

REINFOKUS

Media Informasi Asuransi dan Reasuransi



PEMBENAHAN CADANGAN TEKNIS UNTUK INDUSTRI ASURANSI UMUM YANG SEHAT DAN BERKESINAMBUNGAN

- | | | |
|--|---|--|
| 12 <i>Self Regulation: Tidak Terlalu Sulit untuk Mewujudkannya</i>
Kocu Andre Hutagalung | 18 <i>Actuarial Pricing in General Insurance</i>
Nico Demus | 22 <i>Bagaimana (Re)Asuradur Luar Negeri Memandang Kita?</i>
Reza Andre Nasution |
|--|---|--|

DAFTAR ISI

01

Dari Redaksi

02

**Menuju Industri Asuransi
Umum yang Sehat dan
Berkesinambungan**

FGD – Jakarta, 28 Agustus 2018

07

Future Role of Underwriter

dr. Laras Prabandini Sasongko
Underwriter Life Reinsurance

08

Kesehatan Industri Asuransi

Agus Benjamin
President Director
PT Lippo General Insurance, Tbk

10

Kesehatan Industri Asuransi

Julian Noor
Chief Executive Officer
PT Asuransi Adira Dinamika



12

**Self Regulation: Tidak Terlalu
Sulit untuk Mewujudkannya**

Kocu Andre Hutagalung
Technical Operational Director
PT Reasuransi Indonesia Utama (Persero)

18

**Actuarial Pricing
in General Insurance**

Nico Demus
Actuary & Life Reinsurance Portfolio
Management Division Head

22

**Bagaimana (Re)Asuradur
Luar Negeri Memandang Kita?**

Reza Andre Nasution
Retro & International Group Head

25

**Mengupas Regulasi Asuransi
dalam Menyikapi Perubahan
Industri Asuransi**

Management Trainee VIII

29

Profil: IndonesiaRe Institute

Management Trainee VIII

30

**Gempa Selatan Jawa dan Gempa
Lombok: Penyebab, Sifat, dan
Kekuatannya**

Mordekhai
Technical Assistant Actuary

33

**Aplikasi PML dalam Treaty
Proportional**

Technical Assistant Treaty Group:
Aryudho M. S; Ramadhan Kautsar; Ira
Azikha; Dwini R. A; Maesha G. R.

36

**Penanganan Kasus
Multiple Claim**

Laode Insan Mahatma
Head Life Reinsurance Claim Group



Redaktur REINFOKUS

Dewan Penasihat Direksi PT Reasuransi Indonesia Utama (Persero) **Penanggung Jawab** Corporate Secretary Division Head **Pimpinan Redaksi** Septi Triwidiana Dewi **Anggota Redaksi** 1. Desk Reasuransi Umum: Reza Andre Nasution; 2. Desk Reasuransi Jiwa: Nurul Hadi; 3. Desk Non Teknik: Alison E. Ritongga; 4. Desk BPPDAN Highlight: Reni Endang Kusuma; 5. Desk Korporasi dan merangkap koordinator media admin sosial dan sirkulasi: Ayu Bamanti Putri **Penulis/Penanggung**

Jawab Kolom REINFOKUS dan Media Online: Desk Reasuransi Umum 1. Property & Engineering: Aries Karyadi; 2. Marine & Aviation: Yanuardy Rahmat M; 3. Motor & Miscellaneous: Arie Merina K; 4. Financial Line: Jhon Rinaldo; 5. Reasuransi: Aryudho Mahardi Setianto; 6. Claims: Lia Kusuma Dewi; 7. Statistik: Aprelia Nur Fadhillah **Desk Reasuransi Jiwa** 1. Underwriting Reasuransi Jiwa: Laras Prabandini S; 2. Product/Actuarial/ Reinsurance: M. Hatta Rafsanjani; 3. Klaim & Klausula: Laode Insan Mahatma **Desk BPPDAN** 1. Risk & Loss Profile: a. Darmadji; b. Ade

Heriyani **Desk Non Teknik** 1. Risk Management: Alison E. Ritongga; 2. Akuntansi, Keuangan & Perpajakan: Hendra Lesmana; 3. Human Capital: M. Alvin Adinugraha **Desk Korporasi** 1. IndonesiaRe Inside, Korporasi & CSR: Vany Juwita S; 2. Legal & Compliance: Arthur Daniel P. S; 3. PKBL & CSR: Rinalvi **Administrator Media Sosial dan Sirkulasi Majalah REINFOKUS dan BPPDAN Highlight** 1. PIC Reasuransi Umum: Dinda Wahyu Rianti; 2. PIC Reasuransi Jiwa: Rizki Aditya; 3. PIC Corporate Secretary: Vany Juwita S.



DARI REDAKSI

Pembaca Budiman,

Pada empat tahun terakhir Industri Asuransi Umum Indonesia telah mengalami perubahan besar, di mana perubahan regulasi telah mengubah pola bisnis dan menimbulkan kondisi yang oleh sebagian besar praktisi dinilai telah membawa ketidakpastian dan melemahkan posisi penanggung. Kondisi ini tentu harus menjadi perhatian semua pihak yang terlibat dalam industri asuransi umum: regulator, praktisi asuransi umum dan pelaku bisnis yang mendukung industri, harus duduk bersama untuk membenahinya. ReINFOKUS Edisi Khusus ini kami sajikan dengan tema: "Menuju Industri Asuransi Umum yang Sehat dan Berkesinambungan" dengan menggali pandangan dan masukan dari hampir semua elemen penting dalam struktur pasar asuransi, di antaranya

perwakilan asosiasi perusahaan asuransi, asosiasi broker asuransi & reasuransi, asosiasi penilai kerugian dan Persatuan Aktuaris Indonesia, dan beberapa CEO perusahaan asuransi dalam satu Focus Group Discussion (FGD) yang diadakan tanggal 28 Agustus 2018 di IndonesiaRe.

Selain menyajikan ulasan hasil FGD, edisi ini juga berisi ulasan *Self Regulation*: Tidak terlalu sulit untuk mewujudkannya (tulisan utama), *Actuarial Pricing in General Insurance*, Bagaimana (Re)Asuradur Luar Negeri Memandang Kita? Mengupas Regulasi Asuransi dalam Menyikapi Perubahan Industri Asuransi, *Future Role of Underwriter*. Menghadapi negosiasi *treaty* 2019 yang sedang dan telah berjalan kami mengulas Gempa Selatan Jawa dan Gempa Lombok: Penyebab, Sifat, dan Kekuatannya, dan Aplikasi PML dalam *Treaty Proportional*. Sedangkan dari sisi Life Insurance, kami memberikan ulasan mengenai Penanganan Kasus "Multiple Claims".

Majalah ReINFOKUS Edisi Khusus ini akan dibagikan pada seluruh peserta Indonesia Rendezvous 2018 di Bali, dengan harapan semua pihak boleh mengambil sikap dan langkah bersama Menuju Industri Asuransi Umum yang Sehat dan Berkesinambungan, sehingga industri asuransi umum benar-benar memberikan manfaat dan kontribusi yang maksimal bagi seluruh *stakeholders*. Akhir kata, kami tetap mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kemajuan dan perbaikan ReINFOKUS edisi berikutnya. Selamat membaca!



Focus Group Discussion –
Jakarta, 28 Agustus 2018

MENUJU INDUSTRI ASURANSI UMUM YANG SEHAT DAN BERKESINAMBUNGAN

Kesehatan Industri Asuransi & Praktik *Engineering Fee*

Kocu: Menurut bapak-bapak apakah ciri-ciri industri asuransi umum yang sehat? Bagaimana pandangan bapak terhadap kesehatan industri asuransi umum saat ini, serta apa dua hal yang paling dominan membawa kita pada kondisi hari ini?

Aziz Sattar: Industri saat ini sedang kurang sehat. Perusahaan asuransi besar seringkali memfokuskan kepada *return on investment* dan *tax efficiency*, sedangkan Perusahaan asuransi menengah–kecil sangat tergantung pada regulation.

Jika kita melihat laporan AAUI tahun 2017, setengah dari seluruh

industri asuransi mengalami *underwriting loss*. Perusahaan tersebut hanya mendapat keuntungan melalui *investment profit* yang sama sekali tidak sehat, dan seakan-akan beroperasi sebagai perusahaan investasi.

Berkaitan dengan kecukupan modal, perusahaan asuransi seringkali meminta *capital injection* dari pemegang saham atau perusahaan induk. Permintaan ini tentunya akan sulit dipenuhi mengingat kondisi industri secara nasional yang kurang sehat dan perusahaan asuransi

akan kesulitan *self-sustaining* akibat mengalami kerugian *underwriting* bertahun-tahun.

Agar industri asuransi bisa lebih sehat maka perusahaan asuransi harus memiliki *greater transparency*, begitu pula dengan regulator, sehingga konsumen merasa terlindungi dan mudah



dalam memilah broker yang sehat, agen yang sehat dan perusahaan asuransi yang sehat.

Jadi menurut saya, dua hal yang paling dominan, yang pertama adalah *enforcement* regulasi bisa lebih baik. Yang kedua adalah biaya akuisisi yang berlebihan dan *fee* lain-lain yang akan berdampak negatif kepada perusahaan asuransi.

Harri Pedro: APPARINDO telah membentuk *team adhoc* untuk membuat beberapa kajian untuk mengetahui penyebab kondisi pasar tidak berjalan kondusif selama ini, antara lain *team adhoc* untuk *Engineering Fee* dan juga *team adhoc* untuk RSEOJK saluran pemasaran produk asuransi. Pertama, tidak ada pengaturan yang jelas khususnya di Indonesia mengenai saluran distribusi, tidak dibedakan antara pemasar/pemasaran dan *distribution*. Berdasarkan kondisi yang ada, pialang selalu dipojokkan oleh industri asuransi, terutama dari *ceding* dan juga dari reasuransi. Otoritas tidak berjalan seperti yang kita harapkan sebagai *controller*, serta tidak adanya struktur pasar yang baik di Indonesia sehingga akhirnya terciptakan kondisi pasar seperti saat ini.

Kocu: Apakah di komunitas Broker juga memberikan perhatian tentang kesehatan perusahaan atau lebih fokus pada pola distribusi?

Harri Pedro: Kami tentu *concern* pada hal tersebut, Apparindo sering mengadakan FGD untuk membahas mengenai masalah yang timbul berkaitan antara pialang/broker dengan asuransi-asuransi. Sebagai salah satu contoh terkait dengan salah satu asuransi yang dalam



Indonesia Re memberikan perhatian terhadap kondisi perasuransian di Indonesia saat ini dengan menyelenggarakan Focus Group Discussion (FGD) yang mengangkat topik pembahasan mengenai kesehatan industri asuransi umum beserta tantangan yang dihadapinya menurut pandangan dari Asosiasi, Surveyor, Adjuster, Pialang, Aktuaris dan Praktisi.



kondisi PKU, kami melakukan diskusi dengan anggota Apparindo yang terkait atau terdampak dengan diterapkannya status PKU asuransi tersebut oleh OJK, kemudian dilanjutkan dengan diskusi di tim internal Apparindo yang kemudian melakukan dialog dengan OJK untuk mendapatkan jalan keluar.

Dody Dalimunthe: Kami memiliki data statistik yang dapat ditampilkan. Angka kuantitatif tersebut yang bisa menunjukan bagaimana kondisi industri asuransi umum saat ini. AAUI mencoba untuk melihat data rasio

lain yang belum terekspos dari data performa premi, performa klaim, performa biaya, aset, *liability* dan lain-lain.

Kondisi asuransi umum saat ini memang sedang tidak sehat jika dilihat dari aspek manajemen risiko yang terdiri dari cadangan teknis.

Frans: Meninjau pendapat-pendapat sebelumnya, terdapat 3 sektor yang menjadi sumber masalah, yaitu:

1. Struktur pasar
 - Struktur pasar yang ada saat ini terlalu banyak/crowded. Banyak perusahaan asuransi yang belum memenuhi kriteria untuk menjadi pemain di pasar asuransi yang sehat. Perusahaan asuransi harus memenuhi kriteria asuransi yang sehat, yaitu memiliki modal cukup, mampu memberlakukan *pricing* yang *adequate*, memenuhi kebutuhan profesional dan sumber daya manusia yang kompeten.
2. Regulator.
 - a. Adanya tekanan international. Regulator saat ini berada dalam keadaan gamang, yaitu dalam kondisi melakukan sesuatu untuk industri asuransi namun mereka berhadapan dengan tendensi internasional.
 - b. Adanya tarik menarik antar pemangku kepentingan, dari berbagai pihak sehingga timbul tendensi bahwa regulator akan menyerahkan solusi untuk masalah ini kepada asosiasi.
3. Kesiapan industri asuransi untuk berperan. Tatanan dalam asosiasi perlu diubah, sehingga orang nomor satu di asosiasi/

Artikel

direktur eksekutif harus independen sehingga akan lepas dari gamang-gamang yang telah diatur.

Cadangan Teknis

Kocu: Pandangan saya, jika *underwriting result* dibagi dengan *Gross Premium* katakanlah 21%, namun di dalamnya belum termasuk *acquisition cost* (*engineering fee*) maka angka itu seharusnya lebih rendah lagi. Apakah *underwriting result* dibagi *gross* preminya menjadi sudah dapat dikategorikan bahwa kita sudah pada posisi ketidakcukupan premium. Pak Teguh, apakah ada pandangan tentang hal itu?

Teguh Permana: Saya secara pribadi juga mengalami sendiri hal tersebut pada saat membandingkan *Loss Ratio* perusahaan saya dibandingkan industri. Karena data yang ada itu adalah hanya *Claim Written* dan *Gross Written Premium*. Hal itu sangat *misleading*, karena yang kita perlukan adalah catatan klaim yang baru saja terjadi, plus delta cadangan diadu dengan premium yang *earned* di setiap tahun pembukuan.

Belum lagi masalah pembukuan kita yang belum mencerminkan keadaan perusahaan yang sebenarnya. Kemudian apa sih

yang dibutuhkan untuk hal itu? Satu, *awareness* terhadap *pricing*. Waktu kita akan masuk, apa efeknya terhadap pembukuan. Jangan hanya mengejar *top line*, karena kita ingat *bottom line* harus dijaga secara berkelanjutan. Selain *awareness* terhadap *pricing*, kita juga harus memiliki kemampuan *market* analisis. Dan kita harus bisa membuat sebuah pembukuan yang baik. Untung sekarang ada IFRS, namun sayangnya belum diwajibkan IFRS terbaru.

Kocu: Saat ini kita sedang mendiskusikan apakah premi kita

kurang, berpotensi kurang, atau sudah sangat *urgent* kurang. Saya ingin kaitkan ini dengan yang baru saja bapak katakan, bahwa pembukuan perusahaan tidak menunjukkan keadaan sebenarnya. Bisa bapak *elaborate* lebih jauh di sini, Pak?

Teguh Permana: Di dalam *reserving* dia harus me-*reserve* semua *cash out* dan *cash in* yang ada pada masa depan dan itu harus ditarik ke masa kini, untuk yang di atas satu tahun seharusnya berdasarkan *expected future cash flow* yang di-*present value*-kan

Jadi kalau mau lihat sebuah pembukuan itu betul atau tidak. Satu, apakah dia telah mengaplikasikan prinsip-prinsip IFRS yang baik dan benar. Kedua, hati-hati dengan hanya melihat *underwriting result*. Karena biasanya biaya hanya pindah tempat saja.

Kocu: Sedikit kita mau perdalam terkait *core* asuransi sebagai penanggung, yaitu *risk* dan elemennya. Tapi sebelumnya saya ingin mendengarkan pandangan dari Pak Aziz, Pak Dody, Pak Teguh, maupun Pak Frans terkait apa pandangan bapak terkait pencadangan klaim yang sama, tapi dicatat berbeda di beberapa perusahaan yang berbeda. Yang satu mencatat 100%, yang lain mencatat 70%, sehingga akhirnya tidak tercermin kondisi kesehatan perusahaan yang sebenarnya. Pak Teguh ada pandangan tentang itu?

Teguh Permana: Jadi cadangan teknis itu ada cadangan premi dan ada cadangan klaim. Itu filosofinya berbeda. Cadangan premi itu terhadap suatu risiko yang belum dijalani. Sedangkan cadangan

“
Perlunya peningkatan *awareness* terhadap *pricing* serta efeknya terhadap pembukuan. Jangan hanya mengejar *top line* karena kita ingat *bottom line* harus dijaga secara berkelanjutan.”





klaim itu terhadap risiko yang sudah dialami. Ada dua cadangan klaim itu, yaitu cadangan terhadap klaim itu sendiri, dan cadangan terhadap klaim yang belum dilaporkan, atau cadangan terhadap klaim yang sudah dilaporkan tapi tidak cukup. Dan saya akan membahas pada hal ini.

70% dianggap sah-sah saja, tapi aktuaris di perusahaan itu harus mencerminkan apabila 70% itu ternyata tidak tepat kedalam perhitungan IBNR/IBNER. Tapi hal ini merupakan area permainan metodologinya. Seharusnya kalau dia reserve 70% dan dia benar, maka angka IBNR/IBNER nya nol, Tapi begitu dia cadangkan 70% dan dia salah, maka IBNR/IBNER perusahaan itu akan mengingatnya minimal sampai 3-4 tahun. Sehingga sebetulnya sah-sah saja jika mereka mau menggunakan metode 70% atau angka lain, tapi pada saat dia *reserving*, itu yang mengawasi siapa? Apakah sudah benar metodologi *reserve*-nya?

Kocu: Berarti secara actuarial itu dapat dipertanggungjawabkan, namun harus ada pengawas.

Frans: Yang harus diperhatikan adalah baik di IBNR dan pencadangan harus ada metodologinya yang baik dan akurat.

Harry Suroso: Saya tambahkan betul seperti yang dikatakan Pak Frans, di lampiran SPOJK memang benar ada dua metode, jadi tidak bisa sembarangan menentukan

70% atau angka lain. Jadi ada dua metode, satu, dasarnya apa, jadi nanti ada *loss adjusted*,

itu bisa dijadikan dasar dan sah. Kedua adalah apabila itu belum ada diharuskan kalau tidak salah selama statistik tiga tahun maka apabila berdasarkan premi sebesar ukuran tertentu terjadi klaim, maka harus ada dengan tingkat kepercayaan misal kisaran 70% atau sekian. Pada saat dia salah melakukan pencadangan, maka hal itu akan tertangkap dikoreksi di IBNR

Kocu: Baik, point ini menjadi sangat penting, karena seperti kita lihat, 21,7% itu sebenarnya marginal juga kalau itu kita masukan komponen-komponen tadi, dan ketidakseragaman terkait pencadangan, maka angka 21,7% itu akan turun terus ke bawah. Dan ini akan terus kita *follow up* mendalam, supaya ada konsensus antara penanggung dan broker tentang kecukupan premium.

Self Regulated

Kocu: Industri ini harus mempunyai *rules* yang jelas mengenai hal-hal yang sudah kita bahas di atas yang akan mempengaruhi *market*. Menurut bapak-bapak apakah kita siap untuk *self regulated*?

Dody Dalimunthe: Pelaku industri asuransi sudah banyak yang senior. Industri asuransi harusnya sudah punya kemampuan untuk mengatur perusahaan sendiri, namun karena kompetisi yang menyebabkan perusahaan tidak memiliki kemampuan. Pemaksaan dari Regulator merupakan suatu keharusan mengacu kepada logika

bisnis asuransi yang baik dan sesuai dengan bisnis internasional. Komisi di asuransi merupakan *legal*, namun jangan dimanfaatkan untuk pihak yang tidak terlibat langsung dalam asuransi.

IFRS-17 merupakan hal yang bagus. Aktuaria kita masih belum lengkap. Harusnya aktuaria dimiliki asuransi umum dan mampu membuat *pricing* sendiri. Asuransi belum mampu untuk *self regulated*, tapi bisa difasilitasi oleh OJK.

Aziz Sattar: Menurut saya masih belum siap untuk *self regulated*. Sesuai data umum dari AAUI: 33 perusahaan asuransi rugi pada tahun lalu. *Underwriting result negative 2* tahun, namun keuntungan hanya diperoleh dari *investment gain* (hasil investasi). Regulator perlu melakukan sesuatu, untuk mengatasi masalah tarif *Fire* dan *Motor* (Kendaraan). Kompetensi masih kurang bagus. Kurang transparansi. Tidak cukup data analisis. *Law enforcement* dari Regulator dan Kepolisian bisa lebih baik lagi. Pasar masih berkembang. OJK perlu *enforcement* dan mengubah regulasi yang ada, sebelum mengeluarkan regulasi baru. Tidak terdapat cukup *independent assessment* atas pelaku-pelaku pasar. Mengapa perusahaan asuransi dan broker yang tidak *upload* laporan keuangan tidak diberikan sanksi? Mengapa AAUI tidak tegas menindak perusahaan dengan RBC yang rendah. *Financial Service Authority* (FSA) di Singapore dan Malaysia menindak perusahaan dengan denda dan sanksi administratif yang besar jika terdapat kesalahan fatal.

Harri Pedro: Saat ini kami anggap belum mampu dan siap untuk *self regulated*.

Budi Maharesi: Masyarakat Indonesia belum siap. Selama masyarakat belum patuh kepada lampu merah maka tidak akan bisa. Selama OJK belum mampu tegas dalam menerapkan regulasi, seperti halnya tegas dalam menagih iuran, maka *self regulated* tidak bisa diterapkan.

Harry Suroso & Teguh Permana: Belum mampu.

Frans: Saat ini kita memang belum siap, tapi kita harus membaca arahnya. *Self regulated* itu inevitable. Kita harus bersiap karena mau gak mau *self regulated* harus diterapkan. Dulu pernah meminta agar DAI diberikan otoritas oleh regulator. Namun Regulator tidak menyetujui karena khawatir DAI akan dikuasai oleh kepentingan kelompok bisnis tertentu. Kita menuju *self regulation*. Saat ini kita memang belum siap. Asosiasi harus didesain dengan pola pengawasan yang baik, harus punya *strong leadership*, kompetensi dan database yang bagus. Ujung-ujungnya permasalahan industri asuransi seperti ayam-telur, saling menyalahkan, tidak berani terbuka ke regulator.

Kocu: Penting untuk menentukan *pivot point* seperti contoh yang pak Frans sampaikan, yaitu benahi Asosiasi.

Independensi Surveyor & Adjuster

Kocu: Di sisi penyelesaian klaim juga perlu mendapat perhatian, dalam penyelesaian klaim diperlukan dokumen pendukung yang memadai salah satunya adalah *adjuster report*, akan tetapi mulai sering terdengar saat ini bahwa *adjuster report* yang disampaikan terasa kurang

memberi penjelasan yang komprehensif.

Akhir-akhir ini sering terlihat di pasar mengenai '*nominated adjuster loss*'. Bagaimana pendapat mengenai independensi *adjuster* dan surveyor?

Harry Suroso: *Adjuster* juga memiliki kepentingan dalam bisnis ini. Namun harus tetap prinsip yang tegas. Pada dasarnya tidak takut walaupun pernah menerima ancaman dari klien. *Adjuster* dan surveyor terkadang khawatir jasanya tidak akan dipakai lagi oleh broker atau asuransi jika pendapatnya berbeda dengan pihak broker/asuransi. Terkadang terdapat praktik opresif yang menekan surveyor agar jangan sampai mengeluarkan *statement* yang menjadikan klaim tidak dibayar.

Budi Maharesi: '*Nominated loss adjuster*' *clause* dulu jarang digunakan. Waktu berubah dan dasar pemikiran keberadaan *clause* ini adalah agar *adjuster* kompetitif dan menjadikan industri lebih baik. Misal untuk perusahaan *adjuster joint venture* umumnya memiliki *compliance* yang ketat terhadap peraturan (misalnya harus memiliki *Professional Indemnity policy*, harus ada *expatriate* utk integritas *policy*) sementara *adjuster* lain mungkin tidak seketat itu. Hal ini tidak menimbulkan situasi yang *fair* di *market*.

Nominated loss adjuster clause ini perlu ditinjau ulang. Karena dilihat dari sisi independen dan dilihat oleh *outside market*: '*Indonesia is a very broker-driven market*'. Sehingga yang terjadi sekarang ini, banyak *adjuster* baru muncul yang hanya memiliki kedekatan dengan

broker. Hal semacam ini akan mempengaruhi kesehatan *market* asuransi itu sendiri.

Frans: *Adjuster* harus *professionally independent*. Berarti hal-hal yg mengingkari hal itu berarti sudah mengingkari hakikat *adjuster*.

Harri Pedro: Kami akui bahwa ada bahkan banyak anggota Apparindo yang seperti itu (menetapkan klausula *Nominated Loss Adjuster*). Tapi permasalahan ini seperti ayam dan telur dan melibatkan 3 pihak (broker, penanggung dan *adjuster*). Di sisi lain pada saat konfirmasi penawaran perusahaan asuransi mencantumkan nama-nama *adjuster* yang dinominasi mereka, sebaliknya tidak sedikit juga perusahaan pialang mencantumkan nominasi *adjuster* yang akan dipakai. Pada akhirnya semua di selesaikan secara bersama-sama/*compromise* mengenai nominasi tersebut.

Panelis/Narasumber:

1. Aziz Adam Sattar
2. Budi Maharesi
3. Dody Dalimunthe
4. Frans Y. Sahusilawane
5. Harry Suroso
6. Harri Pedro Purwanto
7. Teguh Permana

Moderator:

Kocu Andre Hutagalung

Notulen:

Tim REINFOKUS

Future Role of Underwriter



dr. Laras Prabandini Sasongko
Underwriter Life Reinsurance

Kemajuan teknologi di industri asuransi, harus diakui banyak membantu kita dalam pekerjaan sehari-hari, termasuk dalam hal seleksi risiko. Jika demikian, apakah peran *underwriter* dapat tergantikan oleh teknologi?

Seleksi risiko.

Itu adalah hal pertama yang terbayang dari *jobdesc* seorang *underwriter*. Seleksi risiko – atau yang biasa disebut dengan *underwriting*, baik itu dari sisi personal, kesehatan, maupun *financial*, merupakan tanggung jawab utama dari seorang *underwriter*. *Underwriter*-lah yang harus memutuskan – atau setidaknya memberikan rekomendasi – apakah perusahaan dapat menanggung risiko yang diajukan atau tidak.

Tetapi, tahukah anda, kalau 'hanya' mampu melakukan seleksi risiko, maka peran dari *underwriter* akan dengan mudah dapat digantikan oleh teknologi?

Kita semua tentunya tahu, kita berada di era akselerasi teknologi. Hal yang baru hari ini, dapat menjadi sesuatu yang sudah kadaluarsa di pekan depan. Demikian juga dengan

teknologi di industri asuransi.

Sebut saja *e-application*, *underwriting guideline*, bahkan *auto-underwriting* yang digadag-gadag dapat 'menggantikan' peran *underwriter* dalam hal seleksi risiko.

Teknologi memang dapat mempermudah aktivitas seleksi risiko, namun peran *underwriter* sesungguhnya lebih dari sekedar melakukan seleksi risiko. *Underwriter* yang baik diharapkan dapat lebih berperan dalam kemajuan perusahaan, misalnya

dengan mampu mengenali produk yang akan menjadi primadona di pasar atau mampu mengidentifikasi peluang bisnis baru di pasar. Hal-hal yang mana belum dapat tergantikan oleh teknologi.

Oleh karena itu, sebagai *underwriter*, kita tidak boleh dilenakan dengan kemudahan teknologi. Melainkan, kita seharusnya giat melakukan *upgrade* terhadap diri dan kemampuan kita. Serta, tak lupa tanyakan kepada diri kita sendiri: *When the artificial intelligence has fully developed, will I still be needed to do what I'm currently doing?*

Karena *underwriter* yang baik adalah *underwriter* yang perannya tidak dapat digantikan oleh teknologi. *Underwriter* yang mampu berkontribusi pada kemajuan industri asuransi di seluruh bidang, bukan hanya di bidang *underwriting*. *Underwriter* yang mampu berkontribusi dalam pembentukan pasar, bukan hanya menjadi pemeran dalam pasar. *Underwriter* yang mampu menciptakan tren, bukan hanya mengikuti tren.

“

When the artificial intelligence has fully developed, will I still be needed to do what I'm currently doing?

”



Agus Benjamin
President Director
PT Lippo General Insurance, Tbk

Perkembangan Industri Asuransi Umum

Oleh: Tim ReInfokus

Industri asuransi umum tengah menghadapi *uncertainty*. Meningkatnya beban usaha dan harga yang semakin kompetitif, membuat para pelaku di industri ini berada pada kondisi sulit. Terkait hal ini, ReINFOKUS melakukan wawancara dengan *President Director* PT Lippo General Insurance, Bapak Agus Benjamin.

Menurut Bapak, kondisi industri asuransi umum apakah sedang sehat atau sebaliknya?

Jawaban *straightforward* saya: "Pasti tidak sehat". Kalau saya bertemu pemain asuransi umum yang tidak oportunis, mereka seringkali mengeluhkan mengenai masa depan industri ini.

Kondisi *market* yang tidak menentu ini didorong oleh Praktik *engineering fee* yang awalnya sebesar 2,5% tapi sekarang mencapai 15%. Bagaimana tanggapan Bapak?

Engineering fee itu menjelma menjadi bentuk lain dari diskon. Mengapa muncul *engineering fee*? Karena diskon diatur oleh OJK. Seyogianya diskon adalah suatu hal yang wajar di pasar, apalagi untuk pasar produk intangible, ditambah *cost of good sold*-nya tidak bisa dibaca jelas. Pertanyaannya berapa diskon yang dianggap 'pas' dan wajar?

Masih teringat di salah satu pasar ritel besar pembeli dapat mengharapkan diskon 30%, 50% bahkan ada yang sampai 90%. Situasi pasar diskon di asuransi umum sudah tidak menentu, tertanggung tidak dapat membaca berapa *cost of good sold*-nya, jadi patokannya "*check toko sebelah*". Ketika ada yang berani menawarkan diskon lebih besar, kepercayaan diri mengenai harga yang wajar terhadap *value* yang ditawarkan tergoyahkan, keseimbangan harga baru terbentuk. Di industri dengan *cost of good sold* berdasarkan asumsi dan *uncertainty*, situasi ini dapat lebih dinamis. Itu sebabnya *engineering fee* terus naik.

Akan tercipta keseimbangan baru lagi?

Saya pikir kalau tidak hati-hati, keseimbangan baru yang terbentuk secara tidak wajar akan menekan setiap perusahaan. Coba kita evaluasi laporan keuangan asuransi umum tahun 2017. Hasil usaha dari *underwriting* setelah dikurangi *expenses* akan

“

Industri asuransi umum tengah menghadapi *uncertainty*. Meskipun sudah diberlakukan tarif khusus untuk lini usaha harta benda dan kendaraan bermotor, namun situasi ini tidak bisa dihindari.

”

mencerminkan situasi ini. Hasil investasi menolong, tapi apakah situasi ini ideal?

Terkait dengan *reserve*, perusahaan bisa hidup karena sudah menabung cadangan premi. Bagaimana pendapat Bapak mengenai cadangan teknis industri asuransi? Cukup atau tidak?

Saya mengurai cadangan teknis menjadi cadangan premi, cadangan klaim & IBNR. Yang langsung terpapar dalam situasi sekarang ini adalah cadangan premi. Cadangan premi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan profit diakui secara wajar atau tidak.

Banyak perusahaan bermasalah karena tidak hati-hati *me-manage* cadangan premi ini. Bila premi yang dibukukan sudah tidak wajar karena tertekan

mekanisme diskon yang tidak sewajarnya maka sudah pasti cadangan premi juga tidak cukup. Bagaimana *service* dapat *sustainable* bila 'energi'-nya tidak cukup? Bagaimana penyelesaian klaim dapat lancar bila premi yang menjadi 'darah' perusahaan kurang?

Kita kan sudah ada regulasi sebenarnya, ada regulasi soal tarif. Apakah regulasi kita ini sudah mendukung praktik asuransi?

Mengapa ada regulasi tarif? Karena pemain tidak dapat mengatur dirinya secara tertib. Industri kita *me-manage* sesuatu yang *uncertain* dengan pendekatan dan asumsi yang sangat tergantung pengetahuan, pengalaman, *exposure* dan persepsi. Saya melihat regulasi tarif sebagai pagar karena tingkat pengetahuan, pengalaman, *exposure* dan persepsi tiap pemain berbeda-beda. Kita dapat melihat adanya pagar dari dua sisi, positif dan negatif.

Menurut Bapak peraturan itu sudah benarkah diterapkan oleh regulator?

Seperti yang telah saya sampaikan, kita dapat melihat pagar regulasi dari sisi positif dan negatif. Regulasi harus bisa mengantisipasi dinamika interaksi dan pertumbuhan industri yang berubah dengan cepat seiring dengan dinamika pasar dan adaptasi teknologi. Jika regulasi tidak disesuaikan seiring berjalannya waktu maka akan terjadi



ketidaksesuaian yang menuju pelanggaran. Bila dibiarkan terus dan pada akhirnya semua pemain mengabaikan maka kewibawaan regulasi dipertaruhkan.

Tarif ini masih diperlukan atau tidak?

Pemain harus duduk bersama dan melupakan kepentingan pribadi untuk mengkaji kedewasaan industri kita. Bisa ya bisa juga tidak.

Apa harapan Bapak kepada regulator?

Lebih mengayomi industri. Sebaliknya industripun perlu lebih mengerti sudut pandang regulator. Jika agendanya sejalan, diharapkan perjalanan lebih lancar yang pada akhirnya akan mendorong pertumbuhan industri lebih cepat. Industri asuransi umum ini kompleks jadi memang membutuhkan penanganan yang ekstra.

Terkait kualitas *adjust report*. Bagaimana kualitas *adjuster report* menurut bapak?

Hal ini terkait dengan idealisme. Menurut saya *adjuster report* yang bagus adalah *report* yang dapat di-*challenge* dengan logika. Ini dasarnya. Setelah itu barulah kita kaitkan dengan hal lain. Jadi saya selalu tekankan kepada team saya untuk tidak sungkan berdiskusi secara mendalam dalam menganalisis suatu *adjuster report*. Jadi jangan segan karena laporannya tebal, bahasanya canggih, teorinya rumit, dibuatnya lama ataupun *adjuster*-nya punya banyak gelar.



Kesehatan Industri Asuransi

Oleh: Tim ReInfokus

Industri Asuransi pada saat ini berada pada kondisi yang tidak dapat diprediksi. Dalam 4 tahun terakhir terdapat perubahan yang cukup signifikan pada pasar asuransi dikarenakan munculnya beberapa peraturan yang muncul dari regulator

Bagaimana menurut bapak kondisi industri asuransi umum saat ini? Apakah sehat atau tidak?

Tergantung melihat ukuran sehatnya, dari laporan keuangan *audited* perusahaan asuransi di akhir tahun, setelah kemudian hasil *audited*-nya keluar. Jadi kalau mengacu pada teori, maka tingkat kesehatan perusahaan asuransi dapat dilihat dari RBC (*Risk Based Capital*)-nya. Apabila tidak ada perusahaan asuransi dengan RBC di bawah 120%, maka dapat disimpulkan industri asuransi umum sehat, yang perlu dibandingkan adalah tingkat kesehatannya dari tahun ke tahun apakah menurun atau membaik.

Apakah besaran biaya akuisisi saat ini (*Engineering Fee*) masih dalam batas kewajaran sesuai dengan praktik bisnis yang sehat? Apa *corrective action*-nya? Apabila melebihi batasan kewajaran, berapa besaran ideal yang menjadi rekomendasi bapak?

Pada beberapa kasus *Engineering Fee* besarnya masih dalam batas toleransi, namun ada juga pada beberapa kasus lain terdapat indikasi *engineering fee* melebihi batas kewajaran. Untuk Adira Insurance karena kita memang menerapkan GCG (*Good Corporate Governance*) dan *risk appetite* yang cukup ketat, maka permintaan *engineering fee* yang di atas batas toleransi memang tidak kita penuhi.

Bagaimana pandangan bapak terkait kecukupan cadangan teknis dalam industri asuransi?

Akan sangat tergantung dari konsistensi pembuatan cadangannya sendiri, karena cadangan teknis sebenarnya sudah diatur oleh OJK tentang bagaimana cara untuk pembuatan cadangannya, juga harus ada keterlibatan aktuaris dan komisaris independen yang melihat cadangan teknis tersebut.

Apakah regulasi yang ada sudah mendukung praktik asuransi yang sehat?

Sangat tinggi harapan industri asuransi terhadap OJK untuk membuat iklim industri asuransi lebih kondusif. Karena kita tahu bahwa ekonomi Indonesia saat ini masih dipengaruhi ketidakpastian ekonomi global. Persaingan dalam industri asuransi harusnya didorong untuk memberikan pelayanan yang baik kepada nasabah dan menghindari persaingan harga.



Julian Noor

Chief Executive Officer

PT Asuransi Adira Dinamika

“Sangat tinggi harapan industri asuransi terhadap OJK untuk membuat iklim industri asuransi lebih kondusif”



Apakah kualitas *Adjuster Report* yang ada sudah memenuhi kebutuhan perusahaan asuransi?

Akan sangat tergantung dari kualitas *adjuster*-nya, kalau menurut saya ini hampir sama dengan ada barang ada harga. Jadi kalau saya katakan *as long as* kita menggunakan *adjuster* dengan kualifikasi yang bagus maka kita akan mendapatkan juga hasil *adjuster report* yang juga bagus atau sebaliknya.

Untuk Adira Insurance, kami menggunakan *adjuster* dengan kualifikasi terbaik, walaupun kita juga melihat kendala-kendala di lapangan saat *adjuster* melaksanakan tugasnya.

Sejauh apa peranan Aktuaris dalam perusahaan asuransi?

Akan ada perbedaan peran aktuaris di perusahaan asuransi jiwa dan asuransi umum. Pada dasarnya memang bagaimanapun juga asuransi umum tentu tidak bisa melepaskan diri dari kebutuhan untuk memiliki aktuaris untuk bisa membuat bisnisnya menjadi berjalan dengan proper. Perlu dibuat kejelasan hubungan antara aktuaris dengan *underwriter*, bagaimana aktuaris memahami lini bisnis yang bermacam-macam dengan karakter yang berbeda-beda, dan aktuaris juga melihat kecukupan pencadangan yang disiapkan perusahaan asuransi umum.

Apakah penerapan manajemen risiko sudah membantu dalam penyehatan industri asuransi?

Hal ini akan sangat bergantung dari penerapan manajemen risiko di masing-masing perusahaan, karena terus terang saya melihat ini merupakan suatu hal yang baru di asuransi. Dan mungkin akan

ada dua pendapat mengenai hal ini di industri asuransi. Pertama, pendapat yang menganggap ini harus dilakukan semata mata agar patuh (*comply*) dengan ketentuan OJK, jadi hanya melakukan apa yang harus dipenuhi tanpa makna. Kedua, penerapan manajemen risiko merupakan kebutuhan dari perusahaan asuransi untuk *manage* risiko yang dihadapi perusahaan asuransi. Tidak hanya menyangkut risiko yang ditransfer saja tapi keseluruhan (*the whole*) risiko sebagaimana tujuh kategori risiko yang diminta OJK untuk diidentifikasi. Artinya buat saya, tentu jika OJK sudah mengatakan ini merupakan kewajiban ada baiknya memang sekaligus saja menjadi momen perusahaan asuransi untuk menerapkan manajemen risiko dengan baik dan benar.

Apa peranan Broker yang bapak harapkan dalam menciptakan industri asuransi yang sehat?

Hubungan antara broker dan perusahaan asuransi harusnya didasarkan atas profesionalisme yang saling menguntungkan untuk menjaga kelangsungan bisnis dan itu akan membawa dampak bagi kesehatan industri asuransi dan tertanggung.

Apa yang harus dilakukan oleh para *stakeholder* untuk menjaga keberlangsungan industri asuransi yang sehat?

Stakeholders untuk industri asuransi sebetulnya sangat banyak dan beragam. Tapi di sini saya menitikberatkan untuk para agen, broker, maupun *aggregator* dan *marketplace* yang menjadi salah satu digital distribusi *channel* terpopuler saat ini. Dengan ada sistem *aggregator* yang sehat kami rasa itu juga menjadikan industri

asuransi semakin sehat. Namun hal ini juga harus didukung oleh regulator untuk membuat peraturan yang beragam untuk sistem *aggregator* di industri asuransi umum. Tidak hanya itu, sistem keagenan juga harus diperbaiki oleh masing-masing perusahaan.

Apakah tarif sekarang ini cukup hanya sebagai referensi saja?

Best practice di banyak negara saat ini memang ada dua tipe tarif, yaitu tarif yang sudah diregulasi dan tarif preferensi. Untuk industri asuransi yang sudah *mature* seperti industri asuransi di Jepang, perbedaan tarif regulasi dengan tarif preferensi tidak merubah perilaku perusahaan asuransi untuk bersaing dalam tarif. Latar belakang tarif yang diatur dalam regulasi OJK disebabkan karena terjadinya persaingan tarif yang begitu tajam di industri asuransi. Pilihan atas tipe tarif ini sangat tergantung pada kematangan pelaku industri asuransi, di mana tarif yang dijual adalah tarif yang *adequate* berdasarkan statistik.

Apa harapan bapak kepada regulator ke depannya?

Kami berharap regulator bisa menciptakan iklim yang kondusif dalam industri asuransi. Melihat perkembangan teknologi dan tuntutan masyarakat yang jauh berbeda dari tahun-tahun sebelumnya. Regulasi harus mampu mengatur dan melindungi kepentingan seluruh pihak, namun di sisi lain juga tidak 'membatasi' ruang gerak para pihak. Selain itu saya juga berharap regulator melihat performa perusahaan asuransi tidak hanya melihat dari pertumbuhan *top line* namun juga harus memperhatikan pertumbuhan *bottom line* perusahaannya.



SELF REGULATION:

TIDAK TERLALU SULIT UNTUK MEWUJUDKANNYA



Kocu Andre Hutagalung

Technical Operational Director

PT Reasuransi Indonesia Utama (Persero)

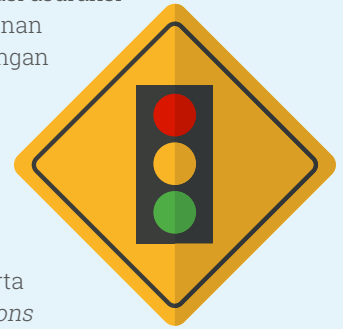
Beberapa elemen pasar di industri asuransi memiliki pandangan yang berbeda mengenai kondisi kesehatan industri asuransi umum. Hal tersebut terjadi karena penggunaan data statistik dan sudut pandang yang berbeda dalam menilai kesehatan. Padahal, mewujudkan *self regulation* membutuhkan komitmen yang sama dari seluruh pelaku industri. Apa saja yang perlu disiapkan para pelaku industri agar industri ini bisa *self regulated*?

Pada Focus Group Discussion (FGD) yang baru-baru ini diadakan oleh majalah (re) asuransi terbitan IndonesiaRE-ReINFOKUS, para narasumber memberikan jawaban yang seragam untuk pertanyaan: Apakah industri asuransi umum Indonesia mampu untuk mengatur dirinya sendiri? (*self regulated*). Seperti yang sudah diduga, semua menjawab: TIDAK MAMPU. Narasumber terdiri dari hampir semua elemen penting dalam struktur pasar asuransi umum: perwakilan asosiasi perusahaan asuransi, asosiasi broker asuransi & reasuransi, asosiasi penilai kerugian dan Persatuan Aktuaris Indonesia. Beberapa CEO perusahaan asuransi juga di undang untuk memberikan pandangan.

Kekecewaan yang timbul akibat beberapa kali gagal dalam melaksanakan kesepakatan pasar sangat terasa dalam setiap penjelasan yang diberikan. Komitmen yang lemah, tidak ada penegakan aturan dan kerugian bisnis yang justru dialami oleh perusahaan yang patuh menjadi tiga alasan utama. Di sisi lain, peranan regulator juga menjadi perhatian, kritik dan sekaligus harapan para narasumber.

Untuk melihat lebih dalam, pertanyaan berikutnya ditanyakan kepada narasumber: Bagaimana padangan saudara tentang kesehatan industri asuransi umum saat ini? Ternyata jawaban yang diberikan berbeda-beda. Asosiasi broker menunjukkan data

bahwa perusahaan asuransi umum saat ini baik-baik saja. Data dan kecenderungan yang sama juga diperlihatkan oleh data asosiasi asuransi umum. Walaupun ada penurunan namun secara umum keuntungan perusahaan asuransi umum masih cukup baik. Namun, penjelasan sebaliknya justru diberikan oleh CEO perusahaan asuransi dan reasuransi. Perang tarif dan perang komisi (+ FEE) serta penerapan *terms and conditions* yang sangat luas menjadi perhatian para CEO. Salah satu CEO juga menunjukkan data AAUI yang menggambarkan kondisi Hasil *Underwriting* – Biaya Usaha yang mengkhawatirkan (NEGATIF). Mana yang benar?



Menarik untuk disampaikan pada kesempatan ini bahwa ternyata elemen-elemen pasar di atas tidak memiliki pandangan yang sama tentang bagaimana mendefinisikan kesehatan industri.

Apa hubungan antara kemampuan *Self regulation* dengan mendefinisikan kesehatan perusahaan dan industri asuransi?

Self regulation membutuhkan komitmen. Bagaimana mungkin ada komitmen di antara pemangku kepentingan utama apabila mereka berbeda pandangan tentang seberapa mendesak situasi saat ini? Lantas bagaimana kita bisa meyakinkan OJK misalnya apabila kemudian OJK ternyata menerima informasi tentang kesehatan perusahaan dan industri yang berbeda-beda?

Self regulation membutuhkan dasar. Persaingan sehat adalah dasar atau esensi utama dari *self regulation*. Sebagai industri kita harus menetapkan *platform* yang akan menciptakan dan mampu memelihara *fair competition*. Tidak boleh ada insentif yang secara sepihak dapat memberikan keuntungan pada satu perusahaan atau sebagian pasar. Namun berbeda dengan industri lain, sektor asuransi memiliki kekhususan. Sebuah pabrik apabila salah satu mesinnya rusak maka akan segera/ langsung memengaruhi kemampuan produksi perusahaan yang bersangkutan. Kemampuan menjual produknya (kompetisi) akan SEGERA terpengaruh negatif. Hal yang sama seharusnya terjadi pada perusahaan asuransi. Perusahaan yang terkena

Artikel Utama

klaim atau akumulasi yang nilainya sudah tidak seimbang dengan premi atau akumulasi premi seharusnya juga mengalami hal di atas. NAMUN kenyataannya tidak selalu demikian.

Mengapa kesehatan perusahaan (dan industri) menjadi elemen penting dalam menciptakan persaingan sehat di industri asuransi? Sederhana jawabnya, karena kita berjanji membayar sejumlah uang (klaim) di masa depan. Dan kesehatan ini adalah elemen terpenting dalam membangun kepercayaan yang sangat penting dalam memasarkan produk asuransi. Bahwa perusahaan saya SEHAT sehingga akan MAMPU memenuhi janji membayar klaim.

Hal apakah yang paling mendesak yang harus segera dibenahi agar persaingan yang sehat di atas terjadi? Kami di ReINFOKUS mencoba melihat lebih dalam. Kami fokus pada Struktur Biaya khususnya Cadangan Teknis.

Cadangan teknis adalah tempat di mana ekspektasi tentang risiko (Cadangan Premi) dan realita risiko (Cadangan Klaim dan IBNR) dicatat. Alasan mengapa fokus kepada Cadangan Teknis karena merupakan komponen utama dalam struktur biaya perusahaan asuransi. Apa yang terjadi kalau dua perusahaan saja, memiliki pola pencadangan teknis yang sangat berbeda satu sama lain? Jawabannya tentu saja adalah terciptanya kondisi kompetisi yang tidak sehat di antara keduanya.

Kita ambil satu contoh sederhana (hipotesis) di mana perusahaan A dan B memiliki portofolio yang identik dan dengan nilai *Gross Premi* yang sama juga. Perusahaan A mencatat Cadangan Premi 55% dari Net Premi sedangkan perusahaan B mencatat 35%. Selanjutnya, keduanya juga menerima *Loss Advice* untuk klaim yang sama dari *Loss Adjuster* dengan *reserve recommendation* yang sama dengan nilai Rp 100 juta. Namun perusahaan A mencatat 100% dari bagiannya sedangkan B mencatat 70% dari bagiannya. Kedua perusahaan memiliki alasan yang valid menurut pandangan masing-masing.

Apa yang terjadi kemudian adalah perusahaan B akan berada pada posisi keuangan yang lebih baik dari perusahaan A untuk situasi/skenario portofolio premi dan klaim yang sama. Terlepas dari argumen masing-masing perusahaan namun kondisi di atas



jasas sangat menguntungkan perusahaan B. Maka perusahaan B akan kembali ke *market* dan mampu memberikan komisi yang lebih besar misalnya. Hal buruk lainnya yang dihasilkan situasi di atas adalah: Hubungan antara tingkat risiko yang *assumed* oleh perusahaan dengan catatan di buku menjadi bersifat arbitrer.

Kembali pada beberapa paragraf di atas sebelumnya, bagaimana mungkin dua perusahaan dapat bersaing sehat apabila keduanya masing-masing dapat dengan leluasa menetapkan komponen biaya terbesar kemudian? Proses ini terus berjalan dalam lingkaran yang terjadi dan terus berputar. Akibatnya, salah satu konsekuensi yang timbul adalah dalam konteks posisi kesehatan perusahaan HARI INI maka semua tampak baik-baik saja. Namun, janji perusahaan asuransi berada di masa depan dan bukan untuk hari ini saja.

Dalam kondisi di atas, maka kalimat persaingan sehat menjadi kehilangan makna karena *underlying condition*-nya tidak memungkinkan. Ketika perusahaan manufaktur membeli bahan dasar produknya maka besarnya ditetapkan di depan dan harga jualnya tidak mungkin di bawah harga tersebut (kecuali promosi). Perusahaan yang membeli bahan dasar atau biaya produksi lebih tinggi akan sangat sulit bersaing dalam harga. Dalam contoh di atas, dua perusahaan yang terkena klaim dengan nilai yang sama namun salah satunya dapat berada dalam posisi lebih baik dibandingkan yang lain.

Perilaku pencatatan cadangan teknis yang arbitrer

membuat tidak ada insentif untuk patuh pada komitmen pasar. Setiap perusahaan tidak percaya bahwa menghormati kesepakatan adalah yang terbaik untuk perusahaan dan industri. Mengapa? Karena selalu ada acara lain yang tersedia yaitu penyesuaian pada cadangan teknis.

Benar bahwa dalam pembentukan cadangan teknis setiap perusahaan dapat mengajukan *argument* atau

“
**Self regulation
membutuhkan
komitmen.**



asumsi. Namun perbedaan lebih besar dari 10% terasa tidak benar. Alam memberikan definisi dan tingkatan pada setiap Risiko. *Underwriter* mengenalinya dengan menggunakan statistik dan aktuarial dan kemudian menetapkan kategori risiko. Ada *High Risks*, *Medium Risks* dan *Low Risks*. Statistik adalah ilmu yang sudah *well developed*. Batasan-batasan dan kondisi minimum telah didefinisikan dengan ketat. Penggunaan statistik yang benar oleh dua *underwriter* tidak akan menghasilkan perbedaan lebih besar dari 10%. Perbedaan yang besar hanya bisa terjadi apabila ada input subjektif dari pengguna.

Di sinilah persoalan utamanya, penggunaan statistik yang benar. Apakah perusahaan A dan B pada contoh di atas menggunakan metode statistik yang *well accepted* katakanlah dalam menentukan seberapa besar kerugian di atas akan dicatat dalam *Outstanding Claims*? Apakah keduanya menggunakan data dengan kualitas dan kuantitas yang dapat diterima secara statistik untuk mencapai tingkat kredibilitas yang memadai? Atau apakah mereka kemudian sudah memperhitungkan beban salah perkiraan mereka ke dalam pembentukan IBNR misalnya? Tidak ada yang tahu.

Semua dapat terlihat dan mengaku sehat. Kenapa saya harus patuh pada kesepakatan pasar? Kesepakatan pasar yang mana? Yang mana saja. Mulai dari kesepakatan tentang klasifikasi risiko sampai pada kesepakatan tentang besarnya komisi. Bayangkan sebuah industri di mana setiap pemain dapat mencatat beban usahanya kemudian dan ditetapkan secara arbitrer. *Self Regulation* hampir tidak mungkin terjadi ketika landasannya hanya keinginan semata.

Membentuk Cadangan Teknis adalah *core activities* perusahaan (re)asuransi. Adalah tempat manifestasi sesuatu yang abstrak yang kita sebut KEMUNGKINAN di dunia nyata. Adalah komponen utama dalam menentukan Hasil *Underwriting* dan penentu keuntungan serta kesehatan perusahaan.

Lantas bila demikian apa yang harus dilakukan oleh industri agar *underlying condition* di mana persaingan yang sehat dapat terjadi? Kami melihat, penerapan metode

statistik dan aktuarial secara luas dan benar pada *core competency* (*pricing dan technical reserve: Premium Reserve, Outstanding Claim Reserve dan IBNR*) akan sangat positif mendorong terbentuknya kondisi di atas.

Sudah lama sekali sejak terakhir AAMAI menguji subyek statistik untuk kualifikasi profesional di Sektor Asuransi Umum. Pasti ada alasan yang bagus mengapa dulu subyek ini dihapus dari silabus AAAIK dan AAIK. Namun kita melihat betapa besar pengaruhnya dalam membentuk budaya manajemen risiko di sektor asuransi umum hari ini. Semua tahu statistik tapi tidak banyak yang betul-betul percaya padanya.

“
Hal apakah yang paling mendesak yang harus segera dibenahi agar persaingan yang sehat di atas terjadi.”



AAMAI harus kembali menguji subyek ini dan selanjutnya bersama asosiasi asuransi umum bekerja sama dengan Persatuan Aktuarial Indonesia (PAI) membuat panduan praktis yang dapat digunakan oleh industri. Ada pepatah *Lies, Damned Lie and Statistics* yang menggambarkan penggunaan statistik secara salah dan sembarangan adalah juga sebuah kebohongan. Panduan praktis tentang *Pricing dan Reserving* akan setidaknya mencegah terjadinya penggunaan statistik yang tidak valid dan yang hanya digunakan untuk pembenaran belaka.

Dengan penggunaan statistik yang benar maka pertama akan terbentuk klasifikasi risiko (*high, medium dan low*). Selanjutnya industri akan memiliki tariff referensi yang dibuat oleh lembaga yang memiliki CUKUP DATA untuk melakukan perhitungan. Setiap perusahaan yang ingin menerapkan tariff lebih rendah harus datang ke OJK menjelaskan dan menunjukkan kualitas dan kuantitas data yang menjadi dasar. Apabila metode, kualitas dan kuantitas data tidak memenuhi panduan di atas maka OJK dapat menolak penerapan tariff tersebut di market. NET-NET super NET PREMIUM tidak boleh lebih kecil dari *RISK Premium*.

Pada FGD di atas, narasumber juga mengangkat peranan regulator adalah faktor yang menentukan apakah industri asuransi umum Indonesia mampu untuk





mengatur diri sendiri atau tidak. Sekian lama, narasumber menyampaikan industri tidak melihat ada penegakan aturan yang konsisten dan hal ini dikatakan membuat pelanggaran menjadi semakin sering terjadi. Terasa seperti paradoks, ingin mengatur diri sendiri namun membutuhkan OJK untuk ikut terlibat. Mungkin yang dimaksudkan adalah pada saat ini masih dibutuhkan dan baru kemudian perlahan mengatur diri sendiri.

Bagaimana perusahaan asuransi menyusun tarif dan membentuk cadangan teknis akan sangat mempengaruhi kemampuan perusahaan untuk membayar klaim bukan hanya hari ini tapi DIMASA DEPAN. Namun, *you believe what you see*.

Secanggih apapun metode statistik yang digunakan untuk memprediksi masa depan (melalui klasifikasi risiko misalnya) namun godaan untuk tidak percaya atau sepenuhnya percaya sungguh sangat besar.

Keadaan menjadi dilematis, apakah ada atau tidak ada tarif keduanya ternyata terekspos pada risiko penggunaan dan penetapan yang *arbiter*. Sungguh industri yang rumit!!

Ya, operasional perusahaan (re)asuransi yang baik memang tidak sederhana. *At the very bottom, the essence of our operation is managing something abstract called probability*. Tidak ada dua orang yang akan sepenuhnya sepakat tentang

satu kemungkinan. Itulah sebabnya industri ini sangat membutuhkan pengaturan yang detail dan pengawasan yang konsisten.

Apakah tidak bertentangan dengan konsep *self regulation* di atas? Tidak sepenuhnya. Pada praktik yang berlaku di negara yang lebih maju industri asuransinya ada batas yang jelas antara mana yang menjadi fokus regulator dan mana yang didelegasikan kepada *market* untuk diatur melalui mekanisme *self regulation*. Pembentukan Cadangan Teknis seperti yang dijelaskan di atas adalah salah satu yang selalu menjadi perhatian utama regulator. Penetapan tarif di banyak yurisdiksi di serahkan kepada mekanisme pasar. Namun untuk ASIA, pada pasar-pasar asuransi dengan ukuran menengah besar mereka biasanya memiliki Badan Tarif yang independen untuk menghasilkan tarif referensi. Tarif Referensi akan selalu ada namun semakin banyak negara yang secara bertahap melakukan liberalisasi melalui de-tarif.

Di manakah posisi pasar asuransi umum Indonesia? Untuk memulai *self regulation* ada PR yang harus kita kerjakan:

1. Perusahaan (re)asuransi harus terlebih dulu sepakat bagaimana mendefinisikan kesehatan industri hari ini. *Stakeholders* lain juga diikuti dalam diskusi.
2. Asosiasi bersama dengan Persatuan Aktuaris Indonesia PAI membuat Panduan Pembuatan Tarif dan Cadangan Teknis untuk (Re)asuransi Umum.
3. Panduan di atas di endors oleh OJK sebagai bentuk pelaksanaan POJK terkait Tarif dan Pembentukan Cadangan Teknis

Regulator juga memegang peranan sentral. Menarik menyimak apa yang disampaikan KPPU sebelumnya pada diskusi KPPU-OJK yang diselenggarakan beberapa waktu lalu. Disampaikan bahwa tidak ada hubungan antara kebutuhan akan tarif dengan kesehatan perusahaan. Penentuan dan penetapan tarif tidak boleh mengkompromikan kesehatan perusahaan. Tarif harus dihitung dengan tujuan minimum memenuhi ketentuan kesehatan perusahaan asuransi seperti yang ditentukan OJK. Satu lagi kondisi yang membutuhkan konvergensi dalam menetapkan kesehatan perusahaan/industri.

Kami melihat regulator harus memberikan perhatian yang besar pada metode pembentukan dan kecukupan Cadangan Teknis. Cadangan Teknis adalah salah satu benteng terakhir yang seharusnya dapat diandalkan untuk menjaga kepentingan pemegang polis apabila perusahaan dalam keadaan yang sulit.

Self regulation hanya bisa terjadi apabila terjadi persaingan yang sehat di mana setiap perusahaan dapat dibandingkan satu sama lain secara *fair*. Seperti yang disampaikan oleh seorang CEO pada FGD di atas: Industri asuransi umum Indonesia membutuhkan dua hal: Transparansi dan lebih banyak penilaian yang dilakukan oleh pihak independen.

“

Cadangan Teknis adalah salah satu benteng terakhir yang seharusnya dapat diandalkan untuk menjaga kepentingan pemegang polis apabila perusahaan dalam keadaan yang sulit.

”

ACTUARIAL PRICING IN GENERAL INSURANCE



Nico Demus

Actuary & Life Reinsurance Portfolio
Management Division Head

Salah satu ciri-ciri industri asuransi yang sehat adalah perusahaan mampu memberlakukan *pricing* yang *adequate* dan mengetahui batas bawahnya apa. Bagaimana perusahaan memberlakukan *pricing* yang *adequate* dari sudut pandang aktuaria?

Berdasarkan data OJK tahun 2018, terdapat 74 perusahaan asuransi umum dan 209 perusahaan broker yang beroperasi di Indonesia. Jumlah tersebut sangat besar sehingga struktur pasar industri asuransi umum saat ini sudah terlalu ramai dan tidak sedikit perusahaan yang belum memenuhi kriteria untuk menjadi pemain di pasar asuransi yang sehat. Lalu pertanyaan nya adalah ciri-ciri industri asuransi yang sehat seperti apa?

Berdasarkan hasil Focus Group Discussion (FGD) yang dilaksanakan IndonesiaRe pada tanggal 28 Agustus 2018, disimpulkan bahwa ciri-ciri industri asuransi yang sehat adalah:

- Memiliki modal yang kuat.
- Mampu memberlakukan *pricing* yang *adequate* dan mengetahui batas bawahnya apa.
- Memenuhi kebutuhan profesional dan sumber daya manusia yang kompeten.

Oleh karena itu, di sini penulis akan coba menggali lebih dalam bagaimana perusahaan memberlakukan *pricing* yang *adequate* dari sudut pandang aktuaria.

Secara umum *pricing* dari sudut pandang aktuaria adalah melakukan pemodelan atas informasi klaim yang terbentuk dari setiap perusahaan. Metode yang paling umum digunakan dalam melakukan pemodelan tersebut adalah menggunakan metode *Aggregate Loss Model*. Secara matematis *Aggregate Loss Model* dapat dinyatakan dengan persamaan sebagai berikut:

$$S = \sum_{i=1}^N X_i = X_1 + X_2 + \dots + X_N$$

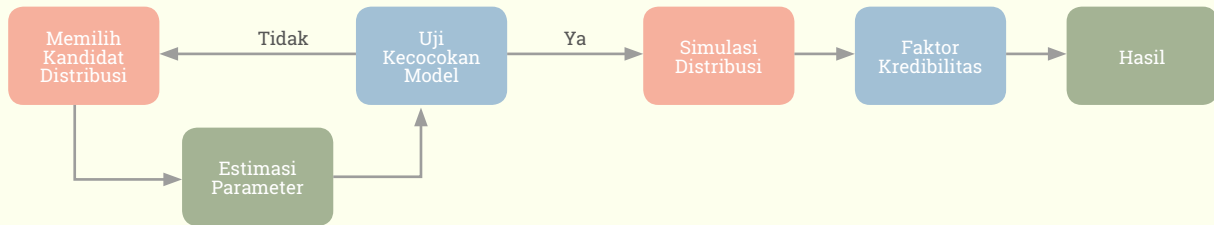
Dimana:

S = Aggregate Loss

X = Loss Severity

N = Loss Frequency

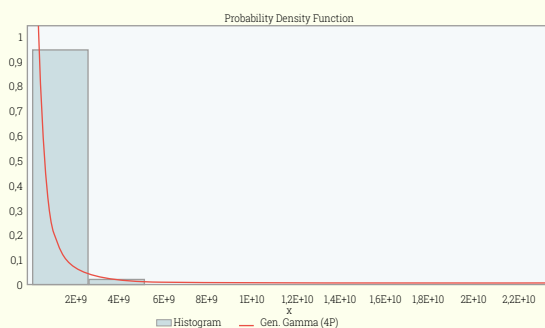
Dalam memodelkan fungsi *Aggregate Loss*, perlu dilakukan beberapa tahapan yaitu sebagai berikut:



1. Model Distribusi

Tahapan pertama adalah menentukan model dari setiap variabel dalam fungsi *Aggregate Loss*. Terdapat 2 variabel yang akan dimodelkan, yaitu *Loss Frequency* (Banyak Klaim) dan *Loss Severity* (Besar Klaim).

- Loss Frequency* (Banyak Klaim)
Distribusi-distribusi yang akan jadi calon model untuk banyaknya klaim adalah distribusi diskrit. Adapun beberapa contoh distribusi diskrit yang paling sering digunakan adalah sebagai berikut:
 - Distribusi *Poisson*.
 - Distribusi Binomial Negatif.
 - Distribusi Binomial.
- Loss Severity* (Besar Klaim)
Seperti halnya Banyak Klaim, Besar Klaim juga dimodelkan dengan suatu distribusi. Namun untuk Besar Klaim, distribusi-distribusi yang sesuai adalah distribusi kontinu. Contoh distribusi kontinu adalah sebagai berikut:



2. Estimasi Parameter

Tahapan selanjutnya adalah melakukan estimasi parameter untuk *Loss Severity* dan *Loss Frequency*. Metode yang paling sering digunakan dalam estimasi parameter adalah *Maximum Likelihood Estimator* (MLE). Dalam mengestimasi parameter, hal yang paling penting dilakukan

adalah menggunakan sebanyak mungkin informasi yang ada pada sampel. Metode MLE ini bertujuan untuk menaksir parameter sehingga peluang untuk mendapatkan sampel dari populasi diasumsikan maksimum. Secara matematis fungsi *likelihood* dapat dinyatakan dengan persamaan sebagai berikut:

$$L(\theta) = \prod_{j=1}^n \Pr(X_j \in A_j | \theta)$$

Dimana θ adalah parameter yang akan diestimasi. Dan *Maximum Likelihood Estimator* dari θ adalah vektor yang memaksimalkan fungsi *likelihood*. Sebagai contoh penggunaan MLE dari suatu aplikasi statistik adalah sebagai berikut:

Fitting Result

#	Distribution	Parameter	
1	Beta	$\alpha_1=0.0617$ $a=1632.9$	$\alpha_2=2.3991$ $b=2.23326E+10$
2	Burr	$k=0.00259$	$\alpha=142.53$ $\beta=5553.2$
3	Burr (4P)	$k=0.13184$ $\beta=2.1529$	$\alpha=0.43962$ $\gamma=1632.9$
4	Cauchy	$\sigma=4.7411E+7$	$\mu=2.8283E+7$
5	Chi-Squared	$\nu=4.8734E+8$	
6	Chi-Squared (2P)	$\nu=4.8734E+8$	$\gamma=1469.6$
7	Dagum	$k=419.31$	$\alpha=1.0018$ $\beta=64.43$
8	Dagum (4P)	$k=194.15$ $\beta=315.27$	$\alpha=0.66747$ $\gamma=-2.7106E+5$
9	Error	$k=1.0$ $\sigma=1.7921E+9$	$\mu=4.8734E+8$
10	Error Function	$h=3.9458E-10$	

3. Uji Kecocokan Model

Setelah menentukan model apa yang cocok untuk *Loss Frequency* dan *Loss Severity*, langkah berikutnya adalah menguji apakah model yang dipilih tersebut cocok dengan data. Bentuk uji kecocokan model adalah sebagai berikut:

- H_0 : data berasal dari populasi dengan model yang dipilih
 H_1 : data tidak berasal dari populasi dengan model yang dipilih

Apabila H_0 ditolak, maka perlu dilakukan tahapan 1 dan tahapan 2 kembali.

Terdapat 2 metode yang umum digunakan yaitu:

i. Metode Kolmogorov – Smirnov

Secara matematis metode Kolmogorov – Smirnov dapat dinyatakan dengan persamaan sebagai berikut:

$$D = \max_{t \leq x \leq u} |F_n(x) - F^*(x)|$$

Dimana:

- $F_n(x)$: Fungsi distribusi empiris yang diperoleh dari data pengamatan
 $F^*(x)$: Fungsi distribusi yang diharapkan

Selanjutnya nilai D akan dibandingkan dengan nilai kritis untuk suatu α tertentu untuk menentukan apakah H_0 ditolak atau tidak ditolak.

ii. Metode Chi Square Goodness of Fit Test

Secara matematis metode Chi Square Goodness of Fit Test dapat dinyatakan dengan persamaan sebagai berikut:

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \frac{n(\rho_j - \rho_{nj})^2}{\rho_j}$$

Dimana:

- n : banyak sampel
 ρ_j : peluang observasi
 ρ_{nj} : peluang terhadap distribusi empiris

Selanjutnya nilai χ^2 akan dibandingkan dengan nilai kritis untuk suatu α tertentu untuk menentukan apakah H_0 ditolak atau tidak ditolak.

4. Simulasi Distribusi Aggregate Loss

Setelah melakukan uji kecocokan model, tahap selanjutnya adalah membentuk fungsi probabilitas Aggregate Loss. Terdapat 2 metode yang dapat digunakan untuk menentukan fungsi probabilitas Aggregate Loss, yaitu:

i. Metode Konvolusi

Bentuk dari fungsi kepadatan peluang Aggregate Loss adalah sebagai berikut:

$$f_s(x) = Pr(S=x) = \sum_{k=0}^{\infty} P_n f_{x^{*k}}(x), x=0,1,\dots$$

Dimana:

$$f_{x^{*k}}(x) = \sum_{t=0}^x f_{x^{*(k-1)}}(x-t) \cdot f_x(t), x=0,1,\dots$$

Secara praktikal metode ini sulit digunakan. Oleh karena itu terdapat metode lainnya yang sering digunakan adalah metode rekursif.

ii. Metode Rekursif

Misalkan fungsi distribusi untuk besar klaim adalah $f_x(x)$ yang terdefinisi di 0, 1, 2 ..., m yang masing-masing elemennya mewakili suatu besar klaim tertentu. Nilai m merupakan pembayaran terbesar yang mungkin dibayarkan oleh perusahaan asuransi kepada tertanggung. Selanjutnya misalkan distribusi dari banyak klaim adalah ρ_k yang merupakan anggota kelas (a, b, 0) dimana:

$$p_k = \left(a + \frac{b}{k}\right) p_{k-1}, \quad k=1,2,3,\dots$$



Maka fungsi *Aggregate Loss* dapat dinyatakan sebagai berikut:

$$f_s(x) = \frac{\sum_{y=1}^{x \wedge m} (a + \frac{by}{x}) f_x(y) f_s(x-y)}{1 - af_x(0)}$$

Dimana notasi $x \wedge m$ merupakan notasi untuk min (x, m)

Setelah melakukan seluruh proses di atas maka kita telah memperoleh fungsi probabilitas untuk *Aggregate Loss* (S). Selanjutnya dari fungsi tersebut, dapat diperoleh informasi-informasi sebagai berikut:

Premi Murni : $E[S] = E[N] \times E[X]$
 Premi Risiko : Premi Murni + Safety Margin
 : $E[S] + k\sqrt{\text{Var}(S)}$

dimana:
 $\text{Var}(S) = E[N] \cdot \text{Var}(X) + \text{Var}(N) \cdot E[X]^2$

Informasi premi murni yang diperoleh merupakan informasi premi yang murni berasal dari data *experience*. Oleh karena itu perlu dilakukan satu proses tambahan yang penting namun sering diabaikan oleh aktuaris yaitu menghitung *credibility factor*. Fungsi dari *credibility factor* ini adalah penyesuaian tarif premi di masa depan berdasarkan pengalaman di masa lalu. Maka tarif premi yang telah memperhitungkan *credibility factor* dapat dinyatakan sebagai berikut:

$$P_c = ZX + (1-Z) M$$

Dimana:

P_c : *Credibility premium*
 X : Tarif premi berdasarkan *experience*
 M : *Manual rate*
 Z : *Credibility Factor*

Terdapat banyak metode yang dapat digunakan untuk menghitung *Credibility Factor* (Z). Salah satu metode yang paling sederhana adalah sebagai berikut:

$$Z = \min \left\{ \frac{\xi}{\sigma} \sqrt{\frac{n}{\lambda_0}} I \right\}$$

“

Tidak ada metode yang mutlak untuk membentuk *pricing* yang *adequate*. Diperlukan analisa mendalam dari aktuaris perusahaan dengan mempertimbangkan setiap faktor yang ada di perusahaan masing-masing.

”

Metode *pricing* yang penulis jabarkan di atas merupakan satu dari sekian banyak metode yang ada. Oleh karena itu, peran aktuaris di perusahaan asuransi sangatlah penting untuk membentuk *pricing* yang *adequate*. Sebagai penutup, beberapa hal yang penulis dapat sampaikan adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada metode yang mutlak untuk membentuk *pricing* yang *adequate*. Diperlukan analisa mendalam dari aktuaris perusahaan dengan mempertimbangkan setiap faktor yang ada di perusahaan masing-masing.
2. Setiap perusahaan asuransi umum sudah harus mempunyai *pricing tools* yang dapat mempermudah dalam menghitung tarif premi asuransi.
3. Peran aktuaris di perusahaan asuransi umum harus diperluas mengingat peran aktuaris juga sangat penting dalam membentuk perusahaan asuransi yang sehat.
4. Di sisi lain aktuaris perusahaan juga harus terbiasa dalam melakukan *modeling*.

Besar harapan penulis setiap perusahaan asuransi kedepannya sudah dapat menghitung *pricing* yang *adequate* secara mandiri demi menuju industri asuransi yang sehat.

Sumber:

- Klugman, Panjer, and Willmot. 2012. *Loss Models: From Data to Decision*, Fourth Edition. Society of Actuaries.
- Notula Forum Group Discussion (FGD) IndonesiaRe 28 Agustus 2018.

BAGAIMANA (RE)ASURADUR LUAR NEGERI MEMANDANG KITA?



Reza Andre Nasution
Retro & International
Group Head

Industri asuransi umum nasional mencatat pertumbuhan dengan tren positif. Namun, industri asuransi umum nasional masih dihadapkan pada kondisi yang penuh dengan ketidakpastian, seperti tingginya tingkat komisi, harga yang semakin kompetitif, yang efeknya secara jangka panjang akan berpengaruh terhadap operasional perusahaan. Bisnis (re)asuransi tidak terlepas dari pasokan kapasitas yang berasal dari (re)asuradur global. Mereka berpandangan perlu ada suatu action dari seluruh *stakeholder* untuk perbaikan industri asuransi umum nasional.

Pendahuluan

Industri Asuransi Umum nasional masih memperlihatkan tren pertumbuhan yang positif. Berdasarkan analisa semester I 2018 dari Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), lini usaha *Marine Hull, Energy, dan Engineering* mencatat pertumbuhan premi bruto yang negatif, namun secara keseluruhan industri asuransi umum mencatat pertumbuhan 11,0% dibandingkan dengan posisi yang sama tahun sebelumnya.

Terlepas dari tren pertumbuhan yang positif, secara umum industri kita masih menghadapi situasi yang tidak menggembirakan. Peningkatan biaya usaha yang ditandai dengan tingginya tingkat komisi, premi yang semakin kompetitif, tentu sangat menekan perusahaan. Belum lagi jika ditambah dengan *loss ratio*, efeknya tentu saja akan berdampak kepada kesehatan keuangan perusahaan untuk jangka panjang.

Penulis sendiri merasakan bahwa dalam setiap diskusi mengenai *terms & conditions*, sangat terasa bahwa topik utama diskusi bukan pada *how we underwrite the risk*, namun lebih kepada seberapa besar *reinsurance commission* yang bisa diberikan. Sangat disayangkan bahwa kita bersaing dalam hal pemberian komisi, bukan kepada *service* dan edukasi yang bisa diberikan kepada *original insured*.

Namun, di tengah persaingan yang sangat kompetitif ini, keuntungan yang kita nikmati juga berasal dari hasil investasi. Kita sangat beruntung investasi masih memberikan *return* yang cukup memadai. Namun, perlu diingat bahwa kita adalah perusahaan (re)asuransi yang laba utamanya haruslah berasal dari hasil *underwriting*, bukan investasi.

Indonesia adalah negeri yang sangat menarik. Semester I tahun 2018, ekonomi Indonesia mencatat



“

Penetapan
tarif tersebut
mendapatkan
respons yang
sangat positif
dari (re)asuradur
luar negeri,
karena dapat
membuat
kestabilan
harga.

”

pertumbuhan 5,17% (YoY) dibandingkan tahun sebelumnya, dan memperlihatkan tren yang positif.¹ Pada posisi yang sama, laju pertumbuhan PDB juga mengalami pertumbuhan 5,27% (YoY).² Capaian ini tentu saja merupakan hal yang menarik bagi investor luar negeri, termasuk reasuradur luar negeri. Meskipun industri asuransi umum dalam situasi yang cukup pelik, mereka (reasuradur luar negeri) masih memberikan pasokan kapasitasnya untuk penyerapan risiko yang ada di Indonesia.

Artikel ini mencoba untuk mendiskusikan bagaimana pandangan reasuradur luar negeri (*international players*) terhadap kompetisi pada sektor asuransi umum dan hal apa saja yang perlu dibenahi agar industri asuransi umum tumbuh dan berkembang dengan lebih baik lagi.

Untuk kepentingan penulisan artikel ini, penulis membagi tiga topik utama mengenai pandangan

reasuradur luar negeri terhadap Indonesia, yaitu pandangan terhadap:

- Indonesia *non-life insurance market*;
- Penerapan tarif lini usaha harta benda;
- Perbaikan yang harus dilakukan.

Indonesia Non-life insurance market

Secara umum, reasuradur luar negeri masih memandang Indonesia sebagai pasar yang potensial. Sebagai negara dengan ekonomi terbesar di ASEAN, ditambah dengan bonus demografi dan potensi pertumbuhan kelas menengah di masa depan, membuat industri asuransi umum mempunyai prospek yang cerah untuk terus tumbuh dan berkembang.

Namun, di sisi lain penetrasi asuransi (rasio premi terhadap PDB) di Indonesia masih cukup rendah sebagaimana ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

	(%)				
Sektor	2014	2015	2016	2017E	2018F
Asuransi Umum	0,40	0,50	0,50	0,50	0,50
Asuransi Jiwa	1,20	1,30	1,50	1,80	2,10

Sumber: The Indonesian Insurance Market - Feb 2018 (Swiss Re)

Dari tabel di atas dapat kita lihat, bahwa asuransi umum menunjukkan rasio penetrasi yang cukup rendah yakni kurang dari 1%. Sedangkan untuk asuransi jiwa menunjukkan rasio yang sedikit lebih baik dibandingkan asuransi umum. Angka di atas juga dapat bermakna bahwa industri asuransi nasional baik umum maupun jiwa masih mempunyai potensi yang besar untuk pertumbuhan.

Untuk asuransi umum, rendahnya penetrasi juga didukung oleh penyebaran portofolio risiko yang diasuransikan masih sangat didominasi oleh risiko-risiko yang berada di daerah Jawa Barat dan DKI Jakarta (Cresta Zone 3). Perlu dilakukan diversifikasi agar perusahaan mempunyai portofolio yang stabil. Namun hal ini akan tergantung kepada kondisi makro ekonomi dan pengembangan infrastruktur.

Pasar asuransi umum nasional didominasi oleh dua lini usaha yaitu Asuransi Harta Benda (*Property*) dan Asuransi Kendaraan Bermotor. Posisi semester I 2018, jumlah pangsa pasar kedua lini usaha tersebut mencapai 53% dari total pangsa pasar asuransi umum nasional.³ Meskipun kedua lini usaha utama ini sudah menerapkan tarif, namun intensitas kompetisi yang semakin tinggi membuat margin keuntungan semakin menipis.

¹ Analisa Semester I 2018 - AAUI

² Laju Pertumbuhan PDB 2017-2018 - BPS

³ Analisa Semester I 2018 - AAUI

Penerapan Tarif Asuransi Harta Benda

Sebagaimana yang kita ketahui, tarif premi untuk lini usaha Asuransi Harta Benda diawali oleh SE-06/D.05/2013, mengenai penetapan tarif premi serta ketentuan biaya akuisisi pada lini usaha asuransi kendaraan bermotor dan harta benda, serta jenis risiko khusus meliputi banjir, gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami, pada tahun 2014, yang kemudian dilakukan amandemen dengan Surat Edaran OJK No. 6/SEOJK.05/2017

Penetapan tarif tersebut mendapatkan respons yang sangat positif dari reasuradur luar negeri, karena dapat membuat kestabilan harga yang akhirnya dapat menjaga kesinambungan pasar (*market sustainability*). Namun demikian, intensitas kompetisi yang tinggi membuat para pelaku sulit untuk menjaga kedisiplinan terhadap penerapan tarif.

Menurut data OJK tahun 2017, tercatat ada 74 perusahaan asuransi umum yang beroperasi. Jumlah yang banyak ini menyebabkan persaingan semakin tajam. Akibatnya perusahaan sulit untuk memenangkan pangsa pasar yang memadai. Perusahaan akan memberikan harga yang kompetitif atau diskon yang besar untuk mendapatkan bisnis.

Di samping itu, jumlah perusahaan perantara (*brokers*) yang cukup banyak membuat pasar asuransi umum Indonesia sangat *broker driven*, dan membuat *insurer* dalam posisi yang tidak menguntungkan untuk mengaplikasikan *terms & conditions*. Menurut data OJK

tahun 2017, jumlah *insurance & reinsurance brokers* sudah mencapai 211 perusahaan.

Namun demikian, reasuradur melihat bahwa pasar asuransi yang masih berkembang seperti Indonesia tetap membutuhkan tarif. Jika tidak diatur, maka premi yang dikenakan kepada tertanggung tidak cukup untuk membayar klaim dan biaya lainnya.

Perbaikan (*Improvement*) yang harus dilakukan

Rasio penetrasi asuransi yang rendah, khususnya asuransi umum menjadikan hal ini sebagai tantangan. Gempa yang terjadi di Lombok pada Agustus 2018, menimbulkan kerugian ekonomi yang cukup tinggi, namun hal ini tidak terlalu memberikan dampak yang serius bagi industri asuransi karena rasio penetrasi yang rendah. Perlu dilakukan usaha-usaha dan kerjasama antara pemerintah dan para pelaku untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan asuransi.

Sebagai negara dengan populasi yang cukup besar, tentu saja hal ini merupakan peluang bagi industri asuransi umum. Kerja sama yang menguntungkan dengan reasuradur dapat dilakukan untuk membuat produk-produk baru yang dapat mendatangkan premi, seperti untuk produk untuk retail dan SME (*Small Medium Enterprise*). Pada akhirnya, inisiatif ini dapat membantu meningkatkan rasio penetrasi asuransi umum di Indonesia.

Terkait dengan penetapan tarif, reasuradur melihat bahwa hal yang paling penting adalah bagaimana

Law Enforcement dilakukan untuk menjaga kedisiplinan di antara para pelaku usaha asuransi umum. Tindakan ini diharapkan akan mereduksi persaingan usaha yang tidak sehat.

Penutup

Secara umum, pasar asuransi umum Indonesia masih menjadi magnet bagi reasuradur luar negeri untuk mengembangkan portofolio bisnisnya. Mereka masih melihat Indonesia sebagai pasar yang berpotensi untuk terus tumbuh dan berkembang. Rasio penetrasi yang cukup rendah adalah peluang untuk mengembangkan industri asuransi nasional.

Populasi yang besar, dan potensi bonus demografi di masa depan, akan menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan ekonomi yang cukup besar, dan membawa efek yang positif untuk perkembangan industri asuransi nasional.

Namun, kita semua tentu menyadari bahwa apa yang terjadi sekarang, yakni persaingan usaha yang sangat tajam akan berdampak serius terhadap industri asuransi di masa depan. Harus ada langkah-langkah yang konkret untuk memperbaiki kondisi saat ini. *Law enforcement* adalah salah satunya.

Tetapi peranan regulator saja tidak cukup. Perlu kemauan, dukungan, dan disiplin dari seluruh pelaku asuransi serta *stakeholder* untuk membuat industri asuransi umum terus tumbuh, berkembang, dan yang paling penting adalah *sustainable*. Karena, kita hidup dari industri yang kita cintai bukan untuk hari ini saja, tetapi untuk generasi yang akan datang.



MENGUPAS REGULASI ASURANSI DALAM MENYIKAPI PERUBAHAN INDUSTRI ASURANSI



Kestabilan suatu industri selain dipengaruhi oleh kondisi *market*, sangat dipengaruhi pula oleh keberadaan regulasi. Regulasi memiliki peran penting dalam mengantisipasi kondisi *market* yang tak terkendali.

Perubahan besar dalam industri asuransi umum Indonesia telah menimbulkan kekhawatiran bagi penanggung untuk keberlangsungan bisnisnya. Aspek terkait biaya akuisisi, pencadangan teknis, penerapan manajemen risiko dan proses penyelesaian klaim perlu menjadi perhatian bagi pelaku industri asuransi saat ini. Bagaimana aspek tersebut diatur oleh regulator dan bagaimana penerapannya?

Komisi/Biaya Akuisisi

merupakan upah yang diberikan oleh perusahaan asuransi atau reasuransi terhadap agen, broker dan pihak ketiga lainnya terkait dengan perolehan bisnis asuransi.

Pada umumnya komisi merupakan bagian dari tarif premi yang dibayarkan dengan prosentase yang telah ditentukan dan disepakati oleh pemberi bisnis dan penerima bisnis.



Belum adanya keseragaman dalam penetapan komisi di dalam bisnis asuransi merupakan faktor terbesar penyebab timbulnya peningkatan komisi. Kondisi ini sangat membebani perusahaan asuransi dan reasuransi karena akan menimbulkan perang komisi di dalam *market*.

OJK melalui peraturan No. SE-06/D.05/2013 tentang penetapan tarif premi dan biaya akuisisi pada tanggal 31 Desember 2013 memberikan batasan mengenai biaya akuisisi. Pada Surat edaran tersebut diatur bahwa besarnya biaya akuisisi secara kumulatif pada kendaraan bermotor tidak boleh melebihi 25% dan pada harta benda tidak boleh melebihi 15% dari tarif premi bruto yang ditetapkan oleh Perusahaan Asuransi Umum. Pada tahun 2015, peraturan tersebut diperbarui dengan keluarnya SEOJK No. 21/SEOJK.05/2015. Di mana, besarnya biaya akuisisi kumulatif untuk asuransi harta benda paling tinggi 15% dari tarif premi atau kontribusi dan untuk asuransi kendaraan bermotor paling tinggi sebesar 25% dari tarif Premi atau Kontribusi. Lambat laun penetapan biaya akuisisi/

komisi terus mengalami perubahan, hingga peraturan terbaru muncul SEOJK No. 6/SEOJK.05/2017 tentang Penetapan Tarif Premi atau Kontribusi Pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017, nilai premi atau kontribusi yang diterima perusahaan setelah dikurangi dengan biaya akuisisi dimaksud tidak boleh kurang dari 85% dari tarif premi atau kontribusi untuk Asuransi Harta Benda dan 75% dari tarif premi atau kontribusi untuk Asuransi Kendaraan Bermotor.

Di sisi lain, keberadaan aturan mengenai potongan premi atau kontribusi sebesar 10% sampai 50% dari nilai pertanggungan yang diberikan kepada tertanggung memberikan ancaman tersendiri. Premi yang didapatkan oleh industri asuransi akan semakin sedikit dan tidak cukup untuk mengantisipasi klaim dikarenakan adanya potongan premi tersebut. Hal ini diperburuk dengan keberadaan praktik komisi asuransi yang melebihi dari regulasi seperti halnya komisi dalam asuransi kendaraan bermotor yang mencapai lebih dari 35% dan asuransi harta benda yang berada dikisaran 30%. Bahkan, akhir-akhir ini industri asuransi digegerkan oleh munculnya *engineering fee* yang mencapai 15%. Kita perlu mengetahui seberapa besar komisi asuransi beberapa negara di ASEAN agar kita dapat membandingkannya dengan praktik komisi asuransi Indonesia.

Vietnam, MOF (*Ministry of Finance*) menetapkan komisi agen 5%-50% untuk asuransi jiwa, 20% untuk asuransi kesehatan, 5% untuk asuransi wajib kebakaran dan ledakan, 10% untuk asuransi sukarela kebakaran dan ledakan, 20% untuk asuransi kendaraan bermotor serta 0,5% untuk asuransi penerbangan. Maksimum komisi broker dari setiap operasi atau kelas asuransi di bawah setiap kontrak polis asuransi sebesar 15%.

Thailand, Komisi untuk agen/broker asuransi kerugian umumnya dibatasi pada 18%.

Malaysia, agen asuransi kerugian mendapatkan komisi sebesar antara 10% hingga 25% untuk seluruh produk asuransi umum.

India, IRDAI (*Insurance Regulatory and Development Authority India*) mengatur komisi asuransi kerugian. Komisi untuk asuransi kendaraan bermotor sebesar 15%, asuransi tanggung gugat motor sebesar 2,5%, asuransi kesehatan sebesar 15% untuk individu dan

7,5% untuk kelompok, asuransi kebakaran sebesar 15% untuk agen dan 16,5% untuk broker/*Intermediary*, asuransi *marine* dan aneka sebesar 15% untuk agen dan 16,5% untuk broker/*Intermediary*.

Besaran komisi asuransi yang telah ditetapkan oleh OJK sudah sama dengan regulasi komisi beberapa negara di ASEAN dan India. Akan tetapi, penerapan komisi asuransi di Indonesia jauh dari regulasi OJK. Industri asuransi perlu mengantisipasi dan mengontrol pergerakan komisi asuransi ini. Perang komisi tidak sepenuhnya membawa keuntungan bisnis bagi asuransi, melainkan dapat membawa keterpurukan karena semakin besar komisi yang diterapkan maka semakin kecil premi yang ditahan *ceding* untuk mengantisipasi kerugian yang akan terjadi, dengan risiko yang dapat dikatakan tidak condong membaik. Perlu kerja sama semua *stakeholders* untuk menahan laju peningkatan komisi.



Penanganan Klaim

Klaim asuransi terhadap suatu pertanggungan rentan akan terjadinya sengketa antara tertanggung dan penanggung. Sengketa dapat timbul karena

penyembunyian fakta-fakta material, pemalsuan dokumen, kerugian yang disengaja, memperbesar jumlah klaim serta pemalsuan fakta kerugian yang mengarah ke tindakan penipuan *fraud*.

• Pihak Ketiga dalam Penanganan Klaim

Mengacu pada Undang-undang No. 40 tahun 2014 tentang Perasuransian ("UU Asuransi") serta POJK No. 69 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah, penyelesaian klaim dapat melibatkan beberapa pihak di luar tertanggung dan penanggung, seperti: *loss adjuster* dan surveyor. Dengan melibatkan pihak ketiga yang independen untuk menangani klaim, seharusnya dapat meminimalisir terjadinya *fraud* dalam klaim.

• Standar Penanganan Klaim

Pemerintah Indonesia melalui Otoritas Jasa Keuangan telah mengeluarkan Surat Edaran No. 46/SEOJK.05/2017 sebagai amanat dari POJK Asuransi yang mengatur ketentuan mengenai pemantauan dan pengendalian *fraud* dalam industri asuransi. Namun, apakah ketentuan tersebut telah cukup efektif sebagai tindakan preventif dan represif terkait penanganan *fraud*

dalam klaim. Perusahaan asuransi umumnya memiliki ketentuan/standar masing-masing dalam penanganan klaim yang terindikasi *fraud*. Saat ini regulasi belum menetapkan secara komprehensif mengenai penanganan klaim yang terindikasi *fraud*. Sehingga masih adanya celah bagi para pelaku penipuan untuk melakukan aksinya secara berpindah dari satu perusahaan ke perusahaan asuransi lainnya.

• Perbandingan Penanganan Klaim dengan Negara Lain

Apabila dibandingkan dengan penerapan penyelesaian klaim yang terindikasi *fraud* di Amerika Serikat, *Federal Bureau of Investigation* (FBI) sebagai lembaga di bawah Departemen Kehakiman memiliki yurisdiksi untuk ikut mengambil peran dalam proses investigasi terhadap penyelesaian klaim yang terindikasi mengandung unsur *fraud*. Apabila dilihat dari perspektif hukum publik, *fraud* yang dilakukan oleh suatu pihak dapat termasuk dalam kategori tindak pidana (kejahatan), sebagaimana diatur dalam KUHP seperti halnya pada pasal 378, 381, dan 382 yang dapat menjatuhkan sanksi kepada orang yang dengan sengaja dan melawan hukum dengan memalsukan data untuk memperoleh keuntungan. Sehingga dengan adanya ketentuan ini dapat membawa kasus-kasus *fraud* ke ranah hukum.



Tinjauan Manajemen Risiko

OJK mengatur penerapan manajemen risiko pada peraturan OJK No. 1/POJK.05/2015 yang berlaku mulai 20 Maret 2015. Secara umum, peraturan tersebut hanya menggambarkan apa yang diharapkan oleh OJK dengan adanya aplikasi manajemen risiko dan laporan hasil penilaian manajemen risiko yang dilaporkan secara berkala ke OJK dan OJK menyerahkan kembali ke masing-masing perusahaan untuk teknis dari manajemen risiko itu sendiri.

Berdasarkan publikasi Ernst & Young dengan judul "APAC Insurance CRO survei 2017-2018" yang bertujuan untuk mempublikasikan apa saja *critical point*, peran, serta perkembangan risiko industri asuransi dan reasuransi di regional Asia Pasifik menghasilkan keputusan bahwa diperlukan aplikasi *Lines of Defense* (LoD), sebagai berikut:

1. Lini pertama berisikan tingkat operasional yang memiliki tanggung jawab, dan otoritas untuk langsung menilai, mengendalikan, dan mitigasi risiko.
2. Lini kedua berisikan aktivitas dari berbagai komponen kepatuhan, manajemen risiko, IT dan *tools* pengendalian lainnya. Lini ini memonitor dan memfasilitasi implementasi manajemen risiko yang efektif oleh lini pertama dan membantu dalam proses pembuatan laporan risiko.
3. Lini ketiga berisikan Internal Audit. Internal Audit ini satu-satunya komponen dalam lini ini. Internal Audit yang independen akan memberikan jaminan/kepastian manajemen risiko yang andal. Jaminan/kepastian yang dimaksud menggambarkan seberapa efektif perusahaan ini menilai dan mengendalikan risiko yang dimilikinya dan memberikan keyakinan mengenai efektivitas dari seluruh lini sebelumnya. Lini ini mencakup seluruh proses manajemen risiko (*risk identification, risk assessment and response, and to communication of risk related information*) serta mengaitkannya ke *strategic objective* dari perusahaan.

Sebagian besar dari *Chief Risk Officer* (CRO) memiliki opini bahwa tantangan paling besar berada pada tanggung jawab lini pertama dan kedua.

Beberapa solusi yang akan/telah diterapkan oleh CRO dalam menghadapi tantangan tersebut, antara lain:

1. *Training* atau *workshop* untuk menambah pemahaman dan kepekaan atas *risk culture* setiap perusahaan.
2. Terciptanya lini 1,5 ketika lini 2 mulai membangun sistem pengendalian di dalam lini 1 dikarenakan lini 2 akan ikut membantu sebagai *feedback* dari pekerjaan keseharian. Pada akhirnya, fungsi lini 1 akan beroperasi secara independen dan fungsi lini 2 akan berubah menjadi *review* risiko.
3. Penilaian performa yang dihubungkan oleh kewajiban atas aktivitas harian dari masing-masing perusahaan.
4. Terjadinya perubahan peran CRO yang mengikuti industri dan regulasi yang berubah dan berbeda-beda. Diperlukan pemikiran kritis serta kemampuan pemecahan masalah yang sangat kompleks dalam menghadapi keberagaman regulasi serta adaptasi tantangan dan perubahan.



Cadangan Teknis

Salah satu cara perusahaan mengelola premi adalah dengan membentuk cadangan teknis dari risiko yang mereka tanggung.

Cadangan teknis merupakan suatu kumpulan dana yang dibentuk dengan menyisihkan sebagian premi yang diterima sebagai upaya antisipatif terhadap liabilitas yang dapat terjadi di masa depan. Perusahaan asuransi maupun reasuransi diwajibkan untuk membentuk cadangan teknis.

Peraturan mengenai pembentukan cadangan teknis di Indonesia diatur melalui SEOJK No. 27 Tahun 2017. Berdasarkan SEOJK tersebut, setiap perusahaan asuransi diwajibkan membentuk cadangan teknis, yang meliputi cadangan premi, cadangan premi yang belum merupakan pendapatan (CAPYBMP) atau *Unearned Premium Reserves*, cadangan atas produk yang dikaitkan dengan investasi, cadangan klaim, dan cadangan atas risiko bencana. Adapun mengenai asumsi yang digunakan dalam perhitungan *best estimate* adalah asumsi tingkat diskonto, biaya yang menggunakan pengalaman dari perusahaan, tingkat klaim menggunakan tabel pengalaman perusahaan, dan inflasi menggunakan pengalaman Indonesia minimal 3 tahun terakhir. Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan No. 53/PMK.010/2012, metode perhitungan cadangan premi berubah dari *net premium valuation method* menjadi *gross premium valuation method*.

Sebagai perbandingan, penentuan cadangan teknis Singapura diatur melalui badan *Monetary Authority of Singapore* (MAS). Cadangan teknis asuransi umum

dibedakan menjadi dua, yaitu cadangan premi dan cadangan klaim. Cadangan premi sendiri terdiri atas dua yaitu *Unearned Premium Reserves* (UPR) dan *Unexpired Risk Reserves* (URR). UPR merupakan hal yang sama dengan CAPYBMP di Indonesia, di mana dihitung dengan menjumlahkan cadangan premi yang belum merupakan pendapatan dari setiap polis. Sedangkan URR sendiri dihitung dengan menentukan *present value* dari estimasi pembayaran dimasa depan, termasuk biaya dan klaim dan ditambahkan dengan *margin for adverse deviation* (PAD) dengan tingkat keyakinan sebesar 75%.

Sama seperti di Singapura, cadangan teknis untuk perusahaan asuransi umum di Thailand dibagi menjadi dua yaitu, cadangan premi dan cadangan klaim. Pengaturan mengenai perhitungan cadangan tersebut diatur di *Office of Insurance Commission*.

Sementara itu, di Malaysia dan Filipina, cadangan teknis terbagi menjadi 4 yaitu *unearned premium reserves*, *unexpired risks reserves*, *unpaid claims reported reserves*, dan *claims incurred but not reported reserves*.

Berdasarkan penjelasan dari kelima negara di atas, Indonesia maupun negara ASEAN lainnya secara umum memiliki persamaan mengenai metode perhitungan cadangan teknis. Hanya saja yang harus menjadi perhatian adalah regulasi mengenai perhitungan cadangan teknis masih belum sepenuhnya dapat diterapkan oleh perusahaan asuransi maupun reasuransi di Indonesia. Salah satu yang menjadi kendala adalah kurangnya aktuaris khususnya di perusahaan asuransi umum.

Daftar Pustaka:

1. Surat Edaran OJK SEOJK No. 6/SEOJK.5/2017 tentang Penetapan Tarif Premi Atau Kontribusi pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017
2. Baker McKenzie, Asia Pacific Guide for Insurance Sales, Advisory and Distribution. November 2017.
3. Viet Capital Securities, Vietnamese Insurers Report. November 2017
4. How to Become a General Insurance Agent
Available from: <https://www.ibanding.com/become-general-insurance-agent/>
5. Insurance commission set to spike from April; get ready for greater attention from agents.
Available from: <https://www.financialexpress.com/money/insurance-commission-set-to-spike-from-april-get-ready-for-greater-attention-from-agents/509423/>
6. Governance of risk: Three lines of defense.
Available from: <https://www.iaa.org.uk/resources/audit-committees/governance-of-risk-three-lines-of-defence/>
7. APAC Insurance CRO survey 2017-2018.
Available from: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-apac-insurance-cro-survey-2017-2018/\\$FILE/ey-apac-insurance-cro-survey-2017-2018.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-apac-insurance-cro-survey-2017-2018/$FILE/ey-apac-insurance-cro-survey-2017-2018.pdf)
8. Notification of the Commissioner re: Standard of Actuarial Practice Regarding Reserve Valuation for Maintenance of Risk Based Capital. OIC. 2014
9. Insurance (Valuation and Capital) Regulations 2004. MAS. 2004
10. Notice on Valuation of Policy Liabilities of Life Business. MAS. 2012
11. International comparison of insurance taxation 2011: Malaysia.
Available from: https://www.pwc.com/sg/en/international-comparison-of-insurance-taxation-2011/assets/malaysia_comparisonofinstaxation_final.pdf
12. International comparison of insurance taxation 2011: Philippines.
Available from: https://www.pwc.com/sg/en/international-comparison-of-insurance-taxation-2011/assets/philippines_comparisonofinstaxation_final.pdf
13. Guidance Note for Valuation of Policy Liabilities for Life Insurance Business – October 2008.
Available from: <http://actuaries.org.my/upload/Guidance%20&%20Practice%20Notes/3.%20GN%20for%20Valuation%20of%20Policy%20Liabilities%20for%20Life%20Insurance%20Business.pdf>
14. Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan No. 27 /SEOJK.05/2017.OJK.2017 tentang Penetapan Tarif Premi atau Kontribusi pada Lini Usaha Asuransi Harta Benda dan Asuransi Kendaraan Bermotor Tahun 2017

Management Trainee VIII

Profil IndonesiaRe Institute

Asuransi merupakan bisnis yang menyediakan jasa proteksi atas suatu risiko yang mungkin akan terjadi di masa mendatang. Asuransi sendiri sudah berkembang cukup pesat dengan munculnya produk baru sejak tahun 2000-an seperti *travel insurance*, *drone insurance*, *agriculture insurance*, dan lainnya yang akan berkembang lebih luas lagi seiring kebutuhan dan perkembangan zaman. Untuk memberikan batasan atau kriteria atas pertanggungan dari risiko supaya tidak terlalu luas dan menghindari kecurangan dalam bisnis, maka dibuatlah kebijakan dan hukum yang dikhususkan untuk pertanggungan tersebut. Kemungkinan munculnya produk-produk baru Asuransi, serta pelaksanaan bisnis yang baik membutuhkan pengetahuan yang cukup bagi praktisi Asuransi atas risiko. Maka dari itu, diperlukan suatu lembaga yang dapat menyediakan kebutuhan tersebut.

IndonesiaRe Institute merupakan sebuah lembaga penelitian dan pelatihan yang didirikan oleh PT Reasuransi Indonesia Utama (Persero), untuk menjadi pusat pengetahuan asuransi, manajemen risiko dan pengembangan produk asuransi di Indonesia. IndonesiaRe Institute sendiri berkomitmen untuk menjadi pemrakarsa dan inovator dalam pengembangan industri perasuransian. Visi yang dimiliki adalah menjadi sebuah lembaga riset kompeten yang terpercaya untuk menunjang kualitas pengelolaan risiko dalam bentuk pusat penelitian, pengembangan tenaga profesional dan pusat data asuransi nasional, dengan misi melakukan penelitian ilmiah yang inovatif untuk mendukung pengembangan industri perasuransian melalui



analisis risiko dan *underwriting guideline* yang merupakan standar global untuk industri perasuransian. Penekanan misi penelitian dari IndonesiaRe Institute adalah untuk menghasilkan wawasan ilmiah tentang suatu risiko secara komprehensif untuk membantu *ceding company* agar dapat lebih mudah memahami risiko tersebut dan bagaimana mengelolanya dengan lebih baik.

Komitmen yang dimiliki oleh IndonesiaRe Institute ditujukan untuk mendorong dan mempertahankan standar yang tinggi dari praktik aktuarial, *underwriting* dan manajemen risiko. Adapun pada agenda tahun pertama akan dilakukan penelitian dalam bidang di bawah ini:

- Pembuatan *Underwriting Guideline* Asuransi Jiwa.
- Penelitian penyakit genetik untuk pengelolaan asuransi kesehatan
- Penelitian pada beberapa penyakit kritis di Indonesia dan implikasinya terhadap produk asuransi jiwa dan asuransi kesehatan.

Melalui visi dan misi yang akan dilakukan oleh IndonesiaRe Institute, produk yang akan dihasilkan di antaranya adalah Laporan IndonesiaRe Institute mengenai penelitian secara internal tetapi juga bekerja sama dengan peneliti eksternal berdasarkan analisis mendalam, seminar dan pelatihan untuk menyebarluaskan hasil penelitian tentang suatu risiko dan implikasinya bagi industri asuransi, serta IndonesiaRe Institute bekerja sama dengan *Ceding Company* untuk memperbarui dan meningkatkan standar praktik asuransi serta menjajaki peluang untuk mengembangkan produk asuransi dalam rangka memenuhi kebutuhan industri perasuransian dan pemangku kepentingan.



GEMPA SELATAN JAWA DAN GEMPA LOMBOK: Penyebab, Sifat, dan Kekuatannya



Mordekhai
Technical Assistant
Actuary

Gempa merupakan suatu bencana yang tidak terprediksi. Maka dari itu kita perlu mengetahui penyebab dan akibat yang ditimbulkan, serta menyiapkan *cover catastrophe* yang cukup agar kesehatan perusahaan tetap terjaga.

Indonesia merupakan daerah yang terdiri dari pertemuan banyak lempeng. Pertemuan lempeng ini menyebabkan adanya daerah subduksi, salah satunya *megathrust* yang menerus dari Sumatera hingga selatan Jawa. Adanya *megathrust* ini tentu menyebabkan potensi kegempaan yang besar di Indonesia khususnya pulau Jawa. Hal ini dibuktikan dengan gempa Lebak yang baru saja terjadi di awal tahun 2018. Gempa ini pun dapat dirasakan di daerah Jawa bagian barat, termasuk Jakarta.

Secara data historis, gempa di sepanjang *megathrust* ini sangat sering terjadi, mulai dari yang berskala kecil $M < 4$, sampai skala besar $M > 7$. Beberapa gempa besar yang terjadi 15 tahun terakhir antara lain:

- Gempa Sumatra–Andaman 2004 (M 9,1)
- Gempa Nias–Simeuleu 2005 (M 8,7)
- Gempa Pangandaran 2006 (M 7,7)
- Gempa Mentawai 2007 (M 8,4)
- Gempa Tasikmalaya 2017 (M 6,5)

Dari wilayah yang bersinggungan dengan subduksi Indo-Australia ini, terdapat zona yang sepi dengan gempa besar (*seismic gap*), yaitu di antara Pangandaran–Selatan Bali. Daerah ini yang dikawatirkan sewaktu-waktu akan terjadi gempa besar karena akumulasi stress yang terkumpul begitu lamanya. Mengingat besarnya kekuatan dorongan lempeng Indo-Australia ke lempeng Eurasia dan data historis besarnya magnitudo gempa-gempa terdahulu, bukan tidak mungkin apabila suatu saat akan terjadi gempa yang membawa dampak yang sangat besar ke daerah Jawa, khususnya Jakarta.

Mengacu pada gempa yang baru saja terjadi di daerah Lombok, dapat dilihat bahwa gempa ini terdiri dari rentetan yang sangat panjang.

Rentetan Gempa Lombok ini bukan berasal dari *megathrust* selatan Jawa, namun dari sesar naik *Flores Back Arc*.

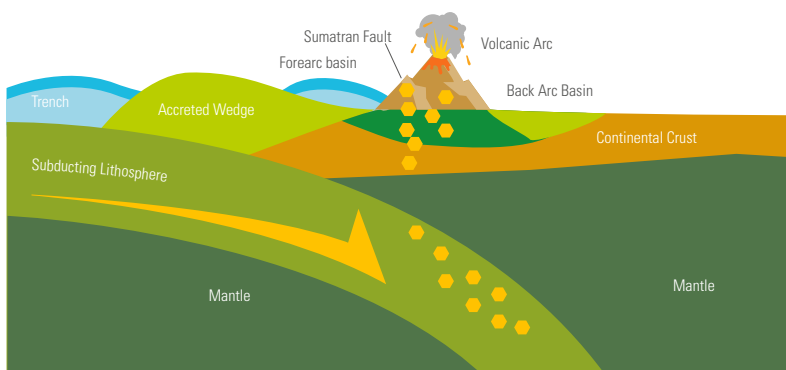
Keenam gempa bumi seperti terlihat pada Gambar 2, jika dilihat dari posisi episenter, kedalaman hiposenter, dan mekanisme sumbernya maka gempa bumi tersebut kemungkinan merupakan satu rangkaian gempa bumi. Ada indikasi bahwa rangkaian gempa ini merupakan gempa *doublet*, yaitu gempa yang memiliki dua *mainshock* yang magnitudonya dan waktu terjadinya tidak jauh berbeda. Gempa yang dapat dikatakan *mainshock* dari seluruh rangkaian ini yaitu gempa kedua (M 7,0) dan gempa kelima (M 6,9).

Keenam gempa bumi tersebut dihasilkan oleh akibat aktivitas Sesar Naik Flores (*Flores Back Arc Thrust*). Hal ini dibuktikan dengan strike (arah patahan) yang searah dengan arah *Flores Back Arc Thrust* itu sendiri. Secara historis, sesar naik ini pernah menyebabkan gempa bumi Seritit 1976 dan Flores 1992.

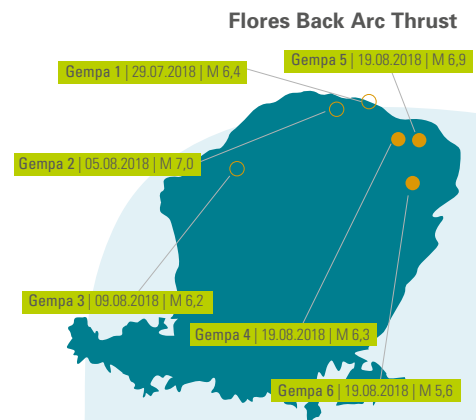
Peristiwa gempa bumi ini kecil kemungkinannya untuk memicu gempa *megathrust* selatan Jawa hingga Selat Sunda, karena sumber gempa bumi Lombok merupakan

sumber gempa yang berbeda (sesar aktif). Secara data historis, sangat jarang terjadi gempa di selatan NTB dan NTT akibat subduksi lempeng Indo-Australia. Namun *Flores Back Arc Thrust* ini relatif memiliki sifat yang lebih mengancam dibanding subduksi selatan, salah satu penyebabnya ialah lempeng ini memiliki sudut tukik yang landai dibanding lempeng subduksi Indo-Australia.

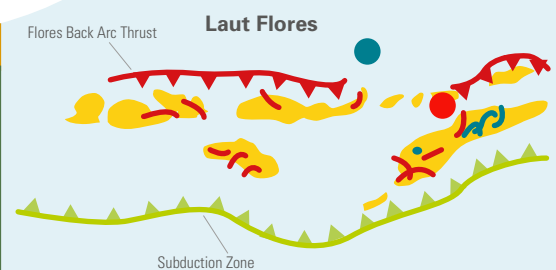
Dari banyaknya ancaman gempa yang mengintai Indonesia, sebagai pelaku asuransi sudah sepatutnya bersiap dengan tantangan ini. Asuransi harus menyiapkan *cover* katastrofik yang cukup, khususnya jika kejadian katastrofik terjadi di daerah yang memiliki *exposure* tinggi seperti di DKI Jakarta. Karena gempa dapat terjadi kapan saja dan di mana saja.



Gambar 1. Model subduksi megathrust selatan pulau Jawa (Mc Caffrey R, 2009)



Gambar 2 Lokasi Gempa Lombok dan magnitudonya (sumber: www.bmkg.go.id)



Gambar 3 Lokasi Flores Back Arc Thrust (sumber: geomagz.geologi.esdm.go.id)



Aplikasi PML dalam *Treaty Proportional*

Technical Assistant Treaty Group:
Aryudho M. S; Ramadhan Kautsar;
Ira Azikha; Dwini R. A; Maesha G. R.



Aplikasi PML pada *treaty proportional* dapat memberi beberapa keuntungan bagi *reinsured*: akseptasi risiko dengan *insured value* tinggi dan meningkatkan porsi retensi sendiri. Namun PML tidak boleh ditentukan sembarangan, karena efek dari PML *Error* akan sangat merugikan.

Possible Maximum Loss (PML) adalah sebuah estimasi terhadap seberapa besar maksimum *loss* atau kerugian yang dapat terjadi pada suatu properti, yang masih masuk dalam *realm of probability*.

PML didasarkan pada asumsi bahwa suatu properti mengalami kebakaran dan pada saat kejadian, seluruh sistem proteksi yang bersifat pasif dapat berfungsi dengan baik. Hal ini menjadi pembeda antara PML dengan EML (*Estimated Maximum Loss*), dimana dalam EML sistem proteksi tidak diperhitungkan, sehingga menghasilkan nilai estimasi yang lebih tinggi dari PML. Konsep PML dibutuhkan bagi *underwriter* untuk merancang skenario kemungkinan besaran kerugian yang terjadi pada suatu objek pertanggungan. Melalui perhitungan, nilai PML bisa diketahui, sehingga *underwriter* dapat memutuskan keputusan akseptasi pada suatu bisnis dengan berdasarkan pada kapasitas yang tersedia.

Penentuan PML dilakukan oleh seorang surveyor atau *risk engineer* dengan melakukan kunjungan ke suatu properti untuk meninjau dan mengamati secara detail properti tersebut, termasuk sistem proteksi yang tersedia untuk mengontrol dan meminimalisir risiko. Berdasarkan semua informasi yang didapat, maka selanjutnya *risk engineer* atau surveyor melakukan perhitungan *loss* maksimum yang dapat terjadi yang nilainya biasanya dinyatakan dalam bentuk persentase. Namun, *underwriter* juga tetap harus melakukan *assessment* terkait nilai PML yang direkomendasikan, sebelum memutuskan untuk menggunakan nilai PML tersebut.

Saat ini, risiko semakin kompleks dan nilai pertanggungan semakin tinggi, sehingga asuransi pun harus mensesikan sebagian risikonya ke Reasuransi, serta membagi sebagian preminya. Dengan begitu, jatah retensi asuransi sebagai *reinsured* menjadi berkurang. Dalam konteks nilai pertanggungan yang lebih tinggi lagi, kapasitas asuransi yang berasal dari proteksi *treaty* reasuransi belum tentu cukup untuk menanggung risiko tersebut. PML *based cession* menjadi alternatif bagi *reinsured* untuk meningkatkan retensi dan memaksimalkan penggunaan kapasitas *treaty*nya.



PML untuk Meningkatkan Retensi

Akibat sesi risiko ke reinsurer, retensi *reinsured* atas suatu risiko menjadi berkurang, termasuk preminya. Dengan menggunakan PML, *reinsured* dapat meningkatkan retensinya, yang artinya juga meningkatkan nilai premi yang ditahan sendiri. Namun perlu diperhatikan, bahwa porsi *liability reinsured* juga akan bertambah seiring bertambahnya proporsi retensi *reinsured* pada suatu risiko.

PML untuk Meningkatkan Kapasitas

Selain dapat meningkatkan retensi asuradur untuk meningkatkan pendapatan premi, kegunaan umum PML lainnya adalah meningkatkan kapasitas akseptasi asuradur tanpa merubah *limit treaty* atau meningkatkan retensi sendiri. Cara bisa dilakukan dengan menganggap suatu risiko hanya akan menderita kerugian sebesar persentase PML-nya. Sehingga alokasi bagian untuk asuradur dan reinsurer cukup sebesar PML-nya. Dengan melakukan cara ini total premi akan dibagi sesuai dengan jumlah bagian asuradur dan reinsurer yang baru.

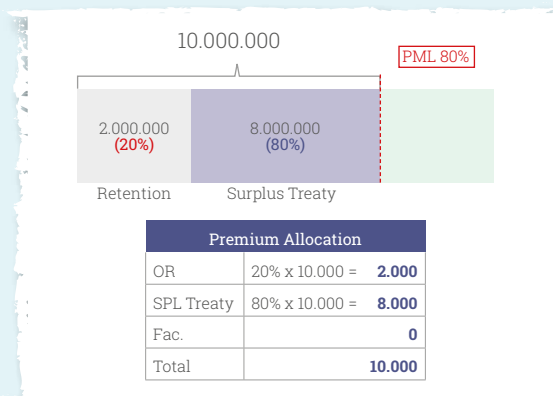
Contoh: Sesi Treaty Proportional Berdasarkan PML

Gedung A memiliki Sum Insured senilai USD 12.500.000, dengan rate 0,08% maka premi yang akan diterima adalah USD 10.000. Asuransi ABC akan menutup risiko tersebut, namun hanya memiliki limit reasuransi (*Treaty Surplus*) sebesar 5 lines atau USD 10.000.000 dengan retensi sendiri USD 2.000.000.



ilustrasi-1. Apabila Asuransi ABC tidak menggunakan PML, maka ABC membutuhkan *cover* fakultatif sebesar USD 500.000.

Berdasarkan penilaian surveyor, ternyata kemungkinan kerugian terbesar dari risiko tersebut adalah 80% dari *Insured Value*, atau senilai USD 8,000,000.



Ilustrasi-2. Dengan menggunakan PML 80%, asuransi dapat memaksimalkan kapasitas *treaty*-nya dan tidak perlu membeli *cover* fakultatif untuk menutup risiko tersebut. Di samping itu, premi bagian *reinsured* dan *reinsurer* sama-sama bertambah.

Ketika sesi dengan PML digunakan, walaupun nilai *Sum Insured* menurun, akan tetapi premi yang digunakan adalah tetap premi *full* sesuai nilai *Sum Insured*. Oleh karena itu baik *reinsured* maupun *reinsurer* bisa mendapatkan tambahan premi yang timbul dari penambahan proporsi risiko pada masing-masing bagian. Namun perlu dicatat bahwa penambahan proporsi *reinsured* dan *reinsurer* tersebut juga akan menambah proporsi *liability* apabila terjadi klaim.

Saat klaim terjadi, barulah kita bisa melihat apakah PML yang dialokasikan tepat atau tidak. Apabila nilai klaim masih di bawah atau sama dengan PML, maka penetapan nilai PML sukses. Namun apabila klaim melebihi PML, dampaknya akan sangat merugikan.

Bagaimana Jika Terjadi PML Error?

Pada dasarnya, tidak ada formula khusus yang dapat menentukan nilai PML dengan pasti dan hampir mustahil untuk mendapatkan perkiraan nilai *loss* yang tepat. Ada kalanya penilaian surveyor salah dan terjadi *PML error*, di mana nilai kerugian yang terjadi lebih tinggi dari nilai PML. Lalu siapakah yang harus bertanggung jawab atas terjadinya *error* tersebut?

Ketika menggunakan PML, perlu dicatat bahwa tertanggung tetap mendapatkan pertanggungan secara penuh, atau senilai USD 12.500.000 dalam kasus di atas. Sehingga apabila terjadi *loss* yang nilainya melebihi PML, *reinsured* tetap harus membayar ganti rugi senilai kerugian tersebut. Akan tetapi, *reinsurer* tidak akan *liable* terhadap nilai *error*/nilai tambahannya, karena tidak disesikan ke *reinsurer*. *Reinsurer* hanya akan *liable* sesuai nilai yang disesikan, dan merupakan konsekuensi bagi *reinsured* untuk menanggung apabila terjadi PML Error.



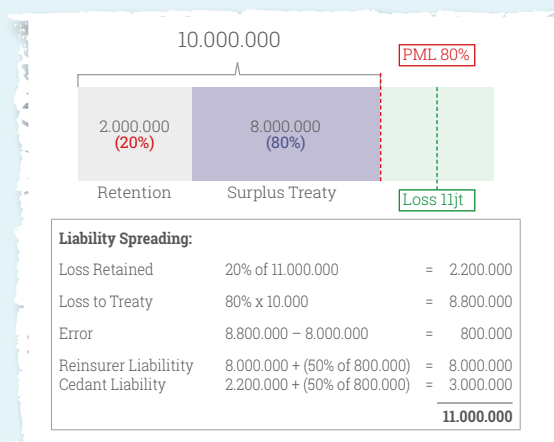
Ilustrasi-3. Terjadi klaim USD 11.000.000 (di atas nilai PML)

Untuk mengatasi hal tersebut diperkenalkanlah sebuah klausa bernama *PML Failure Clause*:

“if the amount of any loss exceeds the PML on which the extent of the reinsurance cover was based, the reinsurer’s indemnity in the excess of the amount of the PML shall be limited to 50% of the amount that would have been payable if the underlying PML had not been exceeded. However, this shall not apply due to aircraft crashes”

Klausul ini digunakan untuk melindungi kepentingan *ceding company* terhadap klaim tambahan yang

diluar dugaan akibat kesalahan penggunaan PML. Dalam klausul ini nilai *error* (kelebihan nilai klaim diatas PML) akan dibagi menjadi dua bagian pada *error* reasuradur, satu bagian ditahan oleh reasuradur dan sebagian dikembalikan kepada asuradur.



Ilustrasi-4 menunjukkan *liability* dari asuradur berkurang sebesar USD 400.000 sedangkan *liability* (re)asuradur bertambah USD 400.000.

Namun, perlu diketahui bahwa penggunaan klausula di atas (*PML Failure Clause*) belum menjadi *common practice* pada *market* reasuransi baik luar maupun dalam negeri. Perlu kajian dan diskusi lebih lanjut dengan *treaty leader* untuk aplikasi klausula tersebut.

Rekomendasi

Dalam penentuan PML, nilai PML tidak boleh terlalu rendah. Untuk itu, sebaiknya reasuransi dalam *treaty*-nya menetapkan nilai PML minimum yang dapat disesikan ke *treaty*. Penggunaan sesi PML juga sebaiknya membutuhkan *approval* atau persetujuan dari reasuradur, agar reasuradur juga dapat melakukan *assessment* atas risiko tersebut serta nilai PML yang ditetapkan secara spesifik.

A photograph of several wooden blocks on a dark, textured wooden surface. The blocks are arranged to spell out the word 'CLAIMS' in large, red, capital letters. Other blocks with letters like 'G', 'B', 'T', 'E', and 'A' are scattered around, some partially visible.

CLAIMS

Penanganan Kasus *Multiple Claim*



Laode Insan Mahatma
Head Life Reinsurance
Claim Group

Maraknya kasus klaim untuk tertanggung yang memiliki polis asuransi di beberapa perusahaan asuransi dalam periode 2-3 tahun terakhir benar-benar dirasakan. Ini banyak terjadi pada polis-polis yang memungkinkan seorang tertanggung memiliki lebih dari satu polis sejenis pada satu perusahaan asuransi atau

lebih. Bahkan polis inipun dapat ditutup (diperjualbelikan) oleh perusahaan asuransi jiwa dan perusahaan asuransi umum, yang notabene secara khusus di bawah naungan asosiasi yang berbeda; yaitu Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI). Katakanlah produk asuransi dimaksud adalah *Personal Accident* (PA) dan *Health Insurance* (HI).

Memang dapat dipahami bahwa seorang tertanggung diperbolehkan membeli kedua produk tersebut mengingat tidak ada batasan risiko yang membatasi untuk risiko jiwa seseorang. Secara umum dapat dikatakan bahwa risiko jiwa seorang (manusia) tidak terbatas nilainya. Namun risiko itu terbatas atau dibatasi dengan nilai kemampuan seorang tertanggung untuk membayar premi secara pantas dan berkelanjutan (tidak *surrender* atau *lapsed*) atas dasar penghasilan normal.

Kondisi terjadinya '*multiple claims*' merupakan hal yang wajar bilamana penutupan pertanggungan dilakukan secara wajar dan benar, begitu pula dengan manfaat klaim yang dibayarkan adalah semata-mata untuk kebutuhan tertanggung dan ahli waris dengan benar dan baik. Jangan sampai penutupan pertanggungan dan pembayaran manfaat klaim disalahgunakan oleh oknum yang akan mengambil keuntungan dari kondisi ini.

Menurut pendapat kami, di bawah ini adalah beberapa kondisi yang memberatkan saat timbulnya *multiple claims*:

- **Klausula *Indemnity* yang Diperdebatkan**

Seperti disebutkan di atas bahwa produk *Health Insurance* boleh dijual oleh Perusahaan Asuransi Jiwa dan Perusahaan Asuransi Umum, maka pandangan terhadap produk yang dijual dapat saja berbeda, terutama terkait klausula *indemnity*.

Indemnity: Jika terjadi kerugian, maka penanggung menempatkan posisi keuangan tertanggung seperti sesaat sebelum terjadinya kerugian tersebut, maksimal sesuai dengan nilai/harga pertanggungan.

Asuransi Umum biasanya memberlakukan klausula *indemnity* dalam polisnya, sedangkan Asuransi Jiwa sebagian besar tidak memberlakukannya.

Untuk melengkapi kondisi klausula di atas juga perlu dinyatakan mengenai klausula *Coordination of Benefit*.

Coordination of Benefit: 'Suatu proses dimana dua atau lebih penanggung (*payer*) yang menanggung orang yang sama untuk benefit asuransi kesehatan yang sama, membatasi total benefit dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayakan.

- **Tidak adanya (diberlakukannya) klausula Kontribusi dan Subrogasi dalam polis**

Selain kedua klausula tersebut di atas, perlu juga dimasukkan klausula kontribusi dan subrogasi agar pola kerja sama dan pola perhitungan dari terjadinya kasus bersama bisa

dipahami dan dilaksanakan dengan baik oleh masing-masing perusahaan asuransi.

Contribution is a right on an insurer to call upon others, similarly, but necessarily equally liable to the same insured, to share the cost of an indemnity payment. (kontribusi adalah hak pada perusahaan asuransi untuk melibatkan perusahaan lainnya, secara sama, tetapi secara seimbang sama-sama bertanggung jawab terhadap tertanggung yang sama, untuk membagi biaya pembayaran ganti rugi).

Kontribusi timbul bilamana:

- Adanya dua atau lebih polis *indemnity*
- Polis-polis dimaksud menutup kepentingan bersama (*common interest*)
- Polis-polis dimaksud menutup risiko bersama (*common perils*)
- Polis-polis dimaksud menutup objek asuransi bersama (*common subject matter*)
- Setiap polis harus membayar kerugian

Perhitungan kontribusi dapat dihitung dengan 2 (dua) cara, yaitu:

- proporsi harga pertanggungan atau
- proporsi *limit of liability*

Bilamana klausula kontribusi dihilangkan dari polis dapat dijelaskan dengan klausula

Non Contribution: 'This policy shall not apply in respect of any claim where the insured is entitled to indemnity under any other insurance'.

(non kontribusi: 'kebijakan ini tidak berlaku untuk klaim apapun dimana tertanggung memiliki hak ganti rugi dari asuransi lain).

Yang artinya polis tidak akan memberlakukan kontribusi bila ada polis lain yang *inforce*. Namun terdapat opsi *wording* tambahan:

'Except in respect of any excess beyond the amount which would have been payable under such other insurance had this insurance not been effected'.

('kecuali berkenaan dengan kelebihan di luar jumlah yang akan dibayarkan oleh asuransi lain, jika asuransi ini tidak diberlakukan').

Dengan maksud bahwa tertanggung boleh mengajukan klaim dengan polis yang berisikan klausula tersebut, tetapi hanya bila polis yang lain tidak membayar ganti rugi dan hanya untuk '*balance of loss*' atau tidak ada '*rateable sharing*'.

Subrogation is a right of one person, having indemnified another under a legal obligation to do so, to stand in the place of that another and avail himself of all rights and remedies of that other, whether already enforced or not.

(subrogasi adalah hak seseorang, yang telah mengganti kerugian orang lain di bawah kewajiban hukum, untuk menggantikan kedudukan orang lain dan bersedia atas hak dan kewajiban dari orang tersebut, apakah sudah diberlakukan atau tidak).

- **Tidak bakunya Form Pengajuan Klaim Asuransi**

Bervariasinya bentuk pada form pengajuan klaim asuransi sedikit banyak mempengaruhi proses penyelesaian klaim. Pada rekanan asuransi; seperti yang terjadi dalam layanan kesehatan (rumah sakit, klinik, dan lain sebagainya); mereka tidak lagi dengan mudah mau menerima form Surat Kuasa dan Lembar Pengajuan Klaim dari perusahaan asuransi. Rumah sakit, klinik, dan lain sebagainya telah membuat atau menerbitkan formnya sendiri guna melindungi organisasinya dari keterkaitan hukum atas informasi yang diberikan kepada tertanggung atau perusahaan asuransi.

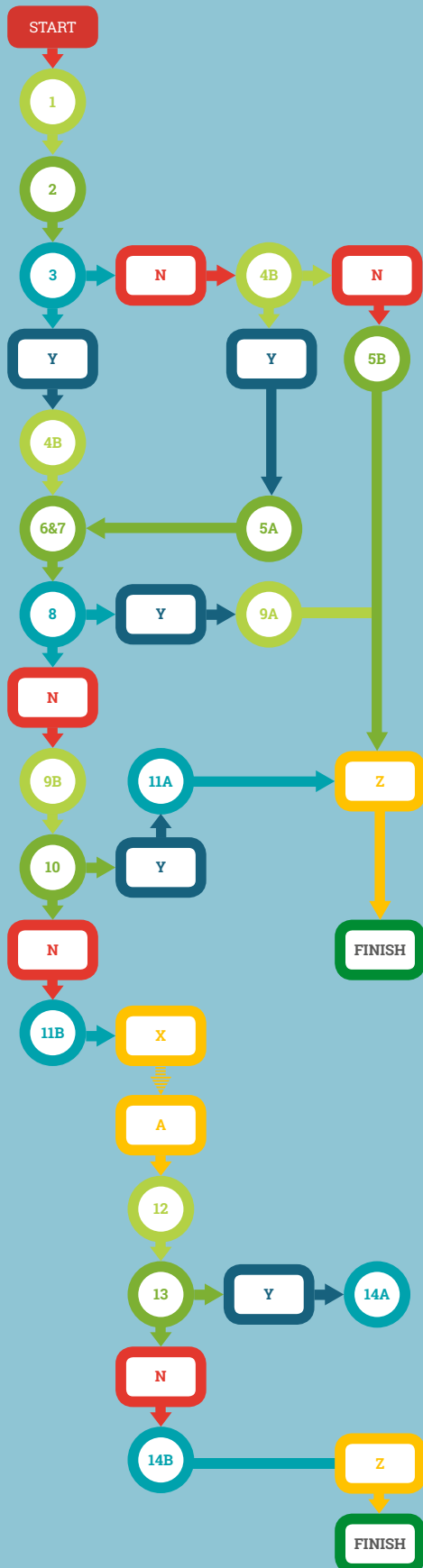
- **Bedanya dokumen yang dipersyaratkan dalam pengajuan klaim**

Yang lebih memberatkan pada kasus klaim bersama adalah perusahaan asuransi telah membatasi dirinya dalam mendapatkan atau menerima

dokumen terkait klaim. Adanya dokumen pengajuan klaim tertentu yang dipersyaratkan oleh perusahaan asuransi yang satu, tetapi tidak pada perusahaan asuransi yang lain padahal jenis produk dan manfaatnya relatif sama. Sehingga kemudahan dalam pengajuan klaim yang diberikan oleh satu perusahaan nantinya akan dimintakan pula oleh tertanggung atau ahli waris kepada perusahaan asuransi lainnya. Atau diberlakukan sebaliknya, perusahaan asuransi yang memintakan salah satu dokumen (yang sebenarnya dipersyaratkan) tidak akan dipenuhi/diberikan oleh tertanggung/ahli waris.

Dengan kondisi-kondisi di atas, maka secara langsung maupun tidak langsung membuat hubungan antar perusahaan asuransi terbatas. Dapat dimaklumi bahwa batasan hubungan di antara perusahaan asuransi terjadi pada kegiatan mendapatkan nasabah dalam pemasaran, pemberian tingkat harga pada aktuarial, pemberian tingkat risiko oleh unit *underwriting*. Namun mudah-mudahan tidak terjadi pada kegiatan proses penyelesaian klaim. Semoga penanganan klaim pada kasus klaim bersama (lebih dari satu perusahaan asuransi) ini dapat dipahami bersama dan berjalan dengan baik lagi.

Proses Pengajuan Klaim Asuransi “Kasus Bersama”



- 1 Pengajuan Klaim dari tertanggung kepada masing-masing perusahaan asuransi
- 2 Perusahaan Asuransi meminta dokumen klaim secara lengkap
- 3 Apakah Tertanggung memiliki polis di perusahaan lain?
- 4A Jika “Ya”, buat surat kuasa untuk mendapatkan informasi dari asuransi di perusahaan lain, rumah sakit, dokter, dan lain sebagainya
- 4B Jika “Tidak”, cari info ke rekan asuransi lainnya
- 5A Jika “Ditemukan”, lakukan koordinasi (gelar kasus secara tertutup bagi perusahaan asuransi pemilik nama tertanggung dengan melakukan investigasi untuk mendapatkan “Bukti Permulaan”)
- 5B Jika “Tidak Ditemukan”, maka klaim akan diproses sendiri oleh penanggung dan kasus selesai (Z)
- 6 Masing-masing perusahaan asuransi menganalisa sesuai dengan ketentuan
- 7 Melakukan koordinasi untuk menyampaikan analisis (dengan menghormati *independency* keputusan masing-masing)
- 8 Apakah dibayarkan?
- 9A Jika “Dibayarkan”, maka kasus selesai (Z)
- 9B Jika “Tidak Dibayarkan”, maka dilanjutkan dengan membentuk tim investigasi bersama (Ketua Tim dengan pemilik UP Terbesar) bagi perusahaan yang belum memutuskan untuk membayar
- 10 Hasil keputusan dari investigasi
- 11A Jika hasil keputusan investigasi “Menerima”, maka kasus klaim selesai (Z)
- 11B Jika hasil keputusan investigasi “Menolak”, maka lakukan korespondensi dengan menjelaskan hasil dari investigasi bersama namun disampaikan secara masing-masing
- 12 Jika terjadi keberatan & upaya hukum dari tertanggung Perusahaan asuransi secara bersama-sama
- 13 menunjuk pengacara untuk penyelesaian kasus tersebut
Jika “Ya”, maka dilanjutkan dengan negosiasi kepada calon pengacara mengenai biaya dan target/hasil (biaya diperhitungkan secara 14A proporsional *liability* “masing-masing perusahaan asuransi dibanding total dari keseluruhan perusahaan”)
- 14B Jika tidak, maka menggunakan Legal perusahaan
- A Page Connector
- X Kasus Klaim Selesai (sementara)
- Z Kasus Klaim Selesai



Indonesia Re Technical Director Gathering
Indonesia Re Technical Director Gathering dilaksanakan di The Westin Jakarta pada tanggal 15 Maret 2018. Acara yang berlangsung setengah hari ini dihadiri oleh CEO dan perwakilan ceding company relasi Indonesia Re.



Indonesia Re BPPDAN Gathering
Indonesia Re bekerja sama dengan AAUI mengadakan acara Indonesia Re BPPDAN Gathering yang diadakan di The Westin Jakarta pada tanggal 18 April 2018 dan dihadiri oleh perwakilan ceding company relasi Indonesia Re.



Buka Puasa Bersama Relasi 1439 H
Bertempat di gedung Indonesia Re pada tanggal 24 Mei 2018, acara Buka Puasa Bersama Relasi 1439 H turut dihadiri oleh perwakilan dari ceding company relasi Indonesia Re dan dimenangkan oleh band Kotak.



Indonesia Re - Broker Re Golf Tournament 2018
Kegiatan Indonesia Re - Broker Re Golf Tournament 2018 dilakukan untuk mempererat hubungan Indonesia Re dengan para pialang reasuransi. Diadakan di Riverside Golf Club Sentul pada tanggal 21 Juli 2018, kegiatan ini juga dihadiri oleh beberapa Direktur perusahaan pialang reasuransi di Indonesia.



Indonesia Re Treaty Forum 2018
Indonesia Re Treaty Forum diadakan pada tanggal 15-16 September 2018 di The Westin Nusa Dua Bali. Kegiatan yang juga merupakan Treaty Underwriter Gathering ini dihadiri Direktur Teknik Operasi Indonesia Re Kocu A. Hutagalung dan Direktur dari perusahaan-perusahaan asuransi umum di Indonesia.



Indonesia Re Life Insurance CFO Forum
Indonesia Re bersama Swiss Re menggelar kegiatan Indonesia Re Life Insurance CFO Forum - Navigating The Changing Insurance Landscape. Kegiatan yang diselenggarakan di The Westin Jakarta pada tanggal 18 Februari 2018 ini turut dihadiri oleh Direktur Pengawasan Asuransi dan BPJS Kesehatan OJK Ahmad Nasrullah, Ketua AAJI Hendrisman Rahim dan Ketua PAI Fauzi Arfan.



Seminar Big Data 2018
Bekerja sama dengan PPPK (Dusat Pengembangan Profesi Keuangan), Indonesia Re menyelenggarakan acara Seminar Big Data 2018 - From Theory to Reality. Bertempat di Gedung Keuangan Negara Surabaya pada tanggal 3-4 April 2018, acara ini dihadiri oleh 34 orang peserta. Turut hadir Kepala Pusat Pengembangan Profesi Keuangan Langgeng Subur, Direktur Statistik IKNB OJK Asep Suwondo dan Wakil Ketua Persatuan Aktuaria Indonesia Ade Bungsu.



Indonesia Re & SCOR Joint Seminar 2018

Pada tanggal 18 Juli 2018, Indonesia Re bersama dengan SCOR kegiatan seminar yang bertajuk Indonesia Re & SCOR Joint Seminar 2018 - The Future of Life Insurance Underwriting di The Westin Jakarta. Acara ini dihadiri oleh underwriter dan COO perusahaan asuransi jiwa di Indonesia. Turut hadir pada acara ini Kepala Eksekutif Pengawas IKNB Riswinandi sebagai keynote speaker.



Afternoon Tea with Actuaries

Indonesia Re mengadakan acara talkshow/panel discussion dengan tema Afternoon Tea with Actuaries yang bertempat di Plataran Menteng, Jakarta pada tanggal 25 September 2018. Turut hadir Deputy Direktur Kepengurusan dan Produk IKNB Raja Monang PSPH Munthe, Head Actuarial Willis Re Life and Health Reinsurance Singapore Julia Aslett, Senior Consultant - Risk Consulting and Software Willis Tower Watson Indonesia Fany Sarah Francisca dan Head of Actuarial Service Tokio Marine Life Insurance Yusman Budi Kusuma sebagai moderator.

"Connect With Us"

More info about :

- Event AAUI
- Newslatter the General Insurance Industry
- Market Update Industry
- Seminar/Workshop
- Literacy Insurance
- E-Library Insurance
- Certification Agent
- and any more.....

Surrounding contact information:

- Twitter: [aau_id](#)
- Facebook: [AAUI](#)
- YouTube: [AAUI](#)
- Instagram: [aau_id](#)
- Email: info@aui.or.id
- Phone: [+62 21 29069800](tel:+622129069800)
- Website: <http://www.aui.or.id>



Menjaga stabilitas finansial Anda ketika bencana alam melanda.

Berada di negara yang memiliki kekayaan sumber daya alam berarti juga memiliki risiko terjadinya bencana yang tidak dapat dicegah. Gunung meletus, gempa bumi, banjir dan bencana alam lainnya sangat mungkin terjadi kapan saja dan dimana saja. Indonesia Re hadir memberikan perlindungan reasuransi dengan membantu meminimalisir kerugian yang terjadi saat bencana alam melanda.

*Gempa bumi dan tsunami
di Banda Aceh, NAD, 2004*