memadai, risiko kecelakaan dan penyakit dapat diminimalkan. Hal ini tidak hanya berdampak positif pada kesehatan dan keselamatan pekerja, tetapi juga meningkatkan produktivitas dan kinerja perusahaan secara keseluruhan.

### **TATA CARA KLAIM**

Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) BPJS Ketenagakerjaan melibatkan dua tahap pelaporan. Pertama, Pemberi Kerja, Pekerja, atau Anggota Keluarga Pekerja harus melaporkan kejadian kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja serta mengajukan klaim untuk pelayanan kesehatan. Kedua, setelah perawatan, laporan tahap dua dilakukan untuk melaporkan hasil perawatan (apakah sembuh, cacat, atau meninggal dunia) dan untuk mengajukan klaim santunan.

Pelapor untuk klaim ini berbeda tergantung pada status pekerja. Untuk Pekerja Penerima Upah, pelapor adalah pimpinan perusahaan atau bagian manajemen sumber daya manusia. Sementara itu, untuk Pekerja Bukan Penerima Upah, pelapor bisa berupa pekerja itu sendiri, keluarganya, atau wadah/lembaga yang mewakili mereka.

#### **Laporan Tahap I**

##### **1. Pelaporan Kejadian**

Pelaporan tahap pertama dalam klaim Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) harus dilakukan oleh Pemberi Kerja, Pekerja, atau keluarganya kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Dinas Ketenagakerjaan setempat. Pelaporan ini harus dilakukan paling lambat 2 x 24 jam setelah terjadinya kecelakaan kerja atau setelah penyakit akibat kerja didiagnosis. Pembatasan waktu ini bertujuan untuk memastikan bahwa data pendukung masih lengkap, sehingga proses klaim dapat berjalan dengan lebih lancar dan cepat.

##### **2. Pengajuan Klaim**

Bersamaan dengan pelaporan kejadian, Pemberi Kerja, Pekerja, atau keluarganya juga wajib mengajukan permohonan pembayaran klaim manfaat JKK. Pengajuan klaim ini

harus dilakukan secara bersamaan saat melaporkan kejadian kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja kepada BPJS Ketenagakerjaan. Ini memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan tersedia pada saat laporan diajukan, sehingga mempercepat proses verifikasi dan klaim.

### 3. Pengisian Formulir

Pelaporan dan pengajuan klaim dilakukan dengan mengisi formulir “Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap 1.” Formulir ini harus mencakup informasi lengkap mengenai Pemberi Kerja, peserta, upah peserta, tempat kejadian, kronologi kejadian, serta fasilitas kesehatan yang memberikan pertolongan pertama. Data yang akurat dan lengkap sangat penting untuk memudahkan BPJS Ketenagakerjaan dalam memverifikasi dan menindaklanjuti laporan tersebut.

### 4. Kelengkapan Dokumen

Selain mengisi formulir, pelapor juga harus melengkapi dokumen yang diperlukan, termasuk Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan, Kartu Tanda Penduduk, dan surat keterangan dokter yang memeriksa atau merawat. Dokumen tambahan seperti kuitansi biaya pengangkutan dan pengobatan juga perlu disiapkan jika fasilitas kesehatan yang digunakan belum bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan. Kelengkapan dokumen ini akan membantu mempercepat proses verifikasi klaim.

### 5. Verifikasi Data

Setelah semua laporan dan dokumen diterima, BPJS Ketenagakerjaan akan melakukan verifikasi terhadap keabsahan data peserta dan validitas kasus yang dilaporkan. Proses verifikasi ini melibatkan pengecekan informasi yang telah dicantumkan oleh Pemberi Kerja dalam formulir. BPJS Ketenagakerjaan akan menentukan apakah kasus tersebut merupakan kecelakaan kerja atau bukan, yang sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam proses klaim.

### 6. Penetapan Manfaat

Berdasarkan surat keterangan dokter, BPJS Ketenagakerjaan akan menghitung besarnya manfaat JKK yang berhak diterima oleh peserta. Jika terdapat perbedaan pendapat antara Pekerja dan Pemberi Kerja mengenai penetapan kecelakaan kerja atau manfaat yang diterima, penetapan akan dilakukan oleh Pengawas Ketenagakerjaan setempat.

Jika keputusan dari Pengawas Ketenagakerjaan tidak diterima, pihak yang tidak setuju dapat meminta penetapan dari Menteri Ketenagakerjaan, yang merupakan keputusan final.

#### 7. Penjaminan Pelayanan Kesehatan

Dalam hal pelayanan kesehatan, jika peserta dirawat di fasilitas yang belum bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan, biaya pengobatan harus dibayar terlebih dahulu oleh Pemberi Kerja atau peserta. Namun, jika dirawat di fasilitas yang bekerja sama, pihak fasilitas kesehatan akan memverifikasi keabsahan kepesertaan melalui aplikasi BPJS dan mengajukan permintaan penjaminan. Jika BPJS Ketenagakerjaan menyimpulkan bahwa kasus tersebut adalah kecelakaan kerja, maka pelayanan kesehatan akan dijamin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### Laporan Tahap II

Pada tahap kedua pelaporan klaim Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Pemberi Kerja, Peserta, atau Keluarga Peserta wajib melaporkan akibat dari kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Dinas Ketenagakerjaan. Laporan ini harus disampaikan dalam waktu paling lama 2 x 24 jam setelah Pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia, berdasarkan surat keterangan dokter yang menjelaskan kondisi tersebut.

Untuk pengajuan manfaat santunan JKK, dokumen yang diperlukan meliputi Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan, Kartu Tanda Penduduk, dan surat keterangan dokter. Selain itu, kuitansi biaya pengangkutan serta kuitansi biaya pengobatan atau perawatan harus dilampirkan jika fasilitas kesehatan yang digunakan belum bekerja sama dengan BPJS. Dokumen pendukung lainnya juga perlu disiapkan jika diperlukan untuk melengkapi pengajuan klaim.

#### PERBEDAAN PENDAPAT

Jika terdapat perbedaan pendapat antara Pekerja, Pemberi Kerja, dan BPJS Ketenagakerjaan mengenai penetapan kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja, serta besarnya manfaat JKK, proses penetapan dilakukan secara berjenjang. Pertama, Pengawas Ketenagakerjaan setempat akan melakukan penetapan. Jika hasil penetapan

ini tidak diterima, pihak yang tidak setuju dapat mengajukan permohonan penetapan kepada Menteri Ketenagakerjaan, yang merupakan langkah terakhir dalam proses ini.

### **Penyelesaian Perbedaan Pendapat**

Untuk menyelesaikan perbedaan pendapat mengenai kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja, Pemberi Kerja, Peserta, atau Keluarga Peserta dapat meminta penetapan kepada Pengawas Ketenagakerjaan. Pengawas Ketenagakerjaan, bersama dengan petugas BPJS Ketenagakerjaan, akan meneliti dan memeriksa kejadian yang dilaporkan. Hasil penelitian ini akan menentukan apakah kasus tersebut merupakan kecelakaan kerja atau bukan.

### **Tindakan Setelah Penetapan**

Jika hasil penetapan dari Pengawas Ketenagakerjaan tidak diterima oleh pihak yang mengajukan, mereka dapat meneruskan permohonan kepada Menteri Ketenagakerjaan. Selama menunggu penetapan dari Menteri, Pemberi Kerja diwajibkan untuk membayar biaya pengangkutan dan santunan tidak mampu bekerja sesuai dengan peraturan yang berlaku. Jika Menteri Ketenagakerjaan menetapkan bahwa itu adalah kecelakaan kerja, maka BPJS Ketenagakerjaan wajib membayar manfaat JKK sesuai ketentuan.

### **Pengajuan Banding**

Jika BPJS Ketenagakerjaan tidak setuju dengan hasil penetapan Pengawas Ketenagakerjaan, mereka dapat melakukan banding. Proses banding ini dilakukan secara berjenjang, dimulai dari Kantor Cabang BPJS Ketenagakerjaan, kemudian ke Kantor Wilayah, Kantor Pusat, dan terakhir kepada Menteri Ketenagakerjaan. Hal ini memberikan saluran bagi BPJS untuk mengajukan keberatan atas keputusan yang dibuat oleh Pengawas Ketenagakerjaan.

### **Pengaduan Layanan**

Peserta yang merasa tidak puas dengan pelayanan dari fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan dapat mengajukan pengaduan kepada BPJS setempat atau melalui media elektronik. Sementara itu, jika ketidakpuasan tersebut terkait dengan pelayanan BPJS Ketenagakerjaan itu sendiri, peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Dinas Ketenagakerjaan atau Dewan Jaminan Sosial Nasional. Ini memastikan bahwa peserta memiliki jalur untuk menyampaikan keluhan dan mendapatkan solusi atas masalah yang dihadapi.

## SENGKETA

Sengketa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dapat terjadi antara beberapa pihak, yaitu peserta dengan fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan, serta peserta dengan BPJS Ketenagakerjaan. Sengketa-sengketa ini termasuk dalam kategori sengketa perdata yang berkaitan dengan hak-hak yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Pihak-pihak yang bersengketa memiliki wewenang penuh untuk menyelesaikan masalah mereka, dan sengketa tersebut tidak termasuk dalam kategori yang tidak dapat diselesaikan melalui perdamaian menurut ketentuan hukum yang berlaku.

Penyelesaian sengketa dilakukan melalui tahapan yang berjenjang. Langkah pertama adalah musyawarah, di mana pihak-pihak yang bersengketa berusaha mencapai kesepakatan secara langsung. Musyawarah ini merupakan upaya awal yang diharapkan dapat menyelesaikan sengketa dengan cara yang damai dan tanpa perlu melibatkan pihak ketiga. Jika musyawarah tidak berhasil, langkah selanjutnya adalah menyelesaikan sengketa melalui unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan BPJS Ketenagakerjaan. Unit ini bertugas untuk menangani pengaduan dan mencoba menyelesaikan masalah yang muncul antara peserta dan fasilitas kesehatan atau BPJS.

Jika penyelesaian melalui unit pengendali mutu tidak memadai, maka sengketa dapat dilanjutkan ke proses mediasi. Mediasi melibatkan pihak ketiga yang netral untuk membantu pihak-pihak yang bersengketa mencapai kesepakatan. Proses ini bertujuan untuk memberikan ruang bagi dialog dan negosiasi, sehingga diharapkan dapat menghasilkan penyelesaian yang memuaskan bagi semua pihak. Namun, jika mediasi juga tidak mencapai hasil yang diinginkan, sengketa dapat diajukan ke Pengadilan Negeri untuk penyelesaian lebih lanjut.

Melalui tahapan penyelesaian sengketa ini, diharapkan dapat tercipta keadilan dan kepastian hukum bagi semua pihak yang terlibat. Proses yang berjenjang ini memberikan kesempatan bagi pihak-pihak yang bersengketa untuk menyelesaikan masalah secara damai sebelum melangkah ke jalur hukum. Dengan demikian, sistem penyelesaian sengketa ini tidak hanya berfokus pada hasil akhir, tetapi juga pada proses yang dapat memperkuat hubungan antara peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Ketenagakerjaan.

## RINGKASAN

---

Awal bab ini didahului dengan penjelasan bahwa kecelakaan kerja merupakan peristiwa mendadak dalam hubungan kerja yang memerlukan perlindungan sebagai bagian dari jaminan sosial, mencakup biaya pengobatan dan santunan. Kecelakaan dapat diklasifikasikan berdasarkan penyebab dan biaya, sedangkan penyakit akibat kerja berkembang secara perlahan akibat faktor lingkungan. Kompensasi untuk keduanya meliputi tunjangan cacat dan jaminan kematian, dengan pencegahan yang lebih diutamakan melalui program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Usaha pencegahan ini mencakup pengendalian risiko dan pemeriksaan kesehatan, sedangkan evaluasi keselamatan kerja dilakukan dengan menghitung tingkat frekuensi dan intensitas kecelakaan, termasuk tingkat intensitas yang mengukur hari yang hilang per seribu jam kerja.

Selain itu bab ini menjelaskan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia yang bertujuan memberikan perlindungan sosial bagi seluruh warga, mencakup jaminan kesehatan, kecelakaan kerja (JKK), kematian, hari tua, dan kehilangan pekerjaan. JKK memberikan perlindungan kepada pekerja dari risiko kecelakaan kerja dengan biaya pengobatan, rehabilitasi, dan santunan cacat. Program ini dikelola oleh berbagai lembaga sesuai dengan kelompok pekerja, seperti BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, dan PT Asabri. Koordinasi manfaat antara JKK, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan program lainnya penting untuk menghindari tumpang tindih pembayaran dan memastikan peserta mendapatkan perlindungan optimal. JKK berbeda dari asuransi disabilitas lainnya, dalam hal cakupan, sifat, dan penyelenggaraannya.

Akhirnya, bab ini membahas tentang mekanisme Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) di Indonesia yang memberikan perlindungan bagi pekerja terhadap risiko kecelakaan kerja, mencakup pengobatan, santunan tunai, dan rehabilitasi. Iuran ditentukan berdasarkan tingkat risiko pekerjaan, dan manfaat termasuk biaya transportasi, santunan untuk ketidakmampuan bekerja, cacat, kematian, serta beasiswa pendidikan untuk anak peserta. Pelayanan kesehatan bersifat komprehensif, mencakup perawatan medis tanpa batasan biaya. Program Kembali Bekerja mendukung reintegrasi peserta ke dunia kerja setelah mengalami kecelakaan dengan menyediakan

pelatihan dan rehabilitasi. Proses klaim melibatkan dua tahap pelaporan, dan ada mekanisme penyelesaian sengketa yang berjenjang untuk memastikan keadilan.

# Bab 8

## Asuransi Kumpulan

Pendahuluan .....	211
Cuti Sakit dan Program Disabilitas Jangka Pendek .....	212
Eligibitas .....	213
Manfaat.....	215
Pengajuan Klaim.....	216
Pertimbangan Pajak .....	216
Program Disabilitas Jangka Panjang .....	217
Eligibiltas .....	218
Manfaat.....	220
Pengajuan Klaim.....	223
Pertimbangan Pajak .....	223
Administrasi Klaim .....	223
Proses Administrasi Klaim.....	224
Teknologi dalam Administrasi Klaim.....	226
Program Tempat Kerja.....	227
Ringkasan .....	228

### **PENDAHULUAN**

---

Program asuransi disabilitas (DI) yang disponsori perusahaan merupakan sumber pendapatan penting bagi karyawan yang mengalami disabilitas, dengan variasi yang signifikan antara perusahaan. Manfaat yang diberikan dapat berbeda antar karyawan dalam perusahaan yang sama, dengan program biasanya dibagi menjadi beberapa kategori: program cuti sakit dan jangka pendek yang memberikan manfaat kurang dari enam bulan, program disabilitas jangka panjang (LTD), dan program tempat kerja yang ditujukan untuk karyawan biasa. Pemilihan

program yang tepat sering kali bergantung pada jenis perusahaan, apakah itu di sektor profesional, manufaktur, atau penyedia layanan.

Dalam beberapa tahun terakhir, perusahaan asuransi DI menunjukkan tidak bersedia untuk menanggung asuransi DI individu dalam jumlah besar yang sebelumnya umum bagi para profesional. Oleh karena itu, kombinasi asuransi DI individu dan yang disponsori perusahaan sering kali menjadi pilihan terbaik bagi mereka. Selain itu, kemampuan atau kemauan perusahaan untuk berkontribusi terhadap biaya program juga berpengaruh pada pilihan program. Misalnya, perusahaan yang ingin memberikan perlindungan jangka panjang dapat membayar seluruh premi untuk program LTD grup, sementara perusahaan dengan arus kas yang tidak pasti mungkin hanya mampu mensponsori program dengan kontribusi minimal.

Aspek pajak juga memengaruhi pemilihan program asuransi disabilitas. Pertimbangan mengenai apakah pemberi kerja dapat mengurangi kontribusi program, apakah karyawan dapat mengecualikan kontribusi dari pendapatan saat ini, dan apakah tunjangan dikenakan pajak, semua bergantung pada struktur program tersebut. Oleh karena itu, baik pekerja maupun pemberi kerja perlu memahami implikasi pajak untuk membuat keputusan yang tepat terkait program asuransi disabilitas yang akan diambil.

Setelah membaca bab ini dan menyelesaikan latihan yang menyertainya, Anda akan dapat menjelaskan berbagai jenis program asuransi disabilitas pendapatan yang disponsori oleh pemberi kerja serta membahas pertimbangan pajak yang terkait dengan masing-masing program.

## **CUTI SAKIT DAN PROGRAM DISABILITAS JANGKA PENDEK**

---

Sebagian besar pemberi kerja, baik besar maupun kecil, menyediakan program cuti sakit dan disabilitas jangka pendek (STD) untuk karyawan, menyadari bahwa bahkan karyawan yang terbaik dapat saja sakit atau cedera untuk waktu yang pendek. Dalam pasar kerja yang kompetitif, pemberi kerja perlu melanjutkan gaji dan tunjangan selama periode ini untuk menarik dan mempertahankan karyawan yang berkualitas. Program asuransi disabilitas jangka pendek melengkapi program cuti sakit dengan memberikan tunjangan tambahan. Akhir-akhir ini, beberapa pemberi kerja mengadaptasi program cuti sakit dengan memperlakukan waktu tidak masuk kerja karena sakitnya anggota keluarga sebagai hari sakit, atau dengan memberikan "hari pribadi" (*"personal days"*) yang dapat digunakan untuk

berbagai keperluan. Namun, program cuti sakit umumnya tidak diasuransikan, sementara program jangka pendek bisa saja diasuransikan atau tidak.

## **ELIGIBITAS**

Saat membahas eligibilitas atau kelayakan dalam program asuransi, penting untuk membedakan antara kelayakan untuk pertanggung dan kelayakan untuk menerima tunjangan. Kelayakan untuk pertanggung berkaitan dengan syarat yang harus dipenuhi agar seorang karyawan dapat ditanggung oleh program, sementara kelayakan untuk mendapatkan tunjangan berkaitan dengan syarat yang harus dipenuhi agar karyawan yang sudah ditanggung dapat menerima tunjangan. Dalam program cuti sakit, kelayakan umumnya terbatas pada karyawan tetap penuh waktu, dan seringkali ada masa percobaan yang harus dilalui untuk memastikan kesesuaian karyawan dengan perusahaan.

Kelayakan untuk mendapatkan pertanggung dalam program cuti sakit jangka pendek (STD) bergantung pada apakah program tersebut diasuransikan atau tidak. Jika tidak diasuransikan, pemberi kerja dapat menetapkan kriteria kelayakan sendiri, tetapi jika diasuransikan, kriteria harus sesuai dengan yang diterima oleh tertanggung. Praktiknya, meskipun program STD dapat diasuransikan, cakupannya biasanya tetap terbatas pada karyawan tetap penuh waktu yang telah bekerja dengan pemberi kerja selama periode waktu tertentu, sering kali minimal tiga bulan, dan mereka harus aktif bekerja.

Dalam program asuransi disabilitas yang diasuransikan, karyawan harus memenuhi definisi kontraktual mengenai kecacatan untuk memenuhi syarat mendapatkan manfaat. Definisi yang umum digunakan dalam program disabilitas jangka pendek adalah definisi "*own occ*," yang lebih liberal dibandingkan dengan persyaratan Jaminan Sosial. Berdasarkan definisi ini, karyawan dianggap disabilitas jika mereka tidak dapat melakukan tugas pekerjaan mereka sendiri. Meskipun program jangka pendek tradisional tidak menanggung disabilitas parsial, sejak awal 1990-an, ada penekanan yang lebih besar pada rehabilitasi, sehingga manfaat untuk disabilitas parsial semakin umum, memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengurangi risiko dan biaya sambil memberikan manfaat bagi tertanggung.

Namun, penting untuk dicatat bahwa program STD hanya memberikan manfaat untuk disabilitas yang tidak terkait dengan pekerjaan. Untuk disabilitas yang terjadi akibat pekerjaan, perlindungan disediakan oleh kompensasi pekerja. Dengan demikian, meskipun ada kemajuan dalam penawaran manfaat untuk disabilitas parsial dalam program STD,

batasan tetap ada dalam hal cakupan yang ditawarkan, yang memisahkan antara disabilitas non-pekerjaan dan disabilitas yang terkait dengan pekerjaan.

### Perbedaan definisi disabilitas dengan Jaminan Sosial

Disabilitas Jangka Pendek (STD) biasanya disediakan oleh perusahaan swasta atau asuransi kesehatan, sementara program disabilitas yang dikelola oleh Jaminan Sosial (*Social Security Disability Insurance, SSDI*) memiliki pendekatan yang berbeda. STD dari perusahaan swasta memiliki definisi disabilitas yang lebih fleksibel dan fokus pada ketidakmampuan karyawan untuk melakukan pekerjaan mereka saat ini akibat kondisi medis tertentu, dengan periode manfaat yang lebih singkat, biasanya beberapa minggu atau bulan. Sebaliknya, SSDI memiliki definisi disabilitas yang lebih ketat, mengharuskan individu untuk membuktikan adanya kondisi medis yang parah dan berkepanjangan yang menghalangi mereka dari semua jenis pekerjaan. Proses klaim SSDI juga cenderung panjang dan memerlukan banyak dokumen medis.

Secara umum, definisi disabilitas untuk STD dari perusahaan swasta cenderung lebih fleksibel dibandingkan dengan SSDI dari Jaminan Sosial. SSDI memiliki standar yang sangat tinggi untuk memastikan bahwa hanya mereka yang benar-benar membutuhkan bantuan finansial akibat disabilitas yang parah dan berkepanjangan yang menerima manfaat.

**Tabel 8.1 Perbedaan Utama antara STD dengan SSDI:**

Fitur	STD Perusahaan Swasta	SSDI Jaminan Sosial
Definisi Cacat atau Disabilitas	Lebih fleksibel, fokus pada pekerjaan saat ini	Lebih ketat, fokus pada kemampuan bekerja secara umum
Durasi Manfaat	Biasanya lebih singkat (minggu atau bulan)	Biasanya lebih panjang (minimal 12 bulan)
Proses Klaim	Lebih sederhana	Lebih kompleks dan memakan waktu
Sumber Dana	Premi asuransi atau dana perusahaan	Pajak penghasilan

### Ketentuan Pengecualian

Program asuransi yang diasuransikan sering kali mengecualikan kondisi tertentu untuk melindungi perusahaan asuransi dari seleksi yang merugikan, yaitu situasi di mana desain program menarik karyawan dengan kecenderungan disabilitas untuk berpartisipasi lebih banyak daripada populasi umum. Disabilitas yang umumnya dikecualikan dalam program jangka pendek mencakup kondisi di mana tertanggung tidak sedang menerima perawatan

dari dokter berlisensi, disabilitas yang ditimbulkan sendiri, kondisi akibat partisipasi dalam kejahatan, atau disabilitas yang mulai terjadi saat karyawan tidak tercakup dalam polis.

Dalam perkembangan terkini, meskipun sebelumnya umum bagi program asuransi disabilitas jangka pendek untuk mengecualikan kehamilan, hukum federal sekarang mewajibkan pemberi kerja dengan 15 atau lebih karyawan untuk memberikan manfaat selama kehamilan. Sebagai respons terhadap peraturan ini, polis asuransi DI jangka pendek telah menghapus pengecualian kehamilan untuk memastikan cakupan yang sesuai dengan persyaratan hukum.

Program asuransi disabilitas jangka pendek dirancang untuk memberikan perlindungan finansial sementara bagi individu yang tidak dapat bekerja akibat cedera atau sakit, namun tidak semua kondisi medis akan dijamin. Beberapa pengecualian umum termasuk kondisi yang sudah ada sebelumnya, cedera yang disengaja atau akibat tindakan kriminal, serta cedera yang terjadi saat berpartisipasi dalam kegiatan berbahaya. Selain itu, beberapa kondisi psikologis tertentu, terutama yang sudah ada sebelumnya, mungkin juga tidak sepenuhnya dijamin. Meskipun hukum di banyak negara kini mengharuskan perusahaan untuk memberikan manfaat kehamilan bagi karyawan tertentu, sebelumnya kehamilan sering kali dianggap sebagai pengecualian dalam polis ini.

## **MANFAAT**

Program cuti sakit umumnya memberikan 100 persen gaji dan semua tunjangan lainnya untuk periode tertentu, seperti 10 hari per tahun. Jika karyawan tidak menggunakan semua hari cuti, mereka biasanya dapat mengakumulasi hari-hari yang tidak terpakai untuk tahun berikutnya, dengan batas maksimum tertentu. Manfaat dari program cuti sakit sering kali dikoordinasikan dengan manfaat dari program pemerintah; misalnya, jika seorang karyawan menerima dua pertiga gaji dari kompensasi pekerja, program cuti sakit akan menggantikan sepertiga sisanya.

Sementara itu, program disabilitas jangka pendek biasanya mengganti antara 50 persen dan 100 persen dari gaji sebelum kecacatan. Salah satu metode yang umum adalah mengganti 100 persen gaji selama empat minggu pertama, kemudian mengurangi manfaat menjadi 70 persen. Selain itu, karyawan biasanya harus memenuhi masa tunggu, yaitu periode waktu yang harus dilewati sebelum memenuhi syarat untuk mendapatkan pertanggungjawaban, serta periode eliminasi yang harus dilalui selama disabilitas sebelum manfaat dapat dimulai.

Program cuti sakit biasanya memberikan gaji penuh dan tunjangan lainnya hingga 10 hari per tahun. Jika karyawan tidak menggunakan semua hari cuti yang tersedia, mereka dapat mengakumulasi hari-hari tersebut untuk tahun berikutnya, dengan batas maksimum. Dalam kasus sakit, periode eliminasi selama tujuh hari adalah hal yang umum, dan biasanya tidak ada periode eliminasi untuk kecacatan akibat cedera.

Di sisi lain, program disabilitas jangka pendek (STD) mulai berlaku setelah periode cuti sakit berakhir dan sering kali memiliki periode manfaat yang berlangsung antara 13 hingga 26 minggu. Meskipun ada periode eliminasi yang harus dipenuhi sebelum manfaat dapat dimulai, program ini dirancang untuk memberikan penggantian gaji yang bervariasi, biasanya antara 50 persen hingga 100 persen dari gaji sebelum kecacatan.

Untuk mencegah karyawan berpura-pura sakit dan mendorong mereka kembali bekerja, manfaat dari program jangka pendek sering kali dikoordinasikan dengan manfaat lain, seperti kompensasi pekerja, manfaat cacat sementara berdasarkan hukum negara bagian, dan manfaat Jaminan Sosial. Periode tunggu lima bulan yang ditetapkan oleh Jaminan Sosial biasanya menghindari tumpang tindih antara manfaat tersebut.

### **PENGAJUAN KLAIM**

Persetujuan klaim disabilitas dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk jenis dan keparahan kondisi medis, di mana kondisi yang serius dan berkepanjangan, seperti kanker atau penyakit jantung, lebih cenderung disetujui. Usia yang lebih tua dan riwayat pekerjaan yang berat juga dapat meningkatkan peluang persetujuan klaim. Selain itu, dokumen medis yang lengkap dan terperinci sangat penting untuk mendukung klaim, sementara evaluasi menyeluruh terhadap kemampuan fisik dan mental seseorang untuk bekerja juga akan dilakukan.

### **PERTIMBANGAN PAJAK**

Dalam program cuti sakit yang tidak diasuransikan, gaji dan upah yang terus diberikan kepada karyawan dikenakan pajak seperti bentuk kompensasi lainnya. Dari sisi pemberi kerja, kompensasi ini dapat dikurangkan sebagai biaya bisnis yang wajar dan biasa, sehingga memberikan keuntungan finansial bagi perusahaan.

Sementara itu, pembayaran premi untuk program disabilitas jangka pendek (STD) juga dapat dikurangkan oleh pemberi kerja, namun jumlah tersebut tidak termasuk dalam pendapatan karyawan. Perpajakan pada manfaat tergantung pada apakah program tersebut bersifat

kontribusi atau non-kontribusi. Dalam program non-kontribusi, semua manfaat yang diterima karyawan dikenakan pajak, sedangkan dalam program kontribusi, bagian manfaat yang berasal dari kontribusi karyawan bebas pajak, sementara yang berasal dari kontribusi pemberi kerja umumnya dikenakan pajak.

#### Contoh Kasus: Program Pendidikan Lanjutan

Perusahaan ABC menawarkan program pendidikan lanjutan yang sangat komprehensif bagi karyawannya. Perusahaan akan membiayai sepenuhnya biaya kuliah untuk program gelar master atau doktoral yang relevan dengan pekerjaan. Selain itu, perusahaan juga memberikan bonus bulanan kepada karyawan yang sedang menempuh studi.

Program ini tidak hanya meningkatkan keterampilan dan pengetahuan karyawan, tetapi juga meningkatkan loyalitas mereka terhadap perusahaan. Dengan menawarkan manfaat pendidikan yang sangat menarik, perusahaan dapat menarik dan mempertahankan talenta terbaik.

#### Contoh Kasus: Program Opsi Saham Karyawan (ESOP)

Perusahaan DEF memiliki program ESOP yang sangat generatif. Perusahaan secara teratur memberikan opsi saham kepada karyawannya, terutama kepada eksekutif dan manajer. Opsi saham ini seringkali diberikan dengan harga yang jauh di bawah harga pasar.

Program ESOP ini memberikan insentif yang kuat bagi karyawan untuk meningkatkan kinerja perusahaan. Dengan memiliki saham di perusahaan, karyawan memiliki kepentingan yang sama dengan pemilik perusahaan untuk meningkatkan nilai perusahaan.

## PROGRAM DISABILITAS JANGKA PANJANG

---

Program disabilitas jangka panjang (LTD) adalah tunjangan yang umum diberikan kepada karyawan, dengan keberadaan pertama kali muncul pada tahun 1920-an dan berkembang seiring dengan pertumbuhan paket tunjangan yang dinegosiasikan oleh serikat pekerja antara tahun 1950-an hingga 1970-an. Program ini hampir selalu diasuransikan dan menggunakan polis kumpulan, yang berarti bahwa cakupan diberikan kepada sekelompok karyawan, bukan pada perorangan secara terpisah.

## ELIGIBILITAS

Salah satu karakteristik utama dari program disabilitas jangka panjang (LTD) adalah underwriting kelompok yang dijamin, di mana karyawan individu dijamin pertanggungjawabannya berdasarkan karakteristik dan pengalaman klaim dari seluruh kelompok, bukan berdasarkan status atau riwayat medis pribadi. Ini memungkinkan karyawan, seperti mereka yang bekerja penuh waktu, untuk mendapatkan perlindungan tanpa harus memenuhi syarat kesehatan yang ketat.

Namun, seleksi yang merugikan (*adverse selection*) menjadi perhatian utama bagi perusahaan asuransi yang menawarkan pertanggungjawaban dengan jaminan underwriting. Tanpa perlindungan yang memadai, perusahaan asuransi berisiko mengasuransikan sekelompok karyawan dengan kesehatan yang lebih buruk, yang dapat mengakibatkan klaim yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan populasi yang lebih luas. Untuk mengatasi masalah ini, perusahaan asuransi dapat mengambil langkah-langkah seperti menetapkan tingkat partisipasi yang signifikan dari kelompok karyawan dan memberlakukan masa percobaan yang bervariasi antara tiga bulan hingga satu tahun.

Selanjutnya, meskipun membatasi jumlah manfaat maksimum dan mendasarkan manfaat pada persentase gaji yang seragam tidak sepenuhnya mencegah seleksi yang merugikan, langkah-langkah ini membantu mengurangi paparan risiko bagi perusahaan asuransi. Dengan strategi-strategi ini, perusahaan dapat melindungi diri mereka dari potensi kerugian yang disebabkan oleh klaim tinggi dari kelompok karyawan yang tidak sehat.

Agar memenuhi eligibilitas atau syarat menerima manfaat dari program disabilitas jangka panjang (LTD), tertanggung harus sesuai dengan definisi disabilitas yang ditetapkan dalam polis. Mayoritas program LTD menggabungkan definisi disabilitas "pekerjaan sendiri" dengan "pekerjaan apa pun," di mana seseorang dianggap cacat jika tidak dapat bekerja dalam pekerjaan apa pun yang sesuai dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman mereka. Definisi "pekerjaan sendiri" umumnya berlaku selama periode awal, seperti 24 hingga 36 bulan, setelah itu tunjangan hanya diberikan jika karyawan memenuhi definisi disabilitas "pekerjaan apa pun."

Program LTD juga cenderung menyediakan manfaat untuk disabilitas parsial dan *residual*, mendorong individu yang dapat bekerja paruh waktu atau melakukan sebagian tugas untuk kembali ke dunia kerja. Ini menguntungkan bagi karyawan karena mereka dapat memperoleh

penghasilan tanpa kehilangan tunjangan disabilitas sepenuhnya, dan bagi pemberi kerja karena mereka dapat memanfaatkan keterampilan pekerja yang disabilitas sebagian. Selain itu, bagi perusahaan asuransi, ini mengurangi total pengeluaran untuk tunjangan disabilitas, karena karyawan yang kembali bekerja paruh waktu cenderung tetap bekerja, atau bahkan kembali bekerja penuh waktu.

Program disabilitas jangka panjang (LTD) memiliki beberapa pengecualian dari cakupan, mirip dengan program jangka pendek. Pengecualian umum mencakup disabilitas yang terjadi jika bertanggung tidak dalam perawatan dokter, cacat yang disebabkan oleh tindakan yang disengaja, kondisi yang muncul saat karyawan tidak tercakup oleh polis, cacat akibat perang, partisipasi dalam kejahatan, dan kondisi yang sudah ada sebelumnya.

Batasan sering kali diterapkan pada disabilitas yang disebabkan oleh penyakit mental, alkoholisme, atau kecanduan narkoba, dengan manfaat layanan rawat jalan biasanya dibatasi hingga dua tahun. Secara umum, suatu kecacatan dianggap sebagai akibat dari kondisi yang sudah ada sebelumnya jika dimulai dalam 12 bulan pertama setelah karyawan dicakup oleh program LTD dan jika karyawan telah menerima perawatan atau saran medis terkait kondisi tersebut sebelum memenuhi syarat untuk program LTD, serta dalam waktu 90 hari sejak tanggal efektif pertanggunggaan.

Pengecualian untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya bertujuan untuk menekan klaim dan biaya dengan mengurangi risiko seleksi yang merugikan. Konsep ini menyatakan bahwa individu dengan masalah medis yang sudah ada tidak seharusnya mendapatkan keuntungan langsung dari pengetahuan mereka, sehingga mereka harus bekerja setahun sebelum dapat menerima manfaat. Namun, dalam perusahaan dengan lebih dari 100 karyawan, pengecualian ini jarang diterapkan karena penyebaran risiko yang lebih baik dan fakta bahwa keputusan pembelian tidak dibuat untuk menguntungkan satu individu, yang memungkinkan perusahaan asuransi untuk menghapus pengecualian tersebut.

### **Definisi Disabilitas dalam Program LTD**

Program Asuransi Disabilitas Jangka Panjang (LTD) umumnya memiliki definisi disabilitas yang cukup spesifik. Tujuannya adalah untuk memberikan kejelasan bagi peserta mengenai kondisi apa saja yang dianggap memenuhi syarat untuk menerima manfaat.

Secara umum, definisi disabilitas dalam program LTD mengacu pada ketidakmampuan total dan terus-menerus untuk melakukan pekerjaan yang sebelumnya dilakukan. Ini berarti bahwa

individu tersebut tidak lagi mampu melakukan tugas-tugas utama pekerjaan mereka akibat kondisi medis yang serius.

Namun, ada beberapa variasi dalam definisi disabilitas yang bisa ditemukan di berbagai program LTD, antara lain:

- **Definisi Any Occupation:** Dalam definisi ini, seorang individu dianggap disabilitas jika mereka tidak mampu melakukan pekerjaan apa pun yang sesuai dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman mereka. Definisi ini cenderung lebih ketat.
- **Definisi Own Occupation:** Definisi ini lebih umum digunakan. Seorang individu dianggap disabilitas jika mereka tidak mampu melakukan pekerjaan yang sebelumnya mereka lakukan.

Penentuan disabilitas dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk dokumen medis yang kuat sebagai bukti klaim, di mana dokter memberikan penilaian tentang kondisi medis, prognosis, dan kemampuan kerja peserta. Selain itu, usia dan pengalaman kerja dapat memengaruhi penilaian terhadap kemampuan individu untuk melakukan pekerjaan lain, sementara tingkat pendidikan juga dipertimbangkan dalam menentukan jenis pekerjaan yang sesuai. Perusahaan asuransi sering meminta peserta untuk mengikuti program rehabilitasi guna memaksimalkan potensi mereka untuk kembali bekerja.

## MANFAAT

Jumlah manfaat yang diberikan melalui program asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) biasanya dinyatakan sebagai persentase dari gaji karyawan, dengan batasan jumlah maksimum dalam dolar. Persentase yang umum diberikan adalah 60 persen dari gaji sebelum disabilitas, karena perusahaan asuransi cenderung tidak memberikan manfaat lebih dari 70 persen untuk menghindari kemungkinan karyawan berpura-pura sakit. Batasan manfaat yang umum di Amerika Serikat berkisar antara \$3.000 hingga \$6.000 per bulan, meskipun ada juga perusahaan asuransi kumpulan yang menawarkan batasan hingga \$10.000 atau, dalam kasus yang sangat jarang, hingga \$25.000 per bulan.

### Contoh Kasus: Amrin, Pekerja Pabrik

Amrin, seorang pekerja pabrik dengan gaji \$4.000 per bulan, mengikuti program asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) yang mengganti 60% dari gajinya, dengan batas maksimum manfaat bulanan sebesar \$3.000. Program ini memiliki periode eliminasi selama 3 bulan dan

memberikan manfaat hingga usia 65 tahun untuk disabilitas yang terjadi sebelum Amrin mencapai usia 60 tahun. Meskipun gaji Amrin lebih rendah dibandingkan dengan rekan-rekannya, batas maksimum manfaat bulannya juga lebih rendah, menunjukkan bahwa program LTD sering kali menetapkan batasan berdasarkan tingkat gaji karyawan.

#### Contoh Kasus: Budi, Guru

Budi, seorang guru dengan gaji \$5.500 per bulan, memiliki program LTD yang mengganti 50% dari gajinya tanpa batas maksimum. Dengan periode eliminasi selama 6 bulan, program ini menawarkan manfaat seumur hidup untuk disabilitas yang terjadi sebelum usia 62 tahun. Keunikan program LTD Budi terletak pada tidak adanya batas maksimum manfaat bulanan, meskipun periode eliminasi yang lebih panjang dibandingkan dengan kasus Andi menambah kompleksitas dalam proses klaim.

#### Contoh Kasus: Cici, Profesional IT

Cici, seorang profesional IT dengan gaji \$8.000 per bulan, mengikuti program LTD yang mengganti 70% dari gajinya, dengan batas maksimum manfaat bulanan sebesar \$6.000. Program ini memiliki periode eliminasi selama 3 bulan dan memberikan manfaat hingga usia 65 tahun tanpa memperhatikan usia saat terjadinya disabilitas. Program LTD Cici menawarkan persentase penggantian gaji yang lebih tinggi dibandingkan dengan kasus Andi, serta memberikan fleksibilitas lebih dalam hal usia, menjadikannya pilihan yang menarik bagi karyawan dengan gaji lebih tinggi.

Variasi yang mungkin ditemui dalam program asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) mencakup persentase penggantian gaji yang berkisar antara 50% hingga 70%, tergantung pada kebijakan perusahaan, serta adanya batas maksimum manfaat bulanan yang bervariasi antara program. Periode eliminasi umumnya antara 3 hingga 6 bulan, meskipun bisa lebih panjang atau lebih pendek, dan definisi disabilitas juga dapat bervariasi, dengan beberapa program menggunakan definisi "*own occupation*" dan yang lain "*any occupation*." Selain itu, program LTD sering berkoordinasi dengan program asuransi kesehatan dan pensiun, menambah kompleksitas perlindungan yang ditawarkan kepada karyawan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi desain program asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) meliputi ukuran perusahaan, industri, dan kondisi keuangan perusahaan. Perusahaan yang lebih besar cenderung menawarkan program LTD yang lebih komprehensif, sementara industri dengan tingkat risiko yang lebih tinggi, seperti konstruksi, mungkin memiliki persyaratan yang berbeda untuk program tersebut. Selain itu, kondisi keuangan perusahaan juga memainkan peran penting dalam menentukan manfaat dan struktur program. Dengan memahami berbagai variasi ini, individu dapat memilih program LTD yang paling sesuai dengan kebutuhan dan anggaran mereka.

Perbedaan antara disabilitas parsial dan *residual* dalam konteks asuransi kelompok dapat membingungkan, tetapi perbedaan utama terletak pada persyaratan untuk menerima manfaat. Polis kelompok yang memberikan manfaat parsial biasanya mengharuskan tertanggung untuk mengalami periode disabilitas total terlebih dahulu, sedangkan polis yang menawarkan manfaat *residual* tidak memerlukan periode tersebut. Dalam kasus polis *residual*, periode eliminasi dipenuhi oleh kondisi disabilitas *residual* atau parsial, memungkinkan individu untuk menerima manfaat meskipun mereka masih dapat bekerja sebagian.

Selain itu, penting untuk dicatat bahwa manfaat asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) biasanya dikoordinasikan dengan manfaat disabilitas lainnya untuk mencegah terjadinya asuransi yang berlebihan. Koordinasi ini mencakup program-program seperti Disabilitas Jaminan Sosial, kompensasi pekerja, manfaat pendapatan cacat sementara, program pendapatan disabilitas dari pemberi kerja lain, cuti sakit, serta penghasilan dari pekerjaan lain. Dengan cara ini, perusahaan asuransi dapat memastikan bahwa manfaat yang diterima tidak melebihi total pendapatan yang dihasilkan oleh pemegang polis.

Kekhawatiran terhadap asuransi berlebih muncul ketika seorang karyawan dapat mengganti sebagian besar atau seluruh penghasilannya sebelum mengalami disabilitas tanpa harus bekerja, yang dapat mengurangi motivasinya untuk kembali bekerja. Kompensasi yang dikoordinasikan dengan program asuransi disabilitas mendorong rehabilitasi dan kembalinya produktivitas.

Seperti program cacat jangka pendek (STD), program cacat jangka panjang (LTD) biasanya juga memberikan manfaat untuk disabilitas total dan sebagian, memastikan dukungan yang diperlukan bagi karyawan yang mengalami gangguan dalam kemampuan kerja mereka.

## **PENGAJUAN KLAIM**

Proses klaim disabilitas jangka panjang (LTD) melibatkan beberapa tahap, dimulai dengan pemberitahuan awal dari peserta kepada perusahaan asuransi jika mereka tidak dapat bekerja karena kondisi medis. Selanjutnya, peserta harus menyediakan dokumen medis yang relevan, seperti laporan, hasil tes, dan catatan perawatan. Setelah menerima dokumen tersebut, perusahaan asuransi akan meninjau klaim dan dokumen yang diajukan. Dalam beberapa kasus, mereka mungkin meminta peserta untuk menjalani evaluasi medis independen. Akhirnya, setelah peninjauan selesai, perusahaan asuransi akan memberikan keputusan apakah klaim disetujui atau ditolak.

## **PERTIMBANGAN PAJAK**

Pembayaran premi untuk program disabilitas jangka panjang (LTD) dapat dikurangkan oleh pemberi kerja, tetapi jumlah tersebut tidak termasuk dalam pendapatan karyawan. Perpajakan atas manfaat tergantung pada apakah program tersebut bersifat kontribusi atau non kontribusi. Dalam program non kontribusi, di mana pemberi kerja membayar seluruh premi, semua manfaat yang diterima oleh karyawan akan dikenakan pajak dan dimasukkan dalam pendapatan, dengan keringanan pajak yang hanya tersedia bagi mereka yang berpenghasilan sedang. Sebaliknya, dalam program kontribusi, porsi manfaat yang terkait dengan kontribusi pemberi kerja umumnya akan dikenakan pajak.

## **ADMINISTRASI KLAIM**

---

Administrasi klaim asuransi disabilitas pendapatan kumpulan melibatkan beberapa elemen yang penting untuk tertibnya proses. Pertama, tertanggung diwajibkan untuk melaporkan klaim secara tepat waktu sesuai dengan ketentuan polis, dengan informasi yang lengkap dan akurat mengenai kondisi medis dan detail lainnya. Selanjutnya, dokumen pendukung seperti surat keterangan dokter dan hasil tes medis harus diserahkan untuk melengkapi klaim. Setelah itu, staf administrasi akan memverifikasi kelengkapan dokumen dan melakukan penilaian awal untuk memastikan klaim memenuhi persyaratan dasar. Proses dilanjutkan dengan evaluasi medis oleh tim yang berkompeten, yang dapat meminta informasi tambahan jika diperlukan. Akhirnya, jika klaim disetujui, manfaat akan dihitung dan dibayarkan sesuai jadwal yang ditentukan, dan peserta memiliki hak untuk mengajukan banding jika tidak puas dengan keputusan yang diambil.

## PROSES ADMINISTRASI KLAIM

Pertimbangan utama untuk program disabilitas jangka pendek (STD) dan jangka panjang (LTD) berfokus pada administrasi klaim, yang kini mencakup lebih dari sekadar keputusan untuk menyetujui atau menolak klaim. Proses ini melibatkan pembayaran klaim, penolakan klaim, pengelolaan kasus secara klinis atau vokasional, serta pencarian sumber pendapatan lain bagi tertanggung. Perusahaan asuransi harus menyeimbangkan antara menjaga profitabilitas dan memberikan keadilan kepada pemohon serta pemberi kerja yang mensponsori.

Bagi pengaju klaim, proses ini sering kali terasa menakutkan, terutama bagi individu yang sakit atau terluka yang tidak lagi menerima gaji. Mereka harus berurusan dengan personel perusahaan asuransi yang mungkin tidak mereka kenal, dan seringkali merasa bingung tentang cakupan, hak-hak mereka, dan cara mengajukan klaim. Oleh karena itu, salah satu aspek penting dari pekerjaan profesional klaim adalah mendidik pemohon selama proses klaim berlangsung.

Pialang atau agen yang menjual program asuransi juga berperan dalam proses klaim. Pemegang polis melihat pialang sebagai pihak yang merekomendasikan perusahaan asuransi, jadi jika perusahaan tersebut memperlakukan karyawan dengan buruk atau membuat keputusan yang salah, pialang bisa disalahkan. Hal ini dapat merugikan pialang, tidak hanya untuk pertanggungannya yang terlibat, tetapi juga untuk bisnis lain yang mungkin mereka miliki dengan perusahaan tersebut.

Proses klaim dimulai ketika tertanggung mengajukan klaim karena cedera atau penyakit yang dianggap melumpuhkan. Formulir klaim bervariasi antar perusahaan asuransi, tetapi umumnya mencakup bagian untuk tertanggung, bagian untuk diisi oleh dokter, dan bagian untuk perusahaan. Formulir ini meminta informasi tentang tanggal disabilitas, jenis disabilitas, dokter dan rumah sakit yang merawat, serta perkiraan lamanya disabilitas. Untuk asuransi kumpulan, perusahaan juga diminta memberikan informasi mengenai tanggal perekrutan, gaji, pekerjaan, dan kemungkinan kembali bisa bekerja.

Selain itu, frekuensi pembaruan sertifikasi disabilitas tergantung pada ekspektasi pemulihan tertanggung dan kebutuhan untuk memastikan perawatan medis yang tepat. Untuk klaim jangka panjang yang tidak memiliki tanggal pemulihan yang jelas, pembaruan setiap tiga hingga enam bulan adalah lazim, sementara untuk klaim yang lebih lama, pembaruan setiap

12 hingga 24 bulan juga biasa. Namun, jika dokter memproyeksikan pemulihan cepat, maka pembaruan klaim mungkin diminta dalam waktu yang lebih singkat.

Proses klaim dilanjutkan dengan evaluasi klaim, di mana pemeriksa klaim pertama-tama meminta catatan medis. Permintaan ini biasanya dilakukan untuk mendapatkan bukti klaim yang cukup dan menilai kualitas perawatan yang diterima tertanggung. Tujuannya adalah untuk menentukan langkah-langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan kemungkinan tertanggung pulih dan kembali bekerja.

Dalam beberapa kasus, investigasi klaim diperlukan untuk memastikan keabsahan klaim yang diajukan. Penyelidik klaim dapat melakukan berbagai kegiatan, seperti meninjau catatan medis untuk mencari bukti kecurangan (*fraud*), memeriksa catatan keuangan dengan bantuan akuntan publik bersertifikat, dan memerintahkan pemeriksaan medis oleh dokter independen jika disabilitas dianggap jangka panjang. Selain itu, mereka dapat meminta laporan inspeksi untuk memverifikasi pekerjaan dan pendapatan, serta melakukan panggilan langsung kepada tertanggung dan pemberi kerja. Wawancara dengan tertanggung dan pihak terkait, seperti dokter, juga dilakukan, serta pengawasan terhadap tertanggung jika ada dugaan kecurangan.

Setelah semua fakta terkumpul, pemeriksa klaim akan memutuskan apakah klaim tersebut akan dibayar atau ditolak. Dalam beberapa kasus, keputusan ini cukup jelas. Misalnya, jika pertanggungansian untuk disabilitas akibat penyakit telah kedaluwarsa dan disabilitas tersebut memang disebabkan oleh penyakit, klaim tersebut akan ditolak. Sebaliknya, jika disabilitas yang diajukan jelas tercakup dalam kontrak, klaim akan disetujui, dan manfaat akan mulai diberikan setelah periode eliminasi berakhir.

Namun, dalam banyak situasi, keputusan klaim tidaklah sederhana. Meskipun semua fakta sudah tersedia, pemeriksa klaim sering kali harus menafsirkan bahasa polis dan menerapkannya pada kondisi spesifik tertanggung. Proses ini bisa menjadi tantangan, karena melibatkan pemahaman yang mendalam tentang kontrak asuransi dan bagaimana hal itu berhubungan dengan kasus yang sedang ditangani. Hal ini dapat menambah kompleksitas bagi semua pihak yang terlibat dalam administrasi klaim.

Proses klaim menjadi lebih rumit karena penentuan jumlah yang harus dibayarkan kepada pemohon. Dalam polis asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) dan jangka pendek (STD), terdapat manfaat parsial dan *residual*, di mana jumlah manfaat yang diterima bergantung pada pendapatan yang diperoleh tertanggung setelah mengalami cacat. Oleh karena itu,

memantau rehabilitasi dan kemampuan bertanggung untuk mendapatkan penghasilan setelah keputusan klaim awal menjadi bagian penting dari keseluruhan proses klaim.

### **TEKNOLOGI DALAM ADMINISTRASI KLAIM**

Teknologi memainkan peran krusial dalam modernisasi proses administrasi klaim asuransi disabilitas, membantu perusahaan untuk mengelola klaim dengan lebih efisien dan efektif. Dengan penerapan teknologi yang tepat, perusahaan dapat mempercepat proses klaim, mengurangi biaya operasional, dan meningkatkan pengalaman pelanggan. Ini sangat penting dalam industri asuransi yang sering kali dihadapkan pada tuntutan untuk memberikan layanan yang cepat dan responsif kepada pemegang polis.

Salah satu teknologi yang paling signifikan dalam administrasi klaim adalah Sistem Manajemen Klaim. Sistem ini dirancang untuk mengelola seluruh siklus klaim, mulai dari penerimaan klaim hingga pembayaran manfaat. Dengan menggunakan sistem ini, perusahaan asuransi dapat mengotomatisasi banyak langkah dalam proses, seperti pengumpulan informasi, penilaian klaim, dan pelacakan status klaim. Hal ini tidak hanya mempercepat proses tetapi juga meningkatkan akurasi, mengurangi risiko kesalahan manusia.

Selain itu, analisis data memainkan peran penting dalam meningkatkan efisiensi dan mendeteksi potensi penipuan dalam proses klaim. Dengan menggunakan alat analisis data, perusahaan dapat mengidentifikasi pola klaim yang mencurigakan dan mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan. Analisis data juga memungkinkan perusahaan untuk mengevaluasi kinerja klaim secara keseluruhan, membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik dan perbaikan proses berkelanjutan.

Kecerdasan buatan (AI) adalah teknologi lain yang semakin banyak diterapkan dalam administrasi klaim asuransi. AI dapat digunakan untuk mengotomatiskan berbagai tugas, seperti verifikasi dokumen dan peninjauan awal klaim. Dengan kemampuan untuk memproses informasi dalam jumlah besar dengan cepat, AI membantu dalam mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan klaim dan meningkatkan pengalaman pengguna. Dengan memanfaatkan teknologi ini, perusahaan asuransi dapat mencapai tingkat efisiensi, akurasi, dan transparansi yang lebih tinggi, yang pada gilirannya meningkatkan kepercayaan pemegang polis.

## PROGRAM TEMPAT KERJA

---

Program Tempat Kerja (*Worksite Plan*) merupakan pendekatan lain untuk asuransi disabilitas pendapatan yang disponsori perusahaan yang melibatkan polis perorangan juga yang ditawarkan kepada sekelompok karyawan.

Meskipun partisipasi dalam asuransi disabilitas sepenuhnya bersifat sukarela, perusahaan seringkali mempermudah proses ini dengan mengizinkan perusahaan asuransi untuk mengadakan pertemuan informal dan pendaftaran selama jam kerja, serta memotong premi dari gaji karyawan melalui mekanisme pemotongan gaji. Dalam beberapa situasi, perusahaan juga dapat memberikan kontribusi untuk membantu pembelian asuransi. Dengan mensponsori manfaat seperti asuransi disabilitas, perusahaan dapat meningkatkan moral karyawan dan menarik calon karyawan baru. Karyawan yang merasa dihargai dan memiliki perlindungan yang baik cenderung lebih bahagia, yang berkontribusi pada produktivitas mereka. Oleh karena itu, strategi ini tidak hanya bermanfaat bagi karyawan, tetapi juga untuk perusahaan secara keseluruhan.

Dari sudut pandang karyawan, program tempat kerja sukarela menawarkan berbagai manfaat, termasuk diskon pada tarif pertanggungan individu yang biasanya lebih tinggi jika dibeli secara mandiri. Selain itu, jika perusahaan mencapai tingkat partisipasi karyawan yang cukup tinggi, beberapa perusahaan asuransi mungkin bersedia melonggarkan persyaratan *underwriting* medis, sehingga memungkinkan individu yang sebelumnya tidak memenuhi syarat untuk memperoleh asuransi disabilitas. Hal ini memberikan kesempatan lebih besar bagi karyawan untuk mendapatkan perlindungan yang mereka butuhkan. Dengan demikian, program ini tidak hanya menguntungkan dari segi biaya, tetapi juga meningkatkan aksesibilitas bagi semua karyawan.

Program sukarela sering kali dirancang untuk melengkapi program cuti sakit yang sudah ada tanpa menambah biaya bagi perusahaan. Misalnya, jika perusahaan menawarkan perlindungan cuti sakit selama 90 hari, karyawan dapat membeli polis asuransi disabilitas tambahan dengan periode eliminasi yang sama, yang dibayar melalui pemotongan gaji. Dengan cara ini, perusahaan tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan untuk perlindungan tersebut, sementara karyawan tetap mendapatkan manfaat yang berharga dari asuransi disabilitas.

Untuk mencapai tingkat partisipasi yang diinginkan, biasanya antara 25 hingga 40 persen, produk tempat kerja harus menarik bagi sebagian besar karyawan. Oleh karena itu, penting untuk menawarkan produk dengan fitur yang menguntungkan, seperti manfaat "semua sumber" 100 persen, yang memberikan karyawan penyandang disabilitas 100 persen dari pendapatan sebelum disabilitas, tanpa mengurangi manfaat dari Jaminan Sosial atau kompensasi pekerja. Hal ini berbeda dari program asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) yang sering kali mengurangi manfaat karyawan berdasarkan pembayaran dari sumber lain.

Ketentuan yang membuat program asuransi disabilitas menarik bagi karyawan dan menghasilkan partisipasi tinggi mencakup fitur seperti portabilitas, manfaat bagi ahli waris, dan pengabaian premi. Portabilitas memungkinkan karyawan untuk membawa polis asuransi mereka jika mereka meninggalkan perusahaan, memberikan rasa aman dan fleksibilitas. Selain itu, manfaat bagi ahli waris, yang sering kali berupa asuransi jiwa, menjadi nilai tambah yang signifikan. Tidak jarang, program tempat kerja mencakup kombinasi asuransi disabilitas dan asuransi jiwa, sehingga karyawan mendapatkan perlindungan yang lebih komprehensif. Pengabaian premi juga merupakan fitur penting, di mana premi tidak perlu dibayar selama periode disabilitas, meringankan beban finansial karyawan saat mereka tidak dapat bekerja.

Dari segi perpajakan, program sukarela memiliki keselarasan dengan program cuti sakit jangka pendek (STD) dan jangka panjang (LTD). Ketika perusahaan menanggung seluruh biaya premi, premi tersebut tidak dapat dipotong dari pajak karyawan, tetapi manfaat yang diterima tidak dikenakan pajak penghasilan. Jika biaya premi dibagi antara pemberi kerja dan karyawan, bagian premi yang dibayar oleh pemberi kerja dapat dikecualikan dari pajak penghasilan karyawan dan merupakan pengeluaran yang dapat dikurangkan bagi perusahaan. Dalam situasi di mana premi berbagi, manfaat yang diterima akan dikenakan pajak untuk bagian yang dibayar oleh karyawan, sementara sisa manfaat yang ditanggung oleh perusahaan mungkin tidak dikenakan atau bebas pajak.

## **RINGKASAN**

---

Pada awal bab ini dibahas program cuti sakit dan disabilitas jangka pendek (STD) yang ditawarkan oleh pemberi kerja untuk mendukung karyawan yang mengalami sakit atau cedera. Program cuti sakit umumnya memberikan gaji penuh untuk periode tertentu, sementara STD memberikan penggantian gaji antara 50% hingga 100% dengan periode manfaat yang bervariasi. Kelayakan untuk program ini tergantung pada status pekerjaan dan,

jika diasuransikan, pada definisi kecacatan kontraktual. Perbedaan penting dengan program Jaminan Sosial (SSDI) adalah bahwa STD memiliki definisi disabilitas yang lebih fleksibel dan durasi manfaat yang lebih pendek. Selain itu, artikel menyoroti pentingnya koordinasi manfaat untuk mencegah asuransi berlebihan dan mendorong rehabilitasi karyawan.

Bab ini juga membahas program disabilitas jangka panjang (LTD) yang memberikan tunjangan kepada karyawan, dengan fokus pada kelayakan, definisi disabilitas, manfaat, dan proses klaim. Program LTD umumnya diasuransikan melalui polis kumpulan dan menawarkan perlindungan berdasarkan karakteristik kelompok, bukan riwayat medis individu. Kelayakan untuk menerima manfaat ditentukan oleh definisi disabilitas, yang bisa berupa "pekerjaan sendiri" atau "pekerjaan apa pun." Manfaat biasanya berkisar antara 50% hingga 70% dari gaji sebelum disabilitas, dengan batas maksimum yang bervariasi. Proses klaim melibatkan pengumpulan dokumen medis dan evaluasi oleh perusahaan asuransi. Selain itu, terdapat pertimbangan pajak yang berbeda tergantung pada apakah program tersebut kontribusi atau non-kontribusi.

Selain itu bab ini juga membahas administrasi klaim asuransi disabilitas, yang melibatkan proses pengajuan, verifikasi, evaluasi, dan pembayaran klaim. Tertanggung diwajibkan untuk melaporkan klaim secara tepat waktu dan menyertakan dokumen medis yang relevan. Proses ini mencakup verifikasi dokumen, evaluasi medis, dan potensi investigasi untuk memastikan keabsahan klaim. Selain itu, teknologi seperti Sistem Manajemen Klaim dan analisis data digunakan untuk meningkatkan efisiensi dan mendeteksi penipuan. Kecerdasan buatan juga diterapkan untuk mengotomatiskan tugas-tugas dalam proses klaim, yang membantu mempercepat penyelesaian dan meningkatkan pengalaman pemohon. Proses klaim dapat rumit dan menantang, tergantung pada interpretasi bahasa polis dan kondisi spesifik tertanggung.

Terakhir, bab ini membahas Program Tempat Kerja (*Worksite Plan*) yang menawarkan asuransi disabilitas pendapatan yang disponsori perusahaan, di mana partisipasi bersifat sukarela dan sering didukung oleh pemotongan gaji. Program ini memberikan manfaat bagi karyawan, seperti diskon premi dan kemungkinan pelanggaran persyaratan underwriting, serta meningkatkan moral dan produktivitas di tempat kerja. Program ini dirancang untuk melengkapi cuti sakit yang ada tanpa menambah biaya bagi perusahaan. Fitur menarik seperti portabilitas, manfaat bagi ahli waris, dan pengabaian premi juga meningkatkan daya tarik program ini. Dari segi perpajakan, struktur biaya premi dapat menguntungkan baik karyawan

maupun perusahaan, tergantung pada bagaimana premi dibagi antara karyawan dan pemberi kerja.

# Bab 9

## Asuransi Disabilitas Usaha

Pendahuluan .....	231
Business Overhead Expenses Insurance .....	232
Pertanggungungan paralel dengan asuransi jiwa .....	234
Key Person Disability Insurance .....	236
Pertanggungungan paralel dengan asuransi jiwa .....	238
Buyout Disability Insurance .....	239
Pertanggungungan paralel dengan asuransi jiwa .....	241
Ringkasan .....	243

### PENDAHULUAN

---

**Asuransi Disabilitas Bisnis** atau **Asuransi Disabilitas Usaha** (*Business Disability Insurance*) dirancang untuk melindungi bisnis dari dampak finansial misalnya diakibatkan ada karyawan kunci yang mengalami disabilitas sehingga ia tidak dapat bekerja. Jenis asuransi ini hanya fokus pada perlindungan bisnis, bukan karyawan perorangan.

Ada dua jenis pertanggungungan utama yakni: Asuransi Biaya *Overhead* Bisnis (*Business Overhead Expenses*, BOE) dan Asuransi Disabilitas Personel Kunci (*Key Person Disability*). Asuransi BOE mencakup biaya bisnis penting seperti sewa dan gaji (tidak termasuk karyawan yang cacat) untuk memastikan bisnis dapat terus beroperasi. Asuransi Disabilitas Personel Kunci memberikan manfaat sekaligus untuk membantu bisnis mengelola implikasi finansial akibat kehilangan karyawan kunci, yang memungkinkan dana dialokasikan untuk mempekerjakan pengganti atau pelatihan. Ada produk asuransi jiwa yang mirip dengan Asuransi Disabilitas Bisnis dalam hal melindungi bisnis dari kehilangan orang penting atau personel kunci. Yang paling mirip adalah Asuransi Jiwa Personel Kunci (*Key Person Life Insurance*).

Selain itu, ada juga *Buyout Disability Insurance*, yang memungkinkan mitra yang tersisa dalam bisnis untuk dapat membeli kepemilikan mitra yang mengalami kecacatan atau disabilitas. Jenis asuransi ini membantu mempertahankan kendali atas bisnis, mencegah perselisihan, dan menyediakan likuiditas bagi mitra yang mengalami disabilitas, memastikan ia memiliki dana untuk biaya hidup. Paralel dengan asuransi ini, adalah *Buysell Life Insurance* di keduanya memiliki kesamaan, karena keduanya dirancang untuk memfasilitasi kelancaran kelanjutan bisnis selama terjadinya peristiwa penting yang memengaruhi mitra.

Dapat dikatakan bahwa Asuransi Disabilitas Bisnis berfungsi sebagai jaring pengaman penting yang menjamin stabilitas dan keberlangsungan keuangan bisnis usaha kecil atau UMKM selama masa-masa sulit.

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan pembaca dapat memahami makna dari Asuransi Disabilitas Usaha atau Business Disability Insurance dan membandingkannya dengan produk paralel serupa dalam asuransi jiwa.

## **BUSINESS OVERHEAD EXPENSES INSURANCE**

---

Asuransi Biaya *Overhead* Bisnis (BOE) secara khusus dirancang untuk menanggung biaya tetap yang berkelanjutan saat karyawan utama, seperti pemilik atau manajer, mengalami kecacatan atau disabilitas sehingga tidak dapat bekerja. Asuransi ini membantu bisnis mengelola biaya utama usahanya, termasuk pembayaran sewa atau sewa guna usaha, tagihan utilitas, gaji karyawan (tidak termasuk karyawan yang mengalami disabilitas), pembayaran pinjaman, dan biaya rutin lainnya. Biasanya, pemilik bisnis membeli polis BOE dengan klausul masa tunggu sebelum manfaatnya bisa dimulai, yang dapat digunakan sebagai penggantian biaya yang memenuhi syarat setelah klaim disabilitas divalidasi.

Manfaat Asuransi BOE sangat penting. Asuransi ini membantu menjaga arus kas selama masa-masa sulit ketika pendapatan bisnisnya terganggu, mencegah keterlambatan pembayaran yang dapat merusak peringkat kredibilitas bisnis, dan mengurangi tekanan finansial pada bisnis dan keuangan pribadi pemilik usaha. Selain itu, asuransi ini memberikan ketenangan pikiran, yang memungkinkan pemilik bisnis

untuk fokus pada pemulihan usaha, karena mengetahui bahwa biaya penting sudah aman terjamin.

Asuransi BOE khususnya bermanfaat bagi bisnis kecil yang sangat bergantung pada satu orang dan memiliki biaya *overhead* tetap tinggi. Faktor-faktor seperti usia, kesehatan, jumlah pertanggungan, dan durasi manfaat memengaruhi premi untuk asuransi ini. Sangat penting bagi pemilik bisnis untuk memahami persyaratan kelayakan atau eligibilitas, batas polis, dan biaya yang terlibat untuk memastikan mereka memilih perlindungan yang tepat yang melindungi bisnis mereka dari dampak finansial akibat disabilitas karyawan kunci.

### Contoh Kasus

"Creative Cakes," sebuah toko roti kecil milik Sarah, menggambarkan peran penting Asuransi BOE. Sebagai pemilik tunggal dan kepala pembuat roti, Sarah bertanggung jawab atas semua aspek bisnis, mulai dari pembuatan roti hingga manajemen keuangan. Dengan total pengeluaran bulanan sebesar Rp 75 juta—termasuk sewa, utilitas, gaji karyawan, dan pembayaran pinjaman—bisnisnya sangat bergantung pada kemampuannya untuk bekerja.

Ketika Sarah mengalami cedera serius dalam kecelakaan mobil, ia menghadapi keadaan yang menakutkan karena tidak dapat menutupi pengeluaran bisnisnya selama enam bulan. Tanpa Asuransi BOE, Sarah akan dipaksa untuk membuat keputusan yang sulit, seperti memberhentikan karyawan, menghentikan produksi, atau bahkan mengambil risiko bangkrut karena tidak mampu membayar tagihan-tagihan. Skenario ini menggambarkan seberapa cepat bisnis kecil dapat terancam oleh tidak adanya perlindungan finansial.

Namun, dengan polis BOE yang memberikan batas manfaat bulanan sebesar Rp75 juta, Sarah dapat memastikan bahwa semua pengeluaran pentingnya ditanggung selama masa pemulihannya. Jaring pengaman finansial ini memungkinkannya untuk menjaga arus kas, membayar karyawannya, dan memenuhi kewajibannya tanpa tekanan tambahan akibat ketidakstabilan finansial. Pada akhirnya, asuransi BOE tidak hanya membantu mempertahankan pekerjaan dan meminimalkan gangguan operasional, tetapi juga melindungi kelangsungan bisnis dalam jangka panjang,

sehingga memungkinkannya untuk terus berfungsi dan berkembang setelah Sarah kembali berdiri.

Contoh ini menggarisbawahi pentingnya BOE Insurance bagi bisnis kecil yang bergantung pada satu individu kunci.

### **PERTANGGUNGAN PARALEL DENGAN ASURANSI JIWA**

Ada hubungan antara Asuransi BOE dan Key Person Life Insurance, yang mengamati konsep yang tumpang tindih meskipun tujuannya berbeda. Meskipun tidak ada padanan langsung Asuransi BOE dalam asuransi jiwa, Asuransi Jiwa Berjangka (Term Life) untuk karyawan kunci memiliki fungsi terkait dengan menyediakan manfaat sekaligus yang dapat membantu bisnis mengatasi tantangan finansial yang timbul akibat kehilangan individu penting. Manfaat ini dapat digunakan untuk menutupi biaya tak terduga, seperti mempekerjakan pengganti sementara atau melatih karyawan lain untuk mengambil alih tanggung jawab, sehingga menyediakan penyangga finansial sementara selama masa transisi.

Perbedaan utama antara kedua jenis asuransi ini terletak pada peristiwa pemicu dan manfaatnya. Asuransi BOE berlaku saat karyawan penting mengalami kecacatan, dengan fokus pada kebutuhan arus kas yang berkelanjutan untuk memastikan bisnis dapat terus beroperasi dengan lancar. Sebaliknya, Key Person Life Insurance dipicu oleh kematian karyawan kunci dan menawarkan pembayaran sekaligus untuk mengatasi konsekuensi finansial jangka panjang. Sementara Asuransi BOE menyediakan pembayaran bulanan berkelanjutan untuk pengeluaran tertentu, Key Person Life Insurance menawarkan manfaat kematian satu kali yang secara tidak langsung dapat membantu menutupi beberapa biaya *overhead* selama fase restrukturisasi.

Meskipun BOE Insurance dan Key Person Life Insurance memiliki tujuan utama yang berbeda—menjaga stabilitas operasional selama masa disabilitas versus mengatasi dampak jangka panjang dari kematian—keduanya memainkan peran penting dalam mendukung bisnis melalui masa-masa sulit. Key Person Life Insurance dapat memberikan dukungan finansial tidak langsung, membantu bisnis mengelola dampak dari kehilangan karyawan kunci, seperti halnya BOE Insurance membantu mempertahankan operasi selama masa disabilitas.

**Contoh Kasus**

"Innovative Designs," sebuah firma desain grafis kecil, mempertimbangkan pentingnya Key Person Life Insurance dalam melindungi bisnis yang bergantung pada keahlian dan koneksi personel kunci. Dalam skenario ini, John, salah satu dari tiga mitra, bertindak sebagai direktur kreatif, yang memainkan peran penting dalam akuisisi klien, arahan desain, dan pengelolaan akun penting. Visi artistiknya yang unik dan hubungan industrinya sangat penting bagi keberhasilan firma, yang menjadikannya orang penting dalam bisnis tersebut.

Ketika John meninggal dunia secara tiba-tiba, firma tersebut menghadapi tantangan yang signifikan. Hilangnya kepemimpinan dan arahan kreatifnya menyebabkan penurunan pendapatan, karena perusahaan berjuang untuk mempertahankan hubungan dengan klien utama dan mencapai tingkat hasil kreatif yang sama. Selain itu, menemukan pengganti yang cocok untuk John terbukti sulit karena keterampilannya yang unik dan koneksi industri yang luas. Situasi ini menimbulkan tekanan finansial pada perusahaan, karena penurunan pendapatan bertepatan dengan kebutuhan untuk berinvestasi dalam perekrutan dan pelatihan karyawan baru.

Untungnya, polis Key Person Life Insurance atas nama John menyediakan manfaat kematian sebesar \$500.000, yang berfungsi sebagai jalur hidup finansial yang penting bagi "Innovative Designs." Dana tersebut dapat dialokasikan untuk merekrut pengganti yang berkualifikasi, menutupi biaya pemasaran untuk menarik klien baru, dan memberikan pelatihan bagi karyawan yang ada untuk mengisi kekosongan yang ditinggalkan oleh kepergian John. Dukungan finansial ini membantu perusahaan mempertahankan operasi selama masa transisi, sehingga memungkinkannya untuk menyesuaikan diri dengan kerugian dan terus bergerak maju. Contoh kasus ini menggambarkan bagaimana Key Person Life Insurance bertindak sebagai jaring pengaman yang vital, yang memungkinkan bisnis untuk mengatasi tantangan finansial yang terkait dengan hilangnya personel kunci dan memastikan kelangsungan hidup jangka panjang usaha.

**Tabel 9.1. Perbedaan Key Person Life Insurance dengan Business Disability Insurance**

Fitur	Key Person Life Insurance	BOE Insurance
<b>Pemicu</b>	Meninggalnya karyawan kunci	Disabilitas karyawan kunci
<b>Pembayaran</b>	Manfaat kematian sekaligus	Pembayaran bulanan untuk menutupi biaya bisnis
<b>Fokus</b>	Melindungi bisnis dari hilangnya kontribusi karyawan kunci	Melindungi bisnis dari kewajiban keuangan yang sedang berlangsung saat karyawan kunci mengalami disabilitas

## KEY PERSON DISABILITY INSURANCE

*Key Person Disability Insurance* atau Asuransi Disabilitas Personel Kunci adalah polis asuransi khusus yang dirancang untuk melindungi bisnis dari dampak finansial akibat karyawan utama yang menjadi mengalami disabilitas sehingga tidak dapat menjalankan tugas pekerjaannya. Jenis asuransi ini penting bagi bisnis yang sangat bergantung pada individu tertentu yang keterampilan dan keahliannya penting untuk meraih kesuksesan bisnis. Karyawan kunci bisa jadi adalah pemilik, eksekutif, dan karyawan berketerampilan tinggi yang perannya sulit diisi atau diganti.

Prosesnya dimulai dengan identifikasi personel kunci, diikuti dengan pembelian polis asuransi disabilitas untuk yang bersangkutan, dengan bisnis sebagai penerima manfaatnya. Jika karyawan kunci tersebut mengalami disabilitas, polis akan memberikan manfaat bulanan kepada bisnis. Dana ini dapat digunakan untuk menutupi biaya yang sedang berlangsung seperti sewa, utilitas, dan gaji, membantu bisnis mempertahankan operasi selama masa yang penuh tantangan. Selain itu, manfaat tersebut dapat memfasilitasi perekrutan dan pelatihan pengganti atau memungkinkan bisnis untuk mengatur ulang operasinya guna beradaptasi dengan kerugian.

Fitur utama asuransi ini mencakup fokus pada kelangsungan bisnis, opsi cakupan yang disesuaikan, dan potensi keuntungan pajak, karena premi umumnya dapat dipakai sebagai pengurang pajak. Manfaatnya signifikan, karena mengurangi risiko finansial, meningkatkan stabilitas, dan memberikan ketenangan pikiran bagi pemilik bisnis selama masa-masa yang tidak menentu. Namun, pertimbangan cermat diperlukan dalam mengidentifikasi karyawan kunci, menilai biaya berdasarkan faktor-faktor

seperti usia dan kesehatan, dan mempelajari ketentuan polis untuk memastikan perlindungan yang memadai terhadap risiko finansial yang terkait dengan kecacatan karyawan kunci.

### **Contoh Kasus**

"TechServe," sebuah firma konsultan TI kecil, menyoroti pentingnya *Key Person Disability Insurance* dalam melindungi bisnis dari dampak kehilangan karyawan kunci. Dalam skenario ini, Alex, sang CEO, berperan penting bagi keberhasilan perusahaan, mengelola hubungan klien, dan mengawasi proyek-proyek besar. Untuk mengurangi risiko yang terkait dengan potensi kecacatannya, TechServe membeli polis *Key Person Disability Insurance* dengan manfaat bulanan sebesar \$10.000.

Ketika Alex mengalami cedera yang melumpuhkannya dalam sebuah kecelakaan mobil, firma tersebut menghadapi masalah atau tantangan langsung. Ketidakhadirannya menyebabkan hilangnya keterampilan utama, yang secara signifikan memengaruhi kemampuan perusahaan untuk mendapatkan kontrak baru dan mengelola proyek yang sedang berlangsung. Akibatnya, TechServe mengalami penurunan pendapatan, yang membebani arus kas dan mempersulit kemampuan untuk menutupi biaya operasional penting, termasuk penggajian.

Polis *Key Person Disability Insurance* memberikan keringanan keuangan penting selama masa sulit ini. Manfaat bulanan sebesar \$10.000 memungkinkan TechServe untuk menutupi biaya operasional penting, mempekerjakan konsultan sementara untuk mempertahankan tingkat layanan, dan berinvestasi dalam upaya pemasaran untuk menarik klien baru. Selain itu, dana tersebut dapat digunakan untuk memberikan pelatihan bagi karyawan yang ada, sehingga mereka dapat mengambil alih sebagian tanggung jawab Alex. Asuransi ini tidak hanya membantu menjaga operasi dan stabilitas bisnis, tetapi juga memosisikan TechServe untuk mengatasi tantangan ketidakhadiran Alex dan berupaya mencapai pemulihan penuh.

Contoh kasus ini menunjukkan bagaimana *Key Person Disability Insurance* dapat menjadi aset berharga bagi bisnis yang sangat bergantung pada kontribusi personel kunci.

### **PERTANGGUNGAN PARALEL DENGAN ASURANSI JIWA**

Terdapat hubungan tidak langsung dengan *Business Continuation Life Insurance*, karena perannya yang berbeda namun saling melengkapi dalam melindungi bisnis dari kehilangan karyawan kunci. Meskipun tidak ada persamaan langsung, *Business Continuation Life Insurance* menawarkan manfaat sekaligus kepada bisnis saat kematian karyawan kunci. Manfaat ini dapat digunakan untuk berbagai keperluan selama masa transisi, seperti mempekerjakan dan melatih pengganti, mempertahankan klien yang ada melalui strategi pemasaran, memenuhi kebutuhan staf sementara, dan mengatasi kewajiban keuangan jangka pendek seperti sewa dan gaji.

Perbedaan utama antara kedua jenis asuransi ini berkisar pada peristiwa pemicu dan fokusnya. Asuransi disabilitas diaktifkan saat karyawan kunci mengalami disabilitas atau kecacatan, yang memberikan dukungan berkelanjutan untuk menutupi biaya bisnis langsung. Sebaliknya, *Business Continuation Life Insurance* dipicu oleh kematian karyawan kunci, yang menawarkan manfaat sekaligus yang dapat membantu mengatasi tantangan keuangan dan operasional yang lebih luas yang dihadapi oleh bisnis selama masa transisi.

Intinya, Asuransi Disabilitas dirancang untuk memastikan stabilitas keuangan yang berkelanjutan saat karyawan kunci mengalami kecacatan, yang secara langsung menanggung biaya yang sedang berlangsung. Sebaliknya *Business Continuation Life Insurance* menyediakan penyangga keuangan yang dapat digunakan untuk berbagai kebutuhan setelah kematian karyawan, secara tidak langsung membantu sejumlah biaya *overhead*.

#### **Contoh Kasus**

"TechServe," sebuah firma konsultan TI kecil, mempertimbangkan *Business Continuation Life Insurance* dalam melindungi kepentingan kemitraan antara Alex, Ben, dan Chloe. Dalam skenario ini, Alex, sang CEO, adalah tokoh kunci dalam keberhasilan firma tersebut. Untuk mengurangi risiko yang terkait dengan hilangnya seorang mitra, setiap mitra membeli polis asuransi jiwa untuk mitra lainnya. Pengaturan ini memastikan bahwa, jika terjadi kematian seorang mitra, mitra yang tersisa dapat

membeli bagian mitra yang meninggal, sehingga memudahkan transisi kepemilikan yang lancar.

Ketika Alex meninggal dunia secara tiba-tiba, dampaknya terhadap TechServe sangat signifikan. Ketidakhadirannya menimbulkan tantangan dalam mengamankan kontrak baru, mengelola proyek, dan menjaga hubungan klien. Selain itu, hal itu menimbulkan kekhawatiran tentang masa depan bisnis dan potensi konflik di antara mitra yang tersisa terkait bagian Alex. Namun, polis *Business Continuation Life Insurance* menyediakan jaring pengaman finansial, yang memungkinkan Ben dan Chloe menggunakan hasil asuransi dari polis mereka atas Alex untuk membeli bagiannya dari harta warisannya.

Pengaturan ini tidak hanya memastikan kelangsungan bisnis tetapi juga menjaga nilai dan stabilitas perusahaan. Dengan menyediakan likuiditas bagi keluarga Alex, hasil asuransi membantu menghindari tekanan finansial selama masa sulit. Selain itu, kerangka keuangan yang jelas meminimalkan potensi konflik di antara para mitra, sehingga Ben dan Chloe dapat mempertahankan kendali dan fokus pada masa depan bisnis. Contoh kasus ini menyoroti bagaimana *Business Continuation Life Insurance* berfungsi sebagai alat yang berharga bagi bisnis berbasis kemitraan, memastikan keberhasilan dan stabilitas jangka panjang mereka dalam menghadapi kejadian yang tidak terduga.

## BUYOUT DISABILITY INSURANCE

---

*Buyout Disability Insurance* adalah produk asuransi khusus yang dirancang untuk membantu bisnis menjaga stabilitas dan menegakkan struktur kepemilikan mereka saat mitra atau pemilik utama mengalami disabilitas dan tidak dapat lagi menjalankan perannya. Inti dari asuransi ini adalah perjanjian jual-beli kepemilikan usaha yang mengikat secara hukum di antara para mitra bisnis, yang menguraikan ketentuan untuk membeli kepentingan kepemilikan mitra yang mengalami kecacatan. Setiap mitra biasanya membeli polis asuransi disabilitas untuk diri mereka sendiri, memastikan bahwa dana yang cukup tersedia bagi mitra yang tersisa untuk melaksanakan pembelian jika terjadi disabilitas.

Saat mitra mengalami disabilitas dan memenuhi definisi polis tentang disabilitas, polis asuransi membayar manfaat sekaligus kepada mitra yang tersisa. Dukungan finansial ini memungkinkan mereka untuk membeli bagian bisnis mitra yang disabilitas, dengan demikian mempertahankan kendali dan mencegah gangguan atau perebutan kekuasaan yang dapat timbul dari ketidakhadiran mitra. Dengan memfasilitasi transisi kepemilikan yang lancar ini, *Buyout Disability Insurance* menjaga nilai bisnis dan memastikan bahwa bisnis terus beroperasi secara efektif.

Selain itu, jenis asuransi ini menyediakan likuiditas bagi mitra yang mengalami disabilitas, menawarkan mereka sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan finansial mereka selama masa yang sulit. Asuransi ini meringankan beban keuangan pada mitra yang tersisa dengan menyediakan dana yang diperlukan untuk pembelian, yang dapat membantu meminimalkan perselisihan terkait penilaian dan pengalihan kepemilikan. Namun, pertimbangan cermat harus diberikan untuk mendefinisikan disabilitas, menentukan jumlah manfaat yang sesuai, dan memahami implikasi hukum dan pajak yang terlibat.

### Contoh Kasus

“Innovative Designs,” sebuah firma desain grafis yang dimiliki oleh tiga mitra yang setara—Alex, Ben, dan Chloe—menunjukkan pentingnya *Buyout Disability Insurance* dalam menjaga stabilitas bisnis selama keadaan yang tidak terduga. Firma tersebut memiliki perjanjian kemitraan formal yang mencakup klausul jual-beli kepemilikan usaha, yang memastikan proses yang jelas untuk menangani situasi seperti disabilitas mitra. Setiap mitra membeli polis asuransi disabilitas untuk kepentingan mereka sendiri, dengan jumlah manfaat yang cukup untuk membeli saham mitra lain jika perlu.

Ketika Alex menderita stroke parah dan tidak dapat bekerja secara permanen, dampaknya terhadap bisnis menjadi signifikan. Sebagai kekuatan kreatif utama, ketidakhadirannya mengancam pekerjaan desain dan arah strategis perusahaan. Selain itu, disabilitasnya menimbulkan kekhawatiran tentang potensi konflik di antara mitra yang tersisa mengenai penilaian saham Alex dan arah masa depan firma.

Untungnya, *Buyout Disability Insurance* menyediakan dana yang diperlukan bagi Ben dan Chloe untuk membeli saham Alex sebagaimana diuraikan dalam perjanjian jual-beli kepemilikan usaha mereka. Transisi yang lancar ini memungkinkan mitra yang

tersisa untuk melanjutkan operasi tanpa kerumitan kepemilikan usaha Alex. Lebih jauh lagi, pembayaran asuransi menawarkan keamanan finansial bagi Alex, memberinya penghasilan untuk menghidupi dirinya dan keluarganya selama masa yang penuh tantangan ini. Contoh kasus ini menggambarkan bagaimana *Buyout Disability Insurance* memfasilitasi transisi kepemilikan yang tertib, menjaga nilai bisnis, dan meminimalkan perselisihan di antara mitra, yang pada akhirnya memastikan keberhasilan jangka panjang usaha mereka.

### **PERTANGGUNGAN PARALEL DENGAN ASURANSI JIWA**

Tidak ada padanan langsung dalam asuransi jiwa untuk *Buyout Disability Insurance*, dan terdapat perbedaan yang signifikan dalam fungsi keduanya. *Buy-Sell Life Insurance* (sering juga disebut sebagai *Cross-Purchase Life Insurance*) dirancang untuk mendanai pembelian kembali kepemilikan mitra yang meninggal dalam suatu usaha bisnis. Dalam pengaturan polis ini, setiap mitra membeli polis asuransi jiwa atas jiwa mitra lainnya, memastikan bahwa dana tersedia untuk memfasilitasi pembelian kembali ketika salah satu mitra meninggal.

Kedua jenis asuransi ini memiliki kesamaan utama, khususnya dalam fokusnya pada kelangsungan bisnis dan pelestarian nilai bisnis. Keduanya disusun untuk memastikan transisi kepemilikan yang lancar dan teratur, membantu menjaga stabilitas bisnis selama masa-masa sulit. Selain itu, kedua jenis asuransi ini meminimalkan potensi perselisihan di antara mitra dengan menyediakan mekanisme keuangan yang jelas untuk penilaian dan pengalihan kepemilikan, sehingga mengurangi kemungkinan konflik.

*Buyout Disability Insurance* secara khusus menangani skenario mitra yang mengalami disabilitas, *Buy-Sell Life Insurance* menangani situasi kematian mitra usaha. Bersama-sama, produk asuransi ini berfungsi sebagai alat penting untuk melindungi kepentingan mitra bisnis, memastikan bahwa transisi kepemilikan ditangani secara efisien dan kelangsungan bisnis jangka panjang terlindungi.

### **Contoh Kasus**

"TechServe," sebuah firma konsultan TI kecil yang dimiliki secara setara oleh mitra Alex, Ben, dan Chloe, mempertimbangkan pentingnya *Buy-Sell Life Insurance* dalam

mengelola implikasi finansial dari kematian mitra usaha. Firma tersebut memiliki perjanjian jual-beli kepemilikan usaha formal yang memungkinkan mitra yang tersisa untuk membeli bagian bisnis dari mitra yang meninggal. Untuk memastikan transisi berjalan lancar, setiap mitra membeli polis asuransi jiwa atas nama mitra lainnya, dengan manfaat kematian ditetapkan untuk menutupi nilai saham mereka yang disepakati.

Ketika Alex meninggal dunia secara tiba-tiba, kematiannya menimbulkan masalah yang signifikan bagi bisnis tersebut. Sebagai pemain inti, ketidakhadiran Alex memengaruhi kemampuan perusahaan untuk mendapatkan kontrak baru dan mempertahankan hubungan klien. Selain itu, kematiannya menimbulkan ketidakpastian dan potensi konflik terkait penilaian kepemilikan usaha, yang dapat mengancam stabilitas kemitraan.

Untungnya, polis *Buy-Sell Life Insurance* menyediakan dana yang diperlukan bagi Ben dan Chloe untuk membeli saham Alex sesuai dengan perjanjian jual-beli kepemilikan usaha. Pengaturan ini tidak hanya menjaga kelangsungan bisnis dan memungkinkan mitra yang tersisa untuk mempertahankan kendali, tetapi juga menyediakan likuiditas bagi keluarga Alex, memastikan mereka menerima dukungan finansial selama masa sulit. Lebih jauh, struktur yang jelas yang ditetapkan oleh perjanjian jual-beli dan polis asuransi jiwa meminimalkan potensi perselisihan di antara para mitra, memfasilitasi transisi kepemilikan berjalan lancar.

**Tabel 9.2 Perbedaan Buyout Disability Insurance dengan Buy-Sell Life Insurance**

Fitur	Buyout Disability Insurance	Buy-Sell Life Insurance
<b>Pemicu</b>	Disabilitas mitra usaha	Kematian mitra usaha
<b>Fokus</b>	Mendanai pembelian hak kepemilikan usaha mitra yang mengalami disabilitas	Membiayai pembelian kembali kepemilikan usaha mitra yang meninggal
<b>Pembayaran</b>	Klaim disabilitas	Klaim kematian

Pada hakikatnya, *Buyout Disability Insurance* dan *Buy-Sell Life Insurance* merupakan alat penting bagi kemitraan bisnis, yang dirancang untuk menangani implikasi finansial dari peristiwa penting yang menimpa mitra. *Buyout Disability Insurance* berfokus pada skenario saat mitra mengalami disabilitas sehingga tidak dapat menjalankan perannya dalam bisnis. Asuransi ini menyediakan dana yang diperlukan untuk membeli

kepemilikan mitra yang mengalami disabilitas, membantu menjaga stabilitas bisnis, dan memastikan bahwa mitra yang tersisa dapat melanjutkan operasi tanpa gangguan.

Di sisi lain, *Buy-Sell Life Insurance* dirancang khusus untuk menangani konsekuensi finansial dari kematian mitra usaha. Dalam kasus ini, manfaat asuransi digunakan untuk memfasilitasi pembelian saham mitra yang meninggal, sehingga mitra yang masih hidup dapat mempertahankan kendali dan menjaga nilai bisnis. Kedua jenis asuransi ini, meskipun menangani peristiwa pemicu yang berbeda—disabilitas dan kematian—pada akhirnya memiliki tujuan yang sama: memastikan transisi kepemilikan bisnis yang lancar dan teratur.

Dengan melindungi kepentingan mitra yang tersisa dan bisnis itu sendiri, produk asuransi ini membantu mencegah potensi konflik dan gangguan yang dapat timbul akibat kehilangan mitra.

## RINGKASAN

---

Asuransi Biaya *Overhead* Bisnis (BOE) dirancang untuk menanggung biaya tetap saat karyawan kunci, seperti pemilik atau manajer, mengalami kecacatan, sehingga membantu bisnis mengelola pengeluaran seperti sewa, utilitas, dan gaji. BOE sangat bermanfaat bagi bisnis kecil yang bergantung pada satu orang, menjaga arus kas dan mengurangi tekanan finansial selama masa sulit. Meskipun tidak ada padanan langsung dalam asuransi jiwa, terdapat hubungan dengan *Key Person Life Insurance*, yang memberikan manfaat kematian sekaligus untuk mengatasi tantangan finansial akibat kehilangan karyawan penting. Perbedaan utama antara keduanya adalah pemicu dan jenis pembayaran: BOE aktif saat terjadi kecacatan atau disabilitas, menyediakan pembayaran bulanan untuk biaya operasional, sedangkan *Key Person Life Insurance* dipicu oleh kematian dan menawarkan pembayaran sekali untuk dampak jangka panjang.

Asuransi Disabilitas Personel Kunci adalah polis yang dirancang untuk melindungi bisnis dari dampak finansial akibat kecacatan karyawan kunci yang tidak dapat menjalankan tugasnya. Polis ini memberikan manfaat bulanan kepada bisnis untuk menutupi biaya tetap seperti sewa dan gaji, serta memfasilitasi perekrutan pengganti. Fitur utama termasuk fokus pada kelangsungan bisnis, opsi cakupan yang disesuaikan,

dan potensi keuntungan pajak. Meskipun tidak ada persamaan langsung, terdapat hubungan dengan *Business Continuation Life Insurance*, yang menawarkan manfaat sekali saat karyawan kunci meninggal. Perbedaan utama terletak pada pemicu: asuransi disabilitas aktif saat terjadi kecacatan, sedangkan asuransi jiwa berlaku saat kematian, masing-masing memberikan dukungan finansial untuk menjaga stabilitas operasional bisnis.

*Buyout Disability Insurance* adalah produk asuransi yang dirancang untuk menjaga stabilitas bisnis saat mitra atau pemilik utama mengalami disabilitas, dengan menyediakan dana untuk membeli kepemilikan mitra yang tidak lagi dapat menjalankan perannya. Polis ini mencakup perjanjian jual-beli kepemilikan usaha yang mengatur proses pembelian dan memberikan dukungan finansial kepada mitra yang tersisa, sehingga mencegah gangguan operasional dan potensi konflik. Meskipun tidak ada padanan langsung dalam asuransi jiwa, terdapat hubungan dengan *Buy-Sell Life Insurance* yang menangani kematian mitra. Keduanya fokus pada kelangsungan bisnis dan pelestarian nilai, memastikan transisi kepemilikan berjalan lancar. Dengan demikian, kedua jenis asuransi ini berfungsi sebagai alat penting untuk melindungi kepentingan mitra dan menjaga stabilitas jangka panjang bisnis.



**PAMJAKI**

Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia