

Mengembangkan Asuransi bagi Lembaga Keuangan Mikro

Petunjuk Teknis untuk Mengembangkan
dan Menawarkan Asuransi Mikro

Craig F. Churchill
Dominic Liber
Michael J. McCord
James Roth

2003

Hak Cipta © International Labour Organization 2003

Semua publikasi dari Kantor Organisasi Perburuhan Internasional mendapatkan hak cipta yang dilindungi oleh Protokol 2 Konvensi Hak Cipta Universal. Meskipun demikian, kutipan-kutipan singkat dari publikasi-publikasi tersebut dapat diproduksi ulang tanpa izin, asal mencantumkan keterangan mengenai sumbernya. Permohonan untuk memperoleh hak reproduksi atau penerjemahan dapat diajukan kepada Publications Bureau (Rights and Permissions), International Labour Office, CH 121 1 Geneva 22, Switzerland. International Labour Office menyambut baik permohonan-permohonan semacam itu.

Perpustakaan, lembaga dan pengguna lain di Inggris dapat mengajukannya kepada Copyright Licensing Agency, 90 Tottenham Court Road, London W1P 9HE (Fax +44 171 436 3986), di Amerika Serikat kepada Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 (Fax + 1 508 750 4470) dan di negara lain yang tergabung dalam Reproduction Rights Organizations, dapat membuat fotokopi sesuai dengan izin yang diberikan kepada mereka untuk tujuan ini.

"MEMBERDAYAKAN ASURANSI BAGI LEMBAGA KEUANGAN MIKRO:

Petunjuk Teknis untuk Mengembangkan dan Menawarkan Asuransi Mikro"

Judul Bahasa Inggris: "*Making Insurance Work: for Microfinance Institutions:*

A Technical Guide to Develop and to Deliver Microinsurance"

ISBN 978-92-2-822428-3 (print)
978-92-2-822429-0 (pdf)

Buku Pedoman ini ditulis bersama oleh Craig F. Churchill, Dominic Liber, Michael J. McCord dan James Roth

Rujukan-rujukan yang tertulis dalam publikasi ILO, sesuai dengan praktek-praktek yang dilakukan Perserikatan Bangsa-Bangsa, serta pemaparan materi yang berada di dalamnya, tidak mewakili pernyataan pendapat apapun dari pihak International Labour Office mengenai status hukum suatu negara, wilayah maupun teritori dan otoritasnya, ataupun pembatasan wilayah negara tersebut.

Tanggung jawab atas pendapat-pendapat yang dinyatakan dalam artikel, studi dan sumbangan lain yang ditandatangani merupakan tanggung jawab pribadi penulis-penulisnya, begitu juga adanya publikasi tidak merupakan persetujuan dari International Labour Office atas pendapat-pendapat yang terdapat di dalamnya.

Rujukan kepada nama perusahaan serta produk-produk dan proses-proses komersial tidak merupakan dukungan dari International Labour Office, sebaliknya tidak disebutkannya nama suatu perusahaan, produk atau proses komersial tertentu juga tidak berarti ketidaksetujuan.

Publikasi ILO dapat diperoleh melalui toko-toko buku besar atau kantor ILO lokal di berbagai negara, atau langsung dari ILO Publications, International Labour Office, CH-121 1 Geneva 22, Switzerland. Katalog atau daftar publikasi baru akan dikirimkan secara cuma-cuma oleh alamat di atas.

Edisi asli dalam Bahasa Inggris dicetak di Italia oleh Pusat Pelatihan Internasional ILO di Turin, Italia

Pendesain: Matteo Montesano, Pencetak desk-top: Michele McClure

Terjemahan dalam Bahasa Indonesia diterbitkan oleh Kantor ILO Jakarta.

Penerjemahan dilakukan oleh Paguyuban Studi Keuangan Kecil dan Mikro (PUSAKO)

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	xii
PRAKATA	xiii
PENDAHULUAN	1
BAB 1. DASAR-DASAR ASURANSI	9
1.1. Kejadian yang Diasuransikan	10
1.2. Desain Manfaat: Berapa dan untuk Siapa?	17
1.3. Fitur Desain	19
1.4. Premi: Harga untuk Asuransi	21
1.5. Klaim	26
1.6. Pertimbangan-Pertimbangan Lain	29
Bacaan Lebih Lanjut tentang Dasar-Dasar Asuransi	31
Lampiran 1	32
BAB 2. PRASYARAT ASURANSI	39
2.1. Apakah LKM Mempunyai Kapasitas untuk Menawarkan Asuransi?	39
2.2. Apakah Terdapat Permintaan akan Asuransi Mikro?	43
2.3. Siapa Lagi yang Menawarkan Asuransi dan Asuransi Mikro?	49
2.4. Apakah Legal untuk Menawarkan Asuransi Mikro?	50
2.5. Data	53
Bacaan Lebih Lanjut tentang Prasyarat Asuransi	54
Lampiran 2	55
BAB 3. LIMA PRODUK ASURANSI MIKRO	61
3.1. Spektrum Asuransi Jiwa	63
3.2. Lima Produk yang Direkomendasikan	65
Bacaan Lebih Lanjut tentang Fitur-Fitur Produk	82

BAB 4. KEGIATAN OPERASIONAL ASURANSI	83
4.1. Kegiatan Kantor Pendukung	83
4.2. Kegiatan Lapangan	94
Bacaan Lebih Lanjut tentang Kegiatan Asuransi	108
Lampiran 4	109
 BAB 5. PELIMPAHAN RESIKO DAN TANGGUNG JAWAB	 111
5.1. Pelimpahan Bisnis kepada Perusahaan Asuransi	113
5.2. Pelimpahan Resiko melalui Asuransi Portofolio	121
5.3. Pelimpahan kepada Unit Terpisah	122
5.4. Pelimpahan Resiko melalui Reasuransi	124
5.5. Pelimpahan Kegiatan Tertentu dengan Kontrak Jangka Panjang	125
5.6. Pelimpahan Kegiatan Tertentu kepada Konsultan	128
5.7. Kesimpulan	129
Bacaan Lebih Lanjut tentang Pelimpahan Pekerjaan	130
Lampiran 5	131
 BAB 6. PENGAWASAN MANAJEMEN	 135
6.1. Transaksi Akunting	135
6.2. Manajemen Keuangan	148
6.3. Pemantauan	150
Bacaan Lebih Lanjut tentang Pengawasan Manajemen	156
 BAB 7. PENETAPAN HARGA	 157
7.1. Penetapan Harga Berdasarkan Pengalaman	158
7.2. Tren dan Perubahan dalam Masa Penelitian	171
7.3. Penetapan Harga Produk Baru	183
7.4. Penetapan Harga untuk Manfaat Asuransi Lainnya	193
Kesimpulan	196
 DAFTAR ISTILAH	 199
DAFTAR PUSTAKA DAN BACAAN YANG DIANJURKAN	209
INDEKS	213

DAFTAR TABEL

Tabel 0.1	Kondisi untuk Mengembangkan Asuransi Guna Menghadapi Resiko Kematian	3
Tabel 2.1	Kegiatan dan Tanggung Jawab Asuransi Mikro	50
Tabel 3.1.	Keragaman dan Kerumitan Produk Asuransi Jiwa	63
Tabel 3.2	Lima Produk	67
Tabel 3.3.	Jangka Waktu Menunggu untuk Kelima Produk	74
Tabel 4.1	Penentuan Implikasi Pelatihan dan Motivasi Asuransi	98
Tabel 4.2	Teknik untuk Menjual Asuransi Mikro	102
Tabel 5.1.	Daftar Pertanyaan Uji Kelayakan untuk Menemukenali Mitra Asuransi	117
Tabel 5.2.	Peran dan Tanggung Jawab dalam Pelimpahan Produk Asuransi Jiwa Tambahan	120
Tabel 5.3	Kekuatan dan Tantangan dari Pelimpahan Bisnis	121
Tabel 5.4	Kekuatan dan Tantangan: Pelimpahan kepada Unit Terpisah	124
Tabel 5.5	Kekuatan dan Tantangan: Pelimpahan melalui Reasuransi	125
Tabel 5.6	Kekuatan dan Tantangan: Pelimpahan dengan Kontrak Jangka Panjang	128
Tabel 5.7	Kekuatan dan Tantangan: Pelimpahan kepada Konsultan	129
Tabel 5.8	Tujuan Utama Kedua Pihak	132
Tabel 5.9	Informasi Keuangan dari Asuransi Kelompok Kecelakaan Pribadi AIG/FU	134
Tabel 6.1	Transaksi dengan Asuransi Portofolio	136
Tabel 6.2	Transaksi untuk LKM Sebagai Agen	139
Tabel 6.3	Rekening Baru yang Penting untuk Aktivitas Asuransi	144
Tabel 6.4	Transaksi Khusus dalam Asuransi Jiwa	145
Tabel 6.5	Rasio-Rasio Kunci untuk Asuransi Jiwa	153
Tabel 7.1	Rincian Portofolio Asuransi MicroBank, 1999	162
Tabel 7.2	Data Premi MicroBank, 1999	164
Tabel 7.3	Data Klaim MicroBank, 1999	165
Tabel 7.4	Pengalaman Asuransi MicroBank, 1999-2000	172
Tabel 7.5	Tingkat Mortalitas ASSA 2000—Penduduk Afrika Selatan 2000	186
Tabel 7.6	Perkiraan Premi Resiko untuk Penetapan Tarif Kelompok (dari ASSA 2000)	191

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Tingkat Partisipasi dalam Asuransi Kelompok Kecelakaan Pribadi AIG-FINCA	48
Gambar 2.2	Jumlah Anggota SEWA yang Mengikuti Asuransi (1992-2000)	57
Gambar 3.1	Mengapa Asuransi Kesehatan Sangat Beresiko?	62
Gambar 3.2	Lima Produk yang Direkomendasikan	65
Gambar 4.1	Kegiatan Kantor Pendukung di Fireman's Fund	84
Gambar 5.1	Resiko Relatif dan Beban Administrasi pada Opsi Pelimpahan Asuransi	113
Gambar 5.2	Model Mitra-Agen	114
Gambar 5.3	Mengikuti Uang: Transaksi Keuangan Mitra-Agen	117
Gambar 5.4	Contoh Formulir Penilaian Proposal	123
Gambar 5.5	Asuransi Kelompok Kecelakaan Pribadi AIG/FINCA Uganda	133
Gambar 7.1	Pengalaman Klaim MicroBank 1999	166
Gambar 7.2	Jumlah Polis MicroBank 1999	167
Gambar 7.3	Pengalaman Klaim 1999-2000	176
Gambar 7.4	Jumlah Polis 1999-2000	177
Gambar 7.5	Tingkat Mortalitas Nasional Afrika Selatan ASSA 2000 (Laki-laki dan Perempuan 2002)	187
Gambar 7.6	Tingkat Mortalitas Nasional Afrika Selatan ASSA 2000 (Laki-laki 2002 & 2005)	188
Gambar 7.7	Populasi Normal: Mean 40, Deviasi Standar 7	189

DAFTAR KOTAK

Kotak 0.1	Pemisahan Bank dan Asuransi	5
Kotak 1.1	Pertanggungungan dari Lloyd's of London	12
Kotak 1.2	Mengendalikan Seleksi Terbalik dan Kecurangan di Filipina	13
Kotak 1.3	Bahaya Moral dalam Asuransi Jiwa	14
Kotak 1.4	Resiko Kovarian, Reasuransi dan 11/9	16
Kotak 1.5	Asuransi Kecelakaan US\$ 1.000 untuk Semua Anggota	18
Kotak 1.6	Perbandingan Tiga Tarif Premi	23
Kotak 1.7	Contoh Sederhana Perhitungan Premi Resiko	24
Kotak 1.8	Metodologi Penetapan Tarif Kelompok dan Perorangan: Sebuah Perbandingan	28
Kotak 1.9	Pengaruh Resiko Kovarian berdasarkan Besarnya Skema	27
Kotak 1.10	Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman dan Daur Perkembangan Produk	28
Kotak 2.1	Apakah Orang-Orang Berpendapatan Rendah Mengetahui Asuransi?	44
Kotak 2.2	Tabungan, Pinjaman atau Asuransi? Pengalaman dari Zambia	46
Kotak 2.3	Hambatan Peraturan terhadap Kerjasama Asuransi Jiwa	51
Kotak 2.4	Menghadapi Lingkungan Hukum yang Membatasi	52
Kotak 3.1	Pinjaman Mati bersama Peminjamnya	66
Kotak 3.2	Polis-Polis Terpisah dan Berjangka Pendek	69
Kotak 3.3	Kematian karena Kecelakaan vs Kematian karena Penyakit	70
Kotak 3.4	Memberlakukan Pembatasan Umur	71
Kotak 3.5	Masalah Penetapan Harga dan Bahaya Polis Asuransi Jiwa Tambahan—UMASIDA di Tanzania	72
Kotak 3.6	Keuntungan Hubungan Masyarakat dari Pengubahan Pengecualian dalam Polis	76
Kotak 3.7	Manfaat dari Polis Kelompok Kecelakaan Pribadi – AIG/FINCA Uganda	78
Kotak 3.8	Pengumpulan Premi oleh LKM di India	81
Kotak 4.1	Sumberdaya Manusia untuk Layanan Asuransi SEWA	87
Kotak 4.2	Komite Penelitian & Pengembangan dan Proses Pengembangan Produk	89
Kotak 4.3	Kebutuhan Pendidikan Nasabah dan Pencegahan Kecurangan di Filipina	91
Kotak 4.4	Deteksi Kecurangan dengan Statistik	93
Kotak 4.5	Pentingnya Menjual Polis Asuransi Wajib—Kasus FINCA Uganda	96
Kotak 4.6	Dana Pemakaman Informal di Zambia	100
Kotak 4.7	Skema Damayan di Filipina	101

Kotak 4.8	Tantangan dan Peluang Hubungan Masyarakat dari Asuransi Mikro	106
Kotak 5.1	Contoh Model Mitra-Agen	115
Kotak 5.2	Mengharuskan Nasabah Mencari Asuransinya Sendiri	122
Kotak 5.3	Produk Anuitas CARD yang Berbahaya	123
Kotak 6.1	Contoh Warkat Pembukuan (Vouche)r dan Pembukuan yang Terpisah	138
Kotak 7.1	Menetapkan Premi di Burkina Faso	158
Kotak 7.2	Dampak Kredibilitas pada Penetapan Tarif berdasarkan Pengalaman	168
Kotak 7.3	Latihan Penetapan Harga untuk Manfaat Tambahan dan Asuransi Lanjutan	194

DAFTAR AKRONIM

A	<i>Assets</i> = Aset, Harta
AB	<i>Additional Benefit</i> = Manfaat Tambahan
ADR-TOM	<i>Association pour le Developpement de la Region de Toma</i>
AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i> = penyakit sindrom menurunnya kekebalan tubuh
AIG	<i>American Insurance Group</i> = Kelompok Asuransi Amerika, kelompok perusahaan asuransi terbesar di Amerika Serikat
AIMS	<i>Assessing the Impact of Microenterprise Services</i> = Menilai Dampak dari Layanan Usaha Mikro
ASSA	<i>Actuarial Society of South Africa</i> = Perhimpunan Aktuaris Afrika Selatan
CDF	<i>Cooperative Development Foundation</i>
CEO	<i>Chief Executive Officer</i> = pemimpin eksekutif tertinggi di suatu perusahaan, direktur utama, presiden direktur
CETZAM	<i>Christian Enterprise Trust of Zambia</i>
CL	<i>Credit Life</i> = Asuransi Jiwa Kredit = Asuransi Penghapusan Kredit karena Kematian
CRP	<i>Credibility Risk Premium</i> = Kredibilitas Premi Resiko
E	<i>Expenses</i> = Pengeluaran, Biaya
FAQ	<i>Frequently Asked Questions</i> = daftar yang memuat pertanyaan-pertanyaan yang sering diajukan
FCFA	<i>Francs de la Communauté Financière Africaine</i>
FINCA	<i>Foundation for International Community Assistance</i> = Yayasan untuk Bantuan Komunitas Internasional, sebuah LSM internasional yang beroperasi di banyak negara
FU	<i>FINCA</i> Uganda
GDP	<i>Gross Domestic Product</i> = Produksi Domestik Bruto, ukuran kasar pendapatan nasional suatu negara
GM	<i>General Manager</i> = Kepala Divisi/Urusan
GPA	<i>Group Personal Accident</i> = Kelompok Kecelakaan Pribadi, satu jenis asuransi mikro dengan pendekatan kelompok
GRET	<i>Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques</i>
GTZ	<i>German Technical Cooperation</i> = lembaga kerjasama pembangunan Jerman
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> = virus yang menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh

I	<i>Income</i> = Pendapatan, Laba
ICNW	<i>Indian Cooperative Network of Women</i> = Jaringan Koperasi Wanita India
IFP/SPEED	<i>InFocus Programme for Small Enterprise Development</i> , salah satu program pengembangan usaha kecil dari ILO
ILO	<i>International Labour Office</i> = Kantor Perburuhan Internasional, badan internasional yang mengurus masalah perburuhan
IRDA	<i>Insurance Regulatory and Development Authority</i> = otoritas pengaturan asuransi
L	<i>Liabilities</i> = Kewajiban, Hutang
LEAD	<i>League for Education and Development</i> = Liga untuk Pendidikan dan Pembangunan
LIC	<i>Life Insurance Corporation of India</i> = Korporasi Asuransi Jiwa India, sebuah perusahaan asuransi jiwa di India
MBA	<i>Mutual Benefit Association</i> = Asosiasi Manfaat Bersama, perkumpulan koperasi yang didirikan oleh CARD
MBP	<i>Microenterprise Best Practices</i> = Contoh Keberhasilan Usaha Mikro, sebuah lembaga di Amerika Serikat yang menyebar luaskan contoh-contoh pengembangan usaha mikro yang dianggap berhasil
MFI	<i>Micro-Finance Institution</i> = Lembaga Keuangan Mikro (LKM)
MIS	<i>Management Information System</i> = Sistem Informasi Manajemen (SIM)
MUFEDE	<i>Mutualite – Femmes et Developpement du Burkina</i>
NGO	<i>Non-governmental organization</i> = Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)
PR	<i>Public Relation</i> = Hubungan Masyarakat (Humas)
PRA	<i>Participatory Rapid Appraisal</i> = Evaluasi Cepat Partisipatif
PRODIA	<i>Promotion du Developpement Industriel, Artisanal et Agricole</i>
R&D	<i>Research and Development</i> = Penelitian dan Pengembangan (litbang)
ROSCAs	<i>Rotating Savings and Credit Association</i> = Perkumpulan Simpan Pinjam Bergulir = Arisan
SEWA	<i>Self-Employed Women's Association</i> = Perhimpunan Wanita Pengusaha Mikro, LSM yang menghimpun wanita pengusaha mikro di India
SFP	<i>Social Finance Programme</i> = Program Sosial Keuangan, sebuah program dari ILO
SOFCAS	<i>Finance, Actuarial and Statistical Services Branch</i> , kantor cabang yang menangani keuangan, aktuaria dan statistik
UII	<i>United India Insurance</i> = Asuransi India Bersatu, sebuah perusahaan asuransi di India
UMASIDA	<i>Umoja wa Matibabu kwa Seckta Isiyo Rasmi Dar es Salaam</i>
UNAIDS	<i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> = Program Bersama PBB mengenai HIV/AIDS
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i> = Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa, sebuah lembaga pembangunan dari PBB
US	<i>United States</i> = Amerika Serikat
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> = Badan Pembangunan dari Pemerintah Amerika Serikat
Z	<i>Credibility</i> = lambang Kredibilitas dalam Asuransi
ZMK	<i>Zambian Kwacha</i> = mata uang Zambia

UCAPAN TERIMA KASIH

Buku pedoman teknis ini merupakan hasil kerja sama dari banyak orang dan organisasi.

Pendanaannya berasal dari Pemerintah Belanda sebagai bagian dari Program Kemitraan Belanda dengan ILO. Kami mengucapkan terima kasih kepada Pemerintah Belanda atas bantuan yang berharga ini.

Proyek ini muncul sebagai kerja sama antara *InFocus Programme for Small Enterprise Development* (IFP/SEED) dengan *Social Finance Programme* dari ILO. Penghargaan kami tujukan kepada Chris Evans-Clock dan Bernd Balkenhol, manajer dari kedua program, atas petunjuk dan kesabaran mereka

Asuransi mikro merupakan suatu cara untuk meningkatkan akses kepada perlindungan sosial, yang merupakan bagian dari tujuan ILO untuk menyediakan lapangan kerja yang cukup bagi semua orang.

Asuransi mikro dapat menyumbang kepada tugas IFP/SEED untuk meningkatkan kualitas pekerjaan dari usaha mikro dan kecil, maupun kepada upaya SFP untuk menggunakan layanan keuangan guna mengurangi kerentanan dari masyarakat miskin. Tujuan akhir dari buku pedoman ini adalah menawarkan kepada rumah tangga berpendapatan rendah layanan yang dapat meningkatkan kualitas hidup dan kerja mereka.

Buku ini ditulis berdasarkan beberapa studi ILO mengenai asuransi mikro, yang juga didanai oleh Pemerintah Belanda, yang dilakukan di Afrika Selatan, Burkina Faso, Zambia, Filipina dan India. Penghargaan yang tulus kami tujukan kepada para penulis laporan, yang pada dasarnya memberikan sumbangan yang berharga bagi buku pedoman ini, yaitu: Michael Aliber, Ramesh Arunachalam, Eloisa Barbin, Alitou Ido, Christopher Lomboy, Lemmy Manje, Elmer Soriano, dan Ginja Srinivasan. Laporan-laporan termaksud dapat diakses di www.ilo.org/socialfinance di bawah judul publikasi.

Buku pedoman ini juga memperoleh manfaat besar dari serentetan kaji-ulang teknis. Ucapan terima kasih kami tujukan kepada Bernd Balkenhol (ILO/SFP), Peter Tomlinson (ILO/Turin), Kees van de Ree (ILO IFP/SEED), Rie Vejs-Kjeldgaard (ILO IFP/SEED), Ellis Wohlner (Folksam) dan Hiroshi Yamabana (ILO/SOCFASH) untuk pengeditan dan pemberian saran. Selain itu, Michael Honnegger, konsultan pelatihan, memberikan umpan-balik penting atas pedoman ini ketika dia menyusun Petunjuk bagi Pelatih.

Buku pedoman ini juga karya dari beberapa orang yang bekerja di balik layar. Terima kasih kepada Laura Carta, Jeannine Hardy and Stefania Perniols dari ILO/Turin serta Annie Lenique dan Julia Conway dari ILO/Geneva untuk bantuan administratif yang rapi. Kami juga menghargai pekerjaan tata letak dan desain profesional dari Valeria Morra, Matteo Montesano dan Micele McClure.

Aturan *disclaimer* yang biasa berlaku: bahwa setiap kesalahan adalah tanggung jawab dari para penulis.

Craig Churchill
Dominic Liber
Michael J. McCord
James Roth

ILO/SFP
Quindiem Consulting
Microinsurance Centre
ILO/SFP

churchill@ilo.org
dominic_liber@quindiem.org
mjmccord@bellsouth.net
roth@ilo.org

PRAKATA

Buku pedoman ini menuntun manajer lembaga keuangan mikro (LKM) dalam menyibak kerumitan penyediaan produk asuransi dasar, baik secara sendiri ataupun bermitra dengan perusahaan asuransi. Asuransi merupakan suatu solusi untuk membantu rumah tangga berpendapatan rendah dan LKM dalam mengelola resiko, tapi bukan satu-satunya dan tidak selalu merupakan solusi terbaik. Ditulis untuk para manajer senior dan direktur LKM yang telah menawarkan asuransi atau sedang merencanakan untuk melakukannya, buku pedoman ini membantu pembacanya untuk menentukan apakah layak untuk menyediakan asuransi, jenis asuransi apa yang akan ditawarkan, dan melalui struktur organisasi yang bagaimana.

Ketebalan buku ini digunakan untuk menjelaskan empat aspek:

- 1) Dasar-dasar bisnis asuransi, termasuk desain manfaat, persyaratan asuransi, penetapan harga dan pengawasan;
- 2) Desain dari 5 polis dasar jangka pendek terkait dengan kredit, baik yang wajib maupun sukarela;
- 3) Pelimpahan sebagian atau sebagian besar tanggung jawab perasuransian kepada perusahaan asuransi formal atau konsultan ahli;
- 4) Manajemen keuangan dan integrasi operasional dari bisnis asuransi ke dalam LKM.

Manakala rumah tangga berpendapatan rendah mempunyai banyak kebutuhan dan kerawanan, isi dari manual ini terbatas pada produk dasar asuransi jiwa dan kecacatan, karena merupakan respon kepada kebutuhan yang penting dan agak mudah dilaksanakan oleh LKM. Bisnis asuransi adalah sangat kompleks dan mengandung resiko yang signifikan, oleh karena itu asuransi jiwa dasar merupakan titik tolak yang cocok bagi LKM.

Buku pedoman ini juga relevan bagi organisasi yang berencana menawarkan jenis asuransi lain, seperti asuransi kesehatan atau properti, karena berisi pengantar yang lengkap mengenai dasar-dasar asuransi dan memberikan petunjuk yang berharga tentang bagaimana merancang, menegosiasikan dan mengelola hubungan dengan mitra asuransi. Sementara dimungkinkan bagi sebuah LKM untuk menawarkan sendiri asuransi dasar, atau dengan bantuan teknis para ahli asuransi, produk-produk yang lebih canggih seyogianya ditawarkan dengan bermitra dengan perusahaan asuransi.

PENDAHULUAN

Suatu resiko adalah kesempatan atau kemungkinan bahwa suatu peristiwa akan mengakibatkan kerusakan atau kerugian. Pengusaha berpendapatan rendah khususnya sangat rentan terhadap resiko, seperti sakit, kecelakaan, kecurian dan kematian. Di antara semua itu, kematian merupakan salah satu resiko paling serius yang mereka hadapi, terutama kematian dari si pencari nafkah. Mereka tidak hanya memerlukan pengeluaran ekstra jangka pendek untuk pemakaman, yang dapat berjumlah sangat besar di beberapa kalangan masyarakat, tapi juga menghadapi masalah jangka panjang yakni kehilangan kontribusi tenaga kerja dalam usaha rumah tangga. Sementara rumah tangga tersebut mungkin mempunyai beberapa strategi untuk mengatasinya, seperti keikutsertaan dalam perkumpulan kematian dan menggantungkan diri kepada kemurahan hati teman dan sanak saudara, mekanisme pemecahan masalah secara informal yang kadangkala tak dapat diandalkan atau tidak mencukupi.

Lembaga keuangan mikro (LKM) meminjamkan uang kepada pengusaha berpenghasilan rendah, oleh karenanya LKM adalah sama rentannya dengan nasabah mereka. Apabila resiko suatu kejadian menimpa peminjam atau keluarga mereka, seringkali hal itu berdampak kepada kemampuan mereka melunasi pinjaman.

Mengatasi Resiko Kematian

Ada beberapa cara LKM dalam melindungi diri terhadap resiko kematian dari nasabah mereka. Apabila seorang nasabah meninggal, suatu LKM dapat memempuh salah satu dari beberapa cara:

- 1. Mengharapkan kelompok untuk melunasi:** Untuk LKM yang menerapkan metodologi peminjaman kelompok, ia dapat mengharuskan kelompok peminjam melunasi pinjaman dari anggotanya yang meninggal. Hal ini mendorong kelompok, untuk mempunyai informasi kesehatan dari anggotanya seperti layaknya seorang petugas kredit, untuk menyaring anggotanya yang tidak sehat dan mungkin meninggal selama jangka waktu pinjaman. Meskipun begitu, apabila seorang anggota meninggal, kelompoknya tidak akan begitu bersemangat untuk membayar pinjaman si anggota. Pada saat mencoba menarik pelunasan dari kelompok, beberapa LKM menghadapi ketegangan dan penolakan yang dapat meningkatkan biaya lebih besar daripada manfaatnya, misalnya kehilangan anggota kelompok atau bahkan kemacetan pinjaman. LKM akan menghadapi masalah khusus dengan pendekatan ini apabila ada lebih dari satu anggota meninggal dalam satu kelompok.
- 2. Mencoba melakukan klaim atas harta:** LKM yang menerapkan peminjaman perorangan tidak dapat menggantungkan diri kepada kelompok, maka apabila seorang peminjam meninggal ia akan mencoba mengajukan klaim atas harta benda atau menyita agunan (beberapa kelompok juga menggunakan cara ini dalam membayar hutang anggota yang meninggal ketimbang merogoh saku masing-masing). Sayangnya, klaim kepada keluarga yang pendapatannya berkurang (akibat meninggalnya seorang pencari nafkah) dilakukan pada saat mereka sedang membutuhkan biaya yang besar (untuk pemakaman). Beberapa LKM merasa tidak nyaman untuk mengklaim harta si mendiang, karena dapat menurunkan citra organisasi.
- 3. Menghapus-bukukan sisa pinjaman sebagai pinjaman macet:** LKM yang tidak menagih sisa pinjaman dari peminjam yang meninggal melalui kelompok atau harta benda dapat menghapus-bukukan sisa pinjaman sebagai kredit macet. Cara ini lebih efektif-biaya karena tidak menimbulkan publisitas jelek atau ketegangan dengan nasabah. Salah satu masalah dengan penghapus-bukuan

adalah bahwa LKM mungkin tidak mempunyai rekam-jejak kerugian pinjaman akibat kematian, sehingga tidak tahu apakah biaya yang terkait kematian melonjak. Apabila LKM melayani pasar yang lebih tinggi dan memberikan pinjaman yang lebih besar, maka cara menutup resiko kematian dengan cara ini menjadi mahal, terutama di kawasan yang tingkat kematiannya memburuk. Apabila bencana atau resiko kovarian lainnya menyebabkan banyak peminjam meninggal sekaligus, cara ini akan mengakibatkan bencana besar bagi LKM.

4. **Mengasuransi diri sendiri:** Beberapa LKM melindungi diri sendiri dengan merekam kerugian yang terkait dengan kematian, dan membebankan pengeluaran tambahan kepada nasabah dalam bentuk suku bunga yang lebih tinggi atau *fee*. Mereka dapat memungut *fee* tambahan dan menampungnya sebagai dana cadangan. Apabila seorang peminjam meninggal, sisa pinjaman dihapus bukukan dan ditutup dari dana cadangan. Cara ini dapat mengurangi kerugian pinjaman dari LKM. Cara ini juga menciptakan mekanisme untuk memantau kredit macet akibat kematian dan membebankan biaya untuk mengatasinya. Beberapa LKM bahkan memperluas tujuan dari dana ini untuk menutup kerugian yang terkait dengan resiko lain, seperti kerusakan usaha akibat kebakaran pasar atau banjir. Penetapan harga untuk pertanggungan diri sendiri ini bisa berdasarkan kesepakatan atau ditetapkan secara kira-kira. Salah satu kelemahan pendekatan ini adalah bahwa nasabah dapat dibebani lebih tinggi dari seharusnya, sehingga LKM tidak kompetitif di pasar, di samping tetap rentan terhadap resiko kovarian lainnya.
5. **Bermitra dengan perusahaan asuransi:** Mekanisme kelima dalam mengatasi resiko kematian peminjam adalah dengan menawarkan asuransi penghapusan kredit sebagai agen dari suatu perusahaan asuransi formal. Mekanisme kemitraan ini mempunyai keuntungan dengan melimpahkan sepenuhnya resiko dari pembukuan LKM. Rencana kemitraan antara LKM dengan perusahaan asuransi ini juga menghadapi tantangan, termasuk dalam menemukan mitra yang cocok dan dalam menegosiasikan hubungan yang saling menguntungkan.

Tidak ada satupun dari opsi ini yang sempurna. Pedoman ini menekankan pada pemaksimalan keuntungan dan meminimalan kelemahan dari dua opsi terakhir – pertanggungan diri sendiri dan kemitraan. Kedua opsi tersebut tidak dianggap harga mati, tapi sebagai suatu rentang kemungkinan asuransi. Di satu sisi ekstrim, LKM menanggung sendiri seluruh resiko akibat kematian, di sisi lain, LKM melimpahkan seluruh beban resiko kematian dengan bertindak sebagai agen dari perusahaan asuransi. Tergantung pada tingkat resiko yang dapat diterima oleh suatu LKM, di antara kedua ekstrim tersebut ada berbagai aktivitas asuransi yang dapat dipertimbangkan oleh LKM untuk dikontrakkan kepada perusahaan asuransi atau konsultan.

Kapankah Asuransi Penghapusan Kredit merupakan Opsi yang Tepat?

Hampir semua opsi dapat diterima dan dapat diterapkan dalam keadaan tertentu. Mengharapkan kelompok untuk melunasi, misalnya, mungkin tepat bagi pemberi pinjaman yang memberikan pinjaman kecil-kecil dengan kompensasi tabungan wajib melalui kelompok peminjam yang besar seperti pada bank desa (versi FINCA, penerjemah). Setelah melikuidasi simpanannya, kelompok anggota lainnya biasanya mau menutup sisa pinjaman tanpa banyak bicara karena merupakan jumlah kecil dibagi 20 atau 30 anggota. Di sisi ekstrim lainnya, dalam kelompok solidaritas yang lebih kecil, tanpa adanya ketentuan tabungan wajib, susah bagi kelompok untuk melunasi sisa pinjaman dari anggotanya yang meninggal, terutama apabila pinjaman bertambah besar, dan baru saja dicairkan.

Bagi LKM kecil yang hanya mengalami beberapa kematian anggota per tahun, upaya untuk terlibat pada pembentukan dan penyediaan asuransi mungkin sukar untuk diterima, terutama apabila pinjaman

yang diberikan kecil-kecil. Dalam hal ini, asuransi mungkin akan merupakan cara yang merepotkan untuk mengatasi kredit macet. Bila lembaga semacam ini sukar menagih pinjaman dari anggota yang meninggal melalui kelompok atau menyita harta benda, akan lebih mudah bagi mereka untuk menghapus bukukan sisa pinjaman daripada susah-payah menjalankan skema asuransi. Dalam keadaan begini, disarankan agar mereka merekam dengan baik kerugian akibat kematian untuk meyakinkan bahwa biayanya ada pada tingkat yang bisa ditutup dengan pendapatan bunga.

Penggunaan asuransi untuk mengatasi kerentanan terhadap resiko kematian mungkin cocok bagi LKM sedang dan besar, terutama yang memberikan pinjaman dalam jumlah besar atau beroperasi di kawasan yang mempunyai tingkat mortalitas tinggi akibat bencana alam, AIDS dan wabah lain. Keadaan di mana asuransi kurang atau lebih layak dilaksanakan disarikan dalam Tabel 0.1.

Asuransi Penghapusan Kredit karena Kematian mungkin lebih sesuai untuk LKM sedang atau besar, khususnya bagi pinjaman perorangan atau LKM dengan pinjaman besar-besar. Mungkin lebih sesuai bagi LKM kecil atau lembaga dengan pinjaman kecil-kecil untuk menganggap Asuransi penghapusan Kredit sebagai batu loncatan dan landasan untuk menawarkan produk-produk asuransi yang berfokus kepada nasabah

Tabel 0.1. Kondisi untuk Mengembangkan Asuransi guna Menghadapi Resiko Kematian

Kondisi untuk Asuransi Penghapusan Kredit	Kondisi untuk Tanggapan lainnya untuk Risiko Kematian
♦ LKM sedang dan besar ♦ LKM dengan pinjaman besar-besar (atau jumlah pinjamannya meningkat) ♦ Lingkungan dengan tingkat mortalitas yang rawan, dan/atau sering mengalami kematian dalam jumlah besar ♦ Pemberi pinjaman perorangan yang tidak mensyaratkan adanya agunan (atau tidak mau menyita agunan) ♦ Organisasi yang berencana menyediakan tambahan produk asuransi di masa datang	♦ Organisasi yang lebih kecil ♦ LKM dengan jumlah pinjaman kecil-kecil ♦ Daerah dengan tingkat kematian rendah dan mudah diperkirakan ♦ Menggunakan kelompok peminjam yang besar ♦ Metodologi peminjaman yang mengharuskan kompensasi saldo tabungan

Meningkatkan Nilai Nasabah

Diskusi sejauh ini berfokus kepada penggunaan asuransi guna perlindungan bagi LKM dari resiko meninggalnya peminjam. Bagi LKM, mengurangi resiko dari kemacetan terkait dengan kematian bukanlah motivasi satu-satunya atau yang utama untuk menawarkan asuransi. Kebanyakan organisasi ingin menawarkan asuransi untuk memenuhi misi sosial mereka dalam mengurangi kemiskinan dan mengurangi kerawanan dari masyarakat berpenghasilan rendah.

Menawarkan asuransi guna menutup sisa pinjaman terutama melindungi LKM tanpa memberikan bantuan moral kepada penerima manfaat. Sementara keluarga yang ditinggalkan mungkin menghargai

fakta bahwa mereka tidak perlu melunasi pinjaman dari yang meninggal, jenis pertanggungan ini tidak memberikan bantuan yang berarti selama waktu yang dibutuhkan.

Penghapusan Kredit karena Meninggal yang menutup sisa pinjaman, bagaimanapun, merupakan langkah awal bagi LKM. Setelah lembaga mengembangkan sistem dan prosedur yang efektif dalam menawarkan Penghapusan Kredit, sesudahnya mereka dengan berlandaskan itu memberikan manfaat lain yang lebih efektif dalam mengurangi kerawanan rumah tangga berpendapatan rendah.

Di samping Penghapusan Kredit karena Kematian (dan karena Kecacatan, di mana manfaatnya juga terbatas pada sisa pinjaman) buku pedoman ini juga menyetengahkan penjelasan rinci tentang tiga produk asuransi yang memberikan nilai yang lebih besar bagi nasabah:

1. **Manfaat Tambahan:** Produk asuransi jiwa berjangka ini memberikan kepada penerima manfaat santunan yang dapat membantu mereka menghadapi saat yang berat.
2. **Asuransi Jiwa Tambahan.** Ketika seorang anggota rumah tangga peminjam meninggal, hal itu dapat berdampak pada ketidakmampuan nasabah untuk melunasi. Polis yang memberikan santunan apabila anggota keluarga yang menjadi tanggungan si peminjam meninggal akan memperkuat perlindungan bagi si peminjam maupun LKM.
3. **Asuransi Lanjutan:** Nasabah memenuhi persyaratan untuk polis-polis yang disebut di atas bila ia mempunyai pinjaman, tapi orang tidak selalu ingin terjerat pada hutang terus-menerus. Untuk menyediakan pertanggungan meninggal bagi orang yang lebih suka tidak meminjam lagi (paling tidak, tidak segera meminjam), mantan peminjam dapat membeli polis Asuransi Lanjutan.

Faktor lain yang mempengaruhi nilai yang diperoleh nasabah dari asuransi adalah dengan menawarkan asuransi sukarela: bila seseorang memilih produk asuransi, maka produk sukarela memberikan nilai lebih dibanding yang wajib, akan tetapi produk-produk tersebut lebih sukar, berisiko dan mahal untuk disediakan. Dari produk-produk yang dikemukakan dalam manual ini, dua skema yang memberikan pertanggungan kepada sisa pinjaman (Penghapusan Kredit karena Kematian dan karena Kecacatan) adalah asuransi wajib, Manfaat Tambahan dapat keduanya, dan Asuransi Jiwa Tambahan dan Asuransi Lanjutan adalah sukarela.

Perlu diingat, bahwa semua produk tersebut adalah disediakan untuk peminjam (atau mantan peminjam, dalam hal polis Lanjutan) dari LKM, bukan untuk nasabah umum. Mereka juga tersedia untuk jangka waktu pendek: selama satu daur pinjaman atau satu tahun, mana yang lebih pendek. Dua prasyarat ini meningkatkan kemudahan pengelolaan produk-produk itu secara signifikan, dan mengurangi risiko yang ditanggung terkait dengan penyediaannya.

Dua kondisi kunci yang mendorong kemudahan pengelolaan ke 5 produk dalam manual ini: (1) hanya tersedia bagi peminjam, bukan masyarakat umum, (2) untuk jangka waktu pendek, 1 tahun atau kurang

Walaupun produk-produk ini dirancang untuk nasabah LKM, dan mereka dirancang untuk ditawarkan bersama dengan pinjaman untuk memaksimalkan efisiensi, tapi sangat kritis untuk memisahkan pembiayaan dan manajemen dari bisnis asuransi dengan aktivitas tabungan dan pinjaman. Alasan dari pemisahan ini disajikan dalam Kotak 0.1.

Dalam era akhir 1920-an dan 1930-an, banyak bank di seluruh dunia yang bangkrut, termasuk lebih dari 10.000 di Amerika Serikat saja. Banyak dari bank-bank ini telah menginvestasikan deposito mereka ke pasar uang, dan ketika pasar modal jatuh di tahun 1929 mereka tidak dapat membayar para depositor mereka. Beberapa bank telah memberikan pinjaman kepada nasabah yang berspekulasi di ekuitas dan real estat dengan harapan bisa menuai uang di pasar yang berkembang dengan pesat itu. Ketika pasar-pasar itu ambruk, peminjam tidak dapat membayar pinjamannya. Ketika beberapa bank tidak dapat mengembalikan depositonya, para deposan menjadi panik dan menyerbu bank-bank untuk menarik kembali simpanan mereka. Karena tidak mampu membayar nasabahnya dalam waktu singkat, banyak bank yang tutup dengan cepat. Banyak orang kehilangan simpanannya. Sebagai akibatnya, bank menjadi tidak populer, dan perampok bank, seperti John Dillinger, serta Bonnie dan Clyde, menjadi pahlawan.

Bank terlihat berlaku ceroboh dengan simpanan para nasabahnya. Untuk memulihkan kepercayaan masyarakat kepada perbankan, dua orang anggota parlemen Amerika Serikat, Carter Glass dan Harry Steagall, menyiapkan undang-undang yang melarang bank untuk menanamkan dananya di pasar modal. Undang-Undang Glass-Steagall 1933 juga menciptakan sistem asuransi simpanan, di mana Pemerintah Federal menjamin simpanan sampai sejumlah tertentu pada bank yang dijaminnya. Congress mengatur pemisahan lebih lanjut di tahun 1956 dengan disahkannya Undang-Undang tentang Perusahaan Induk Bank (*Bank Holding Company Act*), yang meletakkan tembok pemisah antara bank dan asuransi. Bank boleh menjual produk-produk asuransi, tapi mereka tidak boleh menanggung resiko dari pertanggungan polis asuransi.

Regulasi ini dicabut di tahun 1999, meskipun begitu, tetap ada banyak hikmah dari pemisahan perbankan dari penanaman uang dan perasuransian, terutama di dalam mengembangkan pasar uang, lebih-lebih untuk lembaga keuangan mikro, dengan alasan sebagai berikut:

Kerawanan portofolio: LKM umumnya mengelola portofolio yang sebagian besar tanpa agunan yang rawan terhadap tunggakan dan guncangan. Satu duri berupa pinjaman macet akan mempunyai dampak yang menular, menyebabkan portofolio pinjaman sebagai tempat yang berresiko untuk menginvestasikan premi asuransi.

Resiko industri baru: Asuransi mikro adalah industri baru yang melayani pasar yang semula dianggap terlalu berresiko oleh pelaku asuransi tradisional. Tanpa sejarah pola klaim yang terdokumentasi dalam jangka yang cukup panjang, sangat perlu bagi penyedia asuransi untuk menyediakan cadangan yang cukup besar.

Kovarian: Banyak resiko yang berdampak pada pelunasan pinjaman perorangan juga berdampak pada klaim asuransi. Pada saat resiko itu menimpa beberapa peminjam pada saat yang sama, kualitas portofolio akan memburuk dan klaim akan melonjak hebat. Kedua dampak yang bersamaan menimpa suatu organisasi yang mencampurkan pinjaman dengan asuransi akan menyebabkan dia ambruk.

Godaan: LKM yang mengalami masalah kualitas portofolio mungkin tergoda untuk menggunakan cadangan asuransinya untuk menutup kerugian pinjaman. Begitu pula pengasuransi mikro yang menghadapi klaim yang tak terduga banyaknya akan tergoda untuk membayar manfaat dari deposito nasabah. Tindakan-tindakan tersebut akan membawa organisasi secara cepat meluncur ke lembah kehancuran finansial. Dengan menggunakan deposito atau premi untuk menutup kerugian, alih-alih meneliti dan memecahkan akar masalah dari kerugian, hal tersebut seperti memindahkan kursi di atas dek kapal Titanic.

Penetapan Tarif: Pemisahan yang jelas antara biaya-biaya terkait dengan penyediaan tabungan dan pinjaman dari asuransi adalah sangat penting untuk menetapkan harga produk sesuai biaya aktual mereka. Organisasi yang mencampurkan aktivitas perbankan dengan asuransi jarang yang memisahkan penerimaan dan pengeluaran untuk masing-masing bisnis, dan oleh karenanya dapat mengalami kerugian yang tak teridentifikasi sumbernya.

Mentalitas: Yang terakhir, perbankan dan asuransi memerlukan perilaku dan toleransi yang berbeda terhadap resiko. Kecuali apabila kedua bisnis tersebut dipisahkan, LKM tidak akan bisa menumbuhkan budaya asuransi yang layak.

Organisasi dari Buku Pedoman Ini

Buku Pedoman ini terbagi dalam tujuh bab. Bab 1 memperkenalkan konsep-konsep dasar asuransi yang mutlak perlu untuk dimengerti apabila mau merancang produk asuransi, khususnya skema asuransi jiwa jangka pendek. Bab 2 menjelaskan prasyarat yang harus dipenuhi bagi LKM untuk menawarkan asuransi, termasuk kapasitas kelembagaan, konfirmasi bahwa benar-benar ada permintaan akan asuransi, dan keyakinan bahwa penyediaan asuransi diizinkan oleh otoritas pengaturan. Bab 3 mengemukakan lima produk asuransi yang dianjurkan oleh manual ini dan menggunakan kerangka yang disajikan dalam Bab 1 untuk merancang desain produk. Bab 4 menggali isu operasional yang terkait dengan pengelolaan produk asuransi, termasuk manajemen sumberdaya manusia, pengendalian intern, penelitian dan pengembangan, teknik pemasaran asuransi. Bab 5 memperkenalkan konsep penggunaan pihak luar (*outsourcing*) dan menjelaskan bagaimana LKM bisa berkolaborasi, bermitra atau mengontrak tenaga ahli teknis dan fungsi administratif dalam menyediakan asuransi secara efisien dan dengan resiko yang lebih sedikit. Dua bab terakhir menyajikan petunjuk rinci mengenai pengintegrasian suatu produk asuransi ke dalam LKM, termasuk akunting, manajemen keuangan dan pemantauan kinerja (Bab 6), serta penetapan harga dan peneringkatan pengalaman (Bab 7).

Walau manual ini terlihat tebal, tapi sebenarnya sudah sangat disederhanakan. Petunjuk yang menyeluruh dan panjang serta kompleks terletak pada penetapan harga produk asuransi, akunting, pemasaran, dll. Penyediaan asuransi adalah kegiatan yang kompleks. Sebagai konsekuensinya, satu kesalahan kecil (seperti penyesuaian harga sedikit atau perubahan waktu tunggu) dapat membawa seluruh organisasi ke dalam kesulitan. Penilaian yang sehat atas kapasitas lembaga sangat vital sebelum memasuki bisnis asuransi. Pendekatan konservatif kepada bisnis asuransi adalah sangat penting. Apabila LKM meragukan kemampuannya sendiri, ia harus melakukan kerjasama dengan pihak lain.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|---|--|
| ✓ Undang-Undang tentang Perusahaan Induk Bank (<i>Bank Holding Company Act</i>) | ✓ Harta benda |
| ✓ Tunggakan yang menular | ✓ Asuransi wajib dan sukarela |
| ✓ Resiko kovarian | ✓ Melimpahkan ke pihak luar (<i>outsourcing</i>) |
| ✓ Asuransi Penghapusan Kredit | ✓ Citra di mata masyarakat |
| ✓ Nilai nasabah | ✓ Resiko |
| ✓ Resiko kematian | |

DASAR-DASAR ASURANSI

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Menjelaskan karakteristik kejadian yang dapat dan yang tidak dapat diasuransikan
- ☐ Menemukan potensi komplikasi asuransi dan cara-cara mengatasinya
- ☐ Menentukan dan menjabarkan kepentingan yang dapat diasuransikan
- ☐ Menentukan fitur desain pokok suatu polis asuransi
- ☐ Membahas proses penentuan premi dan pengalaman klaim
- ☐ Menunjukkan penghitungan premi risiko dan mengestimasi premi total dalam skenario sederhana

Apa itu asuransi? Pemakaian umum dari istilah “*insure*”, sebagai cara melindungi dari bahaya, menimbulkan beberapa kebingungan mengenai definisi asuransi sebagai sebuah jasa keuangan. Banyak cara untuk melindungi dari risiko. Di daerah pedesaan, orang-orang mengumpulkan persediaan gandum dan ternak, dan di mana orang-orang memiliki akses terhadap jasa simpan pinjam, mereka dapat menyimpan penahan risiko dalam bentuk tunai. Yang lainnya mungkin tergantung pada kebaikan hati keluarga atau teman, atau mungkin meminjam uang ketika terbentur pada keadaan darurat.¹ Meskipun semua ini adalah cara-cara melindungi diri dari risiko, tetapi hal ini bukanlah asuransi.

Asuransi membayar seorang individu² untuk sebagian atau seluruh kerugian finansial yang terkait dengan peristiwa atau risiko yang tidak terduga. Perlindungan ini dilaksanakan melalui mekanisme penampungan di mana banyak orang-orang yang rentan terhadap risiko tertentu bergabung bersama ke dalam sebuah penampungan **resiko** (*risk pool*). Setiap orang membayar sejumlah kecil uang, yang dikenal sebagai **premi**, kepada suatu penampungan, yang kemudian digunakan untuk memberi kompensasi kepada individu yang malang yang benar-benar mengalami suatu kerugian. Asuransi mengurangi kerentanan dengan mengganti prospek kerugian yang besar dengan kepastian melakukan pembayaran premi yang kecil dan berkala. Konsep penampungan risiko ini menjadikan asuransi sebuah cara yang efisien untuk berlindung terhadap tipe risiko tertentu; hal ini juga menyebabkan kerumitan dalam merancang dan menyediakan produk asuransi.

Sebuah produk asuransi harus menemukan secara eksplisit empat unsur berikut:

- 1. Kejadian yang dipertanggungkan.** Kejadian pemicu (misalnya kematian pemegang polis) yang menyebabkan pembayaran suatu klaim
- 2. Jumlah Manfaat.** Jumlah klaim yang dibayarkan pada saat terjadinya peristiwa yang dipertanggungkan (misalnya jumlah tetap sebesar US\$400 atau jumlah saldo dari suatu pinjaman);

1 Untuk contoh lebih lanjut dari cara mengelola risiko, lihat Sebstad dan Cohen (2000), “*Microfinance, Risk Management and Poverty*,” USAID’s AIMS Project. www.mip.org.

2 Unit yang diasuransikan juga bisa sebuah perusahaan atau sebuah rumah tangga. Namun demikian di dalam manual ini fokusnya adalah pada klien individu dari AKM

mekanisme penampungan risiko memungkinkan jumlah manfaat jauh lebih besar daripada pembayaran premi individu.

3. **Penerima Manfaat** . Pihak yang menerima jumlah manfaat jika kejadian yang dipertanggungjawabkan terjadi.
4. **Jangka waktu pertanggungan**. Periode dimana kejadian yang diasuransikan harus terjadi untuk suatu klaim agar dapat dibayar.

Keempat hal ini harus dijabarkan seluruhnya dalam suatu **polis** asuransi, yang merupakan kontrak resmi antara pihak penanggung dan kliennya, **pemegang polis** (yang kadang kala disebut dengan pihak tertanggung). Bab ini menjelaskan keempat unsur ini dan mengenalkan konsep-konsep dasar asuransi. Tujuan bab ini adalah meletakkan dasar pemahaman mengenai asuransi yang akan diaplikasikan dalam bab-bab berikutnya.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|--|------------------------------|
| ✓ Penerima Manfaat | ✓ Polis |
| ✓ Jumlah Manfaat) | ✓ Premi |
| ✓ Klaim | ✓ Penampungan resiko |
| ✓ Asuransi | ✓ Pemegang polis |
| ✓ Pihak Tertanggung | ✓ Jangka waktu pertanggungan |
| ✓ Peristiwa yang dipertanggungjawabkan | |

1.1. Kejadian yang diasuransikan

Kejadian atau pencetus yang menyebabkan timbulnya klaim potensial perlu didefinisikan dengan jelas. Pihak penanggung dan pemegang polis perlu memiliki pemahaman yang sama atas definisi tersebut. Bagian ini menguraikan karakteristik kejadian yang dapat dipertanggungjawabkan dan kemudian membahas komplikasi asuransi termasuk seleksi nasabah yang terbalik (*adverse selection*), kecurangan/penipuan (*fraud*), bahaya moral (*moral hazard*) dan resiko kovarian (*covariant risk*).

Karakteristik Kejadian yang dapat Dipertanggungjawabkan

Agar dapat dipertanggungjawabkan, sebuah kejadian harus memiliki karakteristik tertentu:

- **Keacakan**: Kejadian harus terjadi secara tak terduga. Jika kejadian tersebut dapat diduga, maka tabungan terencana merupakan cara yang lebih tepat untuk melindungi diri.
- **Kecilnya kemungkinan untuk terjadi**: Peluang terjadinya kejadian harus kecil selama periode asuransi. Jika peristiwa kemungkinan terjadi pada sebagian besar anggota dalam kelompok risiko selama periode asuransi, maka biaya asuransi akan sangat tinggi-mendekati kerugian sebenarnya yang ditanggung.
- **Mandiri**: Terjadinya kejadian yang dipertanggungjawabkan harus tidak saling tergantung secara statistik antara satu individu dengan individu lainnya. Dengan kata lain, peluang kejadian terjadi pada satu individu tidak dipengaruhi oleh kenyataan bahwa peristiwa tersebut telah terjadi pada individu lainnya.

- **Tidak dapat dikendalikan:** Terjadinya kejadian sejauh mungkin tidak di bawah kendali langsung dari pihak penanggung atau pihak terkait lainnya. Jika tidak, maka individu dapat memicu klaim untuk memperoleh manfaat.
- **Konsekuensi Keuangan yang Merugikan:** Kejadian yang diasuransikan harus menyebabkan timbulnya suatu kerugian finansial bagi individu—maksud dari asuransi adalah menyediakan perlindungan terhadap kerugian ini. Jika pihak yang diasuransikan tidak mengalami kerugian secara finansial, tidak perlu mereka menerima manfaat finansial. Kerugian finansial ini disebut **kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan** (*insurable interest*), dan akan lebih lengkap dibahas pada Bagian 1.2.
- **Tidak diragukan (*unequivocal*):** Haruslah mudah untuk menentukan kejadian yang dipertanggungjawabkan telah terjadi atau tidak. Jika terjadinya peristiwa tidak dapat dibuktikan dengan mudah, individu yang dipertanggungjawabkan dapat mengajukan klaim palsu.

Kerumitan Asuransi

Secara ideal, kejadian yang dipertanggungjawabkan harus memenuhi kriteria di atas. Namun demikian, dalam prakteknya segala sesuatunya jarang begitu sederhana. Penyediaan asuransi berhubungan dengan beberapa komplikasi meliputi seleksi nasabah yang merugikan, kecurangan, bahaya moral, dan resiko kovarian.

Seleksi Nasabah yang Terbalik (*Adverse Selection*)

Dalam konteks asuransi, seleksi yang terbalik (*adverse selection atau anti-selection*) adalah kecenderungan orang yang mempunyai kemungkinan akan mengalami peristiwa yang dapat dipertanggungjawabkan untuk membeli polis asuransi. Sebagai contoh asuransi perawatan gigi, seleksi yang merugikan terjadi ketika orang yang tahu mereka butuh perawatan gigi mendaftar dan memperoleh asuransi gigi. Seleksi yang terbalik juga terjadi ketika orang yang berpeluang kecil untuk mengalami kejadian yang dapat dipertanggungjawabkan memilih untuk tidak ikut asuransi, karena asuransi memberikan nilai yang rendah bagi uang mereka. Situasi ini dapat memberikan pengaruh yang menggoyahkan sistem asuransi — jika hanya orang yang mengharapkan mendapat perawatan gigi yang menerima asuransi, mekanisme penampungan risiko tidak dapat berjalan.

Seleksi terbalik terutama merupakan masalah jika pemegang polis memiliki pilihan mengenai waktu dan jumlah asuransi yang dibelinya, dan oleh karenanya dapat memasuki sistem ketika risikonya besar.

Untuk mengendalikan seleksi terbalik, penanggung dapat menyaring risiko. Proses penyaringan (*screening*) calon pemegang polis juga dikenal dengan **underwriting** (penjaminan) (lihat kotak 1.1), dimaksudkan untuk mengendalikan risiko yang masuk ke dalam tampungan risiko. Sebagai contoh, pemohon dapat diperiksa oleh seorang dokter untuk memastikan bahwa mereka tidak menderita penyakit yang berbahaya, atau diminta untuk menandatangani sebuah “pernyataan sehat” yang menyatakan kesehatan mereka baik. Individu berisiko tinggi dapat dikeluarkan atau dikenakan biaya lebih tinggi.

Bagi LKM yang menyediakan asuransi untuk pengusaha mikro, kenyataan bahwa mereka menjalankan usaha menunjukkan bahwa mereka kecil kemungkinannya sakit, cacat atau menjelang ajal daripada penduduk pada umumnya. Efek ini disebut **seleksi positif** (*positive selection*), atau hanya seleksi saja, dan membawa pada sebuah kelompok “terseleksi” dalam tampungan risiko.

Dua cara lain untuk mengendalikan seleksi terbalik adalah melalui pengecualian dan waktu tunggu.³ Sebuah polis asuransi kesehatan, misalnya, dapat memasukkan **pengecualian** untuk **keadaan yang sudah ada sebelumnya**—masalah kesehatan yang dimiliki seseorang sebelum membeli polis. Dengan asuransi jiwa, **waktu tunggu** selama sebulan atau dua bulan antara waktu pemegang polis mulai membayar premi dan waktu jaminan asuransi berlaku mengurangi risiko seseorang yang akan meninggal membeli sebuah polis.

Kotak 1.1.

Pertanggungungan dari Lloyd's of London



Warung kopi Lloyd 1691

Istilah "*underwriting*" berasal dari satu pasar asuransi tertua di dunia: *Lloyds of London*. Semula Lloyds adalah sebuah warung kopi. Perusahaan pelayaran komersial yang mencari asuransi untuk kapal-kapal mereka biasa menempatkan rincian dari kapal dan muatannya pada sebuah papan tulis di sana. Individu yang punya dana, yang tertarik untuk menanggung risiko, memeriksa data di papan tulis dan menuliskan nama mereka di bawah rincian kapal tersebut (*under-writing*), menunjukkan bahwa mereka telah menilai risiko dan bersedia menanggungnya.

³ Asuransi wajib, dibahas pada Bagian 1.3, merupakan cara tambahan untuk mengendalikan seleksi terbalik.

Kecurangan

Dengan seleksi terbalik, individu dapat mengejar jalur kepentingan diri sendiri yang sangat mudah diperkirakan – dan sah. Mereka memilih ikut atau tidak ikut menurut penilaian mereka atas profil risiko mereka dan nilai relatif dari asuransi. Sebaliknya, penipuan berangkat dari penggambaran yang keliru yang disengaja oleh klien kepada pihak penanggung. Contoh dari penipuan termasuk mengklaim bahwa kejadian yang dipertanggungjawabkan sudah terjadi ketika belum terjadi atau memberikan jawaban yang palsu pada pertanyaan penyaringan dari pihak penanggung. Satu cara untuk mengendalikan penipuan adalah dengan menggunakan **metode verifikasi klaim**, seperti mengecek bahwa kejadian yang diklaim tersebut telah benar-benar terjadi (apakah ada jasad?). Kotak 1.2 memberikan beberapa contoh tentang bagaimana asuransi mikro di Filipina mengendalikan penipuan dan seleksi terbalik.

**Kotak
1.2.*****Mengendalikan Seleksi Terbalik dan Kecurangan di Filipina******Mengendalikan Seleksi Terbalik dan Kecurangan di Filipina***

Dua koperasi keuangan di Filipina, Paco Soriano dan SAMULCO, telah memperoleh sejumlah pembelajaran mengenai pengendalian risiko seperti penipuan dan seleksi terbalik.

Kedua organisasi tersebut memiliki kebijakan operasional yang jelas bahwa klaim diverifikasi—untuk sebuah klaim asuransi jiwa, misalnya, mereka meminta sertifikat kematian. Pada Paco Soriano, juga biasa bagi manajer dan anggota direksi koperasi untuk pergi berjaga semalam suntuk di samping jenazah dari anggota yang berpulang. Hal ini memungkinkan mereka memvalidasi klaim, meskipun hal ini bukan motif utama dari kehadiran mereka.

Kejadian penipuan asuransi mikro jarang terjadi di SAMULCO, tetapi pernah juga terjadi. Manajer Umum Daniel Corral ingat satu contoh dari seorang anggota yang berbohong tentang sertifikat kesehatannya ketika dia mengajukan pinjaman. Dia menderita sakit yang mematikan ketika dia masuk dalam skema Penghapusan Kredit SAMULCO. Setelah kematian anggota tersebut, kakaknya memaksa koperasi menutupi sisa pinjaman saudaranya. Namun demikian, koperasi dapat membuktikan bahwa anggota tersebut mengetahui dia sakit yang mematikan ketika dia memperoleh polis tersebut dan tidak mengungkapkannya, dan karenanya saudaranya bertanggung jawab untuk hutang almarhum.

Untuk mengontrol seleksi terbalik, koperasi tersebut baru-baru ini memasukkan waktu tunggu untuk skema asuransi jiwa mereka karena pengalaman dengan beberapa anggota yang meninggal segera setelah mengikuti pertanggungjawaban. Pengendalian terhadap seleksi terbalik yang lain adalah syarat bagi pendaftar baru untuk menjalani suatu pemeriksaan kesehatan atau menunjukkan sertifikat kesehatan. Koperasi tersebut juga memodifikasi jadwal manfaatnya sehingga hanya anggota yang bertahan lama yang memenuhi syarat untuk manfaat yang lebih baik.

Diangkat dari Soriano et al (2002).

Bahaya moral (Moral Hazard)

Bahaya moral terjadi jika perlindungan pertanggungan memberikan insentif bagi individu untuk menyebabkan kejadian yang dipertanggungkan. Dengan asuransi jiwa, misalnya, ada kalanya pemegang polis melakukan bunuh diri sehingga penerima manfaatnya akan menerima sejumlah uang, atau penerima manfaat dapat justru membunuh tertanggung untuk menerima manfaat. Meskipun gagasan ini dapat terlihat berlebihan, Kotak 1.3 menunjukkan bahwa pihak penanggung perlu mempertimbangkan kemungkinan yang seperti itu.

Bahaya moral juga berlaku pada keadaan di mana asuransi memberikan insentif bagi pemegang polis untuk bersikap dengan cara yang ceroboh atau tidak diinginkan yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kejadian yang dipertanggungkan. Sebagai contoh, asuransi kepemilikan ternak mendorong pemegang polis untuk tidak melakukan vaksinasi atau memberikan perawatan medis yang sepatutnya kepada ternak-ternak mereka.

Bahaya moral dikendalikan dengan pengecualian yang menghilangkan perolehan finansial dari tindakan yang tidak diinginkan. Sebagai contoh, sebagian besar polis asuransi tidak membayarkan manfaat jika kecelakaan, cacat atau kematian disebabkan oleh perbuatan sendiri.

Pembayaran patungan (co-payments) untuk polis asuransi kesehatan dan **jumlah pengurang (deductibles)** untuk asuransi properti juga membantu mengendalikan bahaya moral. Sebagai contoh, penyedia asuransi kesehatan dapat membayar 80 persen dari biaya pengobatan, sedangkan pembayar-patungan pemegang polis menutupi sisa 20 persen. Sama halnya, jumlah-pengurang sebesar US\$500 pada asuransi mobil berarti bahwa penanggung akan membayar saldo klaim yang melebihi jumlah tersebut. Pembayaran-patungan dan jumlah-pengurang tidak mendorong perilaku bahaya moral karena pemegang polis memikul sejumlah biaya yang berhubungan dengan pengajuan suatu klaim.

Kotak 1.3.

Bahaya Moral dalam Asuransi Jiwa

Persidangan "Si Janda Hitam" ditutup: Seorang perempuan menghadapi tuntutan

Perempuan dari Upper Marlboro, dijuluki "Si Janda Hitam" setelah dua suami dan satu teman prianya dibunuh, adalah seorang "korban tak bersalah", yang dipaksa hidup dengan tragedi, demikian argumen pembelanya hari Rabu dalam penutupan persidangannya dengan tuduhan mengambil secara illegal pembayaran asuransi dari kematian para pria tersebut.

Josephine Gray, 55, dituntut atas pemalsuan surat, pemalsuan telegram dan membantu dan bersekongkol secara melawan hukum mengambil pembayaran asuransi jiwa setelah pembunuhan suami-suami dan teman prianya.

Penuntut menyatakan Gray memperoleh asuransi jiwa sebesar US\$ 16.000 setelah kematian suami pertamanya, Norman Stribbling, dan US\$ 51.000 setelah kematian suami keduanya, William "Robert" Gray. Kedua pria tersebut meninggal di Montgomery County. Gray juga

dipersalahkan meraup US\$96.000 setelah kematian teman prianya, Clarence Goode, pada tahun 1996 di Baltimore County. Menurut dokumen pengadilan, Gray dibantu oleh suami atau teman pria berikutnya untuk melakukan pembunuhan atas suruhannya.

Pembelanya menyatakan Gray secara tidak bersalah mengumpulkan uang asuransi yang diyakininya sebagai haknya dan menggunakan dana tersebut untuk mencoba merajut kehidupannya kembali setelah setiap pembunuhan. "Josephine Gray, tidak bersalah, melakukan apa yang dia rasa dia berhak [untuk lakukan]," kata pengacaranya, Mike CitaraManis. "Ini bukan sebuah kasus seorang perempuan yang bertindak untuk memperoleh setiap sen terakhir dari hasil asuransi."

Namun penuntut menyatakan Gray menggunakan uang yang dia peroleh setelah pembunuhan Stribbling untuk membeli rumah dan sebuah Cadillac. Asisten Jaksa Agung AS James Trusty menyatakan Gray memiliki "motif senilai US\$ 16.000" untuk membunuh Norman Stribbling. Josephine Gray menginginkan suaminya mati – bukan cerai, tapi mati," kata Trusty. "Pria ini tidak pernah memiliki kesempatan."

CitaraManis menyatakan Gray adalah sasaran sindiran, gosip dan kecurigaan setelah setiap kematian, meskipun tidak ada bukti ditemukan yang menempatkan Gray pada tempat kejadian perkara dari tiap pembunuhan. "Dia adalah seorang yang bertahan hidup," kata CitaraManis. "Dia tahu dan telah menduga polisi sekali lagi akan fokus pada dirinya [setelah setiap kematian]."

Menurut dokumen pengadilan, Stribbling ditemukan tertembak mati di dalam mobilnya di River Road, Poolesville, pada bulan Maret 1974. Josephine Gray dan teman prianya yang berikutnya William Gray didakwa atas kematian tersebut, tetapi dakwaan dibatalkan setelah dua saksi kunci menghilang. Josephine Gray dan William Gray kemudian menikah.

Pada bulan November 1990, William Gray ditemukan mati tertembak di rumah Germantonnya setelah berbulan-bulan mengadu ke polisi bahwa istrinya mencoba membunuhnya. Penuntut menyatakan William Gray hidup dalam ketakutan akan istrinya dan tahu bahwa dia sedang mencoba membunuhnya. "Dia menghabiskan waktu berbulan-bulan dalam ketakutan karena semakin jelas dan jelas bahwa dia akan dibunuh." Kata Trusty.

Pada saat kematian William Gray, Josephine Gray sedang bekerja sebagai petugas kebersihan di SMA Richard Montgomery di Rockville dan dituduh memiliki hubungan dengan Clarence Goode. Goode dan Josephine Gray kemudian didakwa atas kematian William Gray, tetapi dakwaan dicabut setelah saksi menolak bersaksi.

Pada tahun 1996, Goode, yang juga merupakan sepupu kedua Josephine Gray, ditembak dan dibunuh di Baltimore.

Oleh Kelly Smith dan Eric Hartley, Montgomery Journal

Diangkat dari sebuah artikel dari www.jml.net/news

Risiko Kovarian

Covariance merupakan risiko yang tidak independen di antara anggota kelompok risiko. Hal ini terjadi bilamana satu kejadian dapat menyebabkan klaim berganda. Sebagai contoh orang-orang yang tinggal di daerah rawan gempa kemungkinan mengalami risiko yang sama pada waktu yang sama. Risiko *kovarian* dapat disebabkan oleh wabah atau bencana alam yang lain.

Kejadian-kejadian ini menyebabkan jumlah klaim yang luar biasa dan dapat membangkrutkan pool asuransi. **Reasuransi** (dibahas pada Bagian 1.6) dapat membantu membatasi masalah ini. **Pengecualian** juga membantu mengendalikan risiko *kovarian*; banyak polis yang tidak memasukkan kerugian akibat perang, huru-hara, dan bencana alam atau "tindakan Tuhan". Lihat Kotak 1.4 untuk contoh bagaimana risiko *kovarian* mempengaruhi industri asuransi.

Kotak 1.4.

Risiko Kovarian, Reasuransi dan 9/11

Pemulihan Keuangan pada Industri Reasuransi Pasca 9/11

Di antara akibat paling signifikan, kehilangan hampir 3.000 jiwa manusia—keluarga, teman, kolega dan orang-orang yang dicintai—industri reasuransi yang ulet dengan segera meregang nyawa atas realisasi kerugian secara besar-besaran yang dideritanya.

"Serangan teroris pada 11 September 2001 menyebabkan kerugian bertanggung yang lebih besar daripada kejadian alam atau ulah manusia apapun dalam sejarah," dinyatakan Robert Hartwig, Ph.D., wakil presiden senior dan pimpinan ekonom Insurance Information Institute (I.I.I) baru-baru ini dalam analisisnya "*September 11, 2001: The First Year*."

"Kerugian total asuransi jiwa dan nonjiwa diduga mencapai paling tidak US\$40 milyar," tambah Hartwig. "Kerugian yang diderita industri asuransi belum pernah terjadi sebelumnya dalam segala bidang, menyebabkan kerugian yang merupakan bencana besar tidak hanya dalam jaminan properti, tetapi juga untuk pertama kalinya dalam asuransi jiwa, asuransi kecacatan dan kompensasi pekerja. Perusahaan asuransi penerbangan dan asuransi kewajiban juga menderita kerugian yang paling buruk yang berasal dari sebuah peristiwa tunggal."

"Sebelas September mengubah dunia asuransi secara keseluruhan," kata Irmgard Wallner, staf humas Munich Re. "Klaim mencapai dimensi yang sebelumnya tidak pernah dikira akan terjadi."

Menurut statistik yang diberikan oleh I.I.I, Morgan Stanley and Benfield Research, Lloyd's of London menderita jumlah kerugian paling besar dari serangan tersebut sebesar US\$2.913 milyar, hingga tanggal 19 Juli 2002. Munich Re dan Swiss Re mengikuti di belakangnya dengan kerugian masing-masing sebesar US\$2.442 milyar dan US\$2.316 milyar. Perusahaan reasuransi berbasis-AS The St. Paul Companies dan American International Group Inc. menderita kerugian masing-masing sebesar US\$941 juta dan US\$820 juta.

Diangkat dari sebuah artikel oleh Cynthia Beisiegel, The Insurance Journal, Sept. 10, 2002, www.insurancejournal.com

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|---|--|
| ✓ Konsekuensi keuangan yang merugikan | ✓ Bahaya moral |
| ✓ Seleksi terbalik | ✓ Seleksi positif |
| ✓ Verifikasi Klaim | ✓ Kondisi yang sudah ada sebelumnya |
| ✓ Pembayaran patungan (<i>Co-payment</i>) | ✓ Keacakan |
| ✓ Risiko Kovarian | ✓ Pembayaran kembali |
| ✓ Jumlah Pengurang (<i>Deductible</i>) | ✓ Penyaringan |
| ✓ Pengecualian | ✓ Tidak dapat dikendalikan |
| ✓ Pengecualian-pengecualian | ✓ Penjaminan |
| ✓ Penipuan | ✓ Tidak meragukan (<i>Unequivocal</i>) |
| ✓ Mandiri | ✓ Waktu tunggu |
| ✓ Peluang kecil untuk terjadi | |

1.2. Desain Manfaat: Berapa dan untuk Siapa?

Sebuah kejadian yang dapat dipertanggungjawabkan menyebabkan suatu kerugian finansial. Penting bahwa calon penerima manfaat adalah orang yang sama dengan yang menderita kerugian. Dengan kata lain, orang yang menerima manfaat pertanggungan harus memiliki **kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan** (*insurable interest*) dalam kejadian yang dipertanggungjawabkan. Menerbitkan polis bagi pihak yang tidak memiliki kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan dapat menciptakan *moral hazard* yang nyata. Asuransi kepemilikan atas rumah, misalnya, hanya dapat dijual kepada pemilik rumah karena dia yang akan mengalami kerugian jika rumah tersebut rusak.

Jumlah manfaat harus sesuai dengan kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan. Membiarkan jumlah jaminan asuransi di atas kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan menciptakan risiko penipuan dan bahaya moral karena klien akan diuntungkan dari kejadian yang dipertanggungjawabkan dengan memperoleh jumlah pembayaran yang melebihi kerugian yang sebenarnya diderita.

Meskipun kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan merupakan faktor penentu utama dalam jumlah manfaat, kemampuan dan praktek pasar juga memiliki pengaruh. Karena pembayaran premi yang lebih tinggi dibutuhkan untuk jumlah manfaat yang lebih besar, beberapa calon klien mungkin tidak tertarik pada jumlah jaminan asuransi untuk kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan yang penuh. Sebaliknya jika klien memandang manfaat sebagaimana yang diinginkan, penanggung dapat bersaing untuk menarik pemegang polis baru dengan menawarkan jumlah jaminan asuransi yang luas. Dalam hal ini, pihak penanggung dapat tergoda untuk menyamai tingkat manfaat yang ditawarkan oleh pesaingnya meskipun tingkat perlindungan tidak realistis.

Setelah menemukenali kejadian yang dapat dipertanggungjawabkan dan jumlah manfaat, langkah berikutnya adalah menemukenali **penerima manfaat (*beneficiary*)** — orang yang memiliki klaim resmi atas manfaat. Penerima manfaat umumnya adalah orang atau institusi dengan kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan. Dalam hal asuransi jiwa, penerima manfaat haruslah seorang keluarga dekat, seseorang yang akan mengalami kerugian finansial jika pemegang polis meninggal dunia.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- ✓ Penerima manfaat
- ✓ Jumlah manfaat
- ✓ Kepentingan yang dapat dipertanggungkan

Polis asuransi kecelakaan yang diuraikan pada Kotak 1.5 memberikan contoh beberapa istilah penting yang diperkenalkan pada bagian di atas. Menarik untuk dicatat bagaimana pihak penanggung mengartikan kejadian yang dipertanggungkan secara sangat spesifik dan jelas. Kespesifikasi ini perlu untuk meminimumkan perbedaan penafsiran yang mungkin terjadi dalam suatu **penyelesaian klaim**. Pengecualian, dimaksudkan untuk melindungi pihak penanggung dari bahaya moral dan risiko kovarian, juga agak spesifik.

Kotak 1.5.

Asuransi Kecelakaan US\$1.000 untuk Semua Anggota

Sebagai seorang anggota koperasi kredit (*credit union*) berusia 18 tahun atau lebih, Anda memenuhi syarat untuk Asuransi Kematian karena Kecelakaan dan Kecacatan anggota badan sebesar US\$1.000. Premi untuk jaminan dasar akan dibayarkan ke koperasi kredit Anda. TIDAK ADA BIAYA BAGI ANDA. Untuk menerima sertifikat asuransi Anda, LENGKAPI FORMULIR PENDAFTARAN TERLAMPIR DAN KIRIMKAN. (Di New York dan North Carolina jumlah jaminan dikurangi 50% pada usia 70 tahun.)

Ringkasan ini menjelaskan dalam istilah umum asuransi yang diuraikan, tetapi tidak mengubah atau mempengaruhi asuransi yang diberikan di bawah polis yang benar-benar diterbitkan. Semua jaminan tergantung pada syarat-syarat dan pengecualian polis yang sebenarnya. Setiap anggota yang ikut serta dalam program ini akan menerima sertifikat asuransi yang menguraikan jaminan yang pasti dan manfaat yang disediakan.

Jumlah Manfaat

Jika kecelakaan yang dijamin menyebabkan kerugian berikut ini dalam waktu satu tahun sejak tanggal kecelakaan (kejadian yang dipertanggungkan), perusahaan akan memberikan, dalam satu jumlah, jumlah berikut ini:

- Kehilangan jiwa US\$1,000
- Kehilangan dua anggota badan (tangan, kaki, atau mata) US\$1,000
- Kehilangan kemampuan bicara dan pendengaran US\$1,000
- Kehilangan seluruh penglihatan pada kedua mata US\$1,000
- Kehilangan seluruh penglihatan pada satu mata US\$500
- Kehilangan satu tangan atau kaki US\$500
- Kehilangan kemampuan bicara atau pendengaran US\$500

Asuransi Kecelakaan US\$1.000 untuk Semua Anggota

- Kehilangan jempol dan jari telunjuk pada tangan yang sama US\$250

Kehilangan satu tangan atau kaki berarti pemotongan seluruhnya sampai atau di atas sendi pergelangan tangan atau pergelangan kaki; untuk jempol atau jari telunjuk, ini artinya pemotongan seluruhnya sampai atau di atas sendi *metacarpophalangeal*. Kehilangan penglihatan mata artinya kehilangan seluruh penglihatan yang tak dapat dipulihkan. Kehilangan kemampuan bicara sepenuhnya dan tidak dapat dipulihkan; untuk pendengaran ini berarti kehilangan pendengaran sepenuhnya di kedua telinga dan tidak dapat dipulihkan.

Siapa yang Memenuhi Syarat?

Semua anggota credit union berumur 18 tahun atau lebih ketika mendaftar, memenuhi syarat untuk jaminan. Setiap anggota credit union berumur 18 tahun atau lebih yang melengkapi dan mengembalikan pendaftaran akan diterima.

Penghentian Individual

Selama Anda tetap menjadi anggota credit union dan polis utama tetap berlaku, jaminan anda akan diperbaharui. (Di New York, Polis Utama Kelompok dapat diperbaharui setiap tahun).

Pengecualian Umum

Polis tersebut tidak menjamin kerugian yang disebabkan oleh atau akibat dari; bunuh diri atau pembinasaan diri sendiri atau segala upaya bunuh diri; pengumuman perang atau segala tindakan perang; melakukan atau mengusahakan suatu tindakan kejahatan atau ilegal; menumpang pada pesawat udara atau alat untuk navigasi udara kecuali hanya sebagai penumpang untuk transportasi (bukan sebagai pilot atau anggota kru) dalam sebuah pesawat udara yang disertifikasi layak terbang oleh otoritas yang tepat dari negara tempat terdaftarnya.

1.3. Fitur Desain

Di samping menentukan kejadian yang dipertanggungkan dan rancangan manfaat, produk asuransi juga harus merinci jangka waktu polis dan apakah produk tersebut sukarela atau wajib.

Jangka waktu Polis

Jangka waktu polis adalah jangka waktu di mana kejadian yang dipertanggungkan harus terjadi untuk dapat dibayarkan manfaatnya. Jangka waktu yang mungkin meliputi:

- **Jangka waktu tetap:** Kejadian yang dipertanggungkan harus terjadi dalam periode waktu tertentu, seperti jangka waktu suatu pinjaman, satu tahun atau sepuluh tahun, untuk dapat memicu pembayaran. Jaminan ini biasanya disebut asuransi berjangka.
- **Seumur hidup:** pertanggungan disediakan untuk saldo seumur hidup pemegang polis.

Akad asuransi untuk jangka waktu panjang mengimplikasikan lamanya waktu kewajiban keuangan yang tergantung pada kejadian yang tidak pasti. Ilmu Aktuaria berhubungan dengan peramalan dan pengelolaan risiko ini; keahlian yang handal dalam meramal masa depan diperlukan untuk

mengimplementasikan produk ini dengan sukses. Pada sebagian besar negara, asuransi jangka panjang diatur dengan ketat untuk menjamin bahwa penanggung memenuhi kewajibannya. Cadangan finansial membutuhkan penilaian yang rumit dan harus diakumulasikan dan diinvestasikan untuk memastikan solvabilitas jangka panjang.

Untuk mengatasi tantangan jaminan asuransi jangka panjang, dimungkinkan menawarkan **akad berjangka yang dapat diperbaharui** ketika jaminan diberikan untuk suatu jangka pendek, diperbaharui setelah habis masa berlaku untuk jangka pendek berikutnya. Akad berjangka yang dapat diperbaharui memberikan penanggung kebebasan untuk mengganti syarat jika mereka mengalami kerugian. Tipe kontrak ini secara khusus sesuai bagi perusahaan pertanggungan baru, mereka yang tidak memiliki akses pada data berkualitas, atau perusahaan yang beroperasi di dalam kondisi ekonomi makro yang tidak dapat diperkirakan.

Metode lain untuk mengubah jangka waktu adalah melalui **opsi** asuransi, yang memungkinkan pemegang polis untuk mengganti fitur jaminan mereka pada waktu yang ditentukan. Tipe umum adalah opsi kelanjutan, di mana pemegang polis dapat melanjutkan pertanggungan setelah periode awal berakhir.

Pertanggungan Wajib vs. Sukarela

Asuransi dapat bersifat sukarela atau wajib. Sebagai contoh, pemberi kerja mungkin berharap bahwa semua karyawannya masuk dalam skema asuransi kesehatan mereka; pihak pemberi pinjaman dapat meminta para peminjam untuk membeli sebuah polis penghapusan kredit; atau pemerintah dapat mewajibkan pemilik mobil untuk memiliki jaminan tanggung jawab kepada pihak ketiga. Pendekatan sukarela memungkinkan konsumen untuk memilih jumlah, jangka waktu dan jenis asuransi yang mereka inginkan. Ada keuntungan dan kerugian untuk kedua skenario.

Pertanggungan wajib menghilangkan kebebasan pemegang polis atas pilihan pembelian tertentu menyangkut waktu dan jumlah pertanggungan. Karyawan secara otomatis terdaftar dalam skema kesehatan, misalnya, setelah menandatangani kontrak kerja. Jumlah manfaat mungkin juga sudah ditentukan terlebih dahulu, yang dapat menjadi masalah dihadapkan dengan tingkat pertanggungan yang lebih tinggi jika individu dipaksa untuk membeli pertanggungan yang mereka tidak inginkan atau butuhkan.

Ketidaksesuaian kepentingan dapat membangkitkan keengganan, dan bahkan meningkatkan risiko kecurangan atau bahaya moral karena orang mencoba untuk mendapatkan nilai bagi uang mereka. Skema wajib juga dapat menjadi sasaran penetapan harga yang menipu dari para penanggung, karena pihak tertanggung tidak mempunyai pilihan selain membeli pertanggungan.

Di sisi lain, asuransi wajib menciptakan tiga keuntungan yang nyata:

- **Mengendalikan Seleksi Terbalik (*Adverse Selection*)**: Kemampuan individu untuk mengambil asuransi hanya ketika mereka tahu mereka sedang membutuhkannya berkurang dengan mengaitkan pemilihan waktu asuransi dengan kejadian yang lain. Lebih lanjut lagi, orang berisiko rendah tidak punya pilihan untuk tidak ikut serta. Dengan asuransi sukarela, dimungkinkan orang yang membeli polis adalah hanya mereka yang berharap kejadian yang dipertanggungkan akan terjadi.
- **Penghematan Administrasi**: Skema wajib lebih mudah dan lebih murah dikelola karena sistem administrasi lebih sederhana daripada skema sukarela, produk asuransi yang fleksibel
- **Biaya Penjualan Terbatas**: Daripada harus menjual polis individual, asuransi wajib memungkinkan penanggung untuk menjangkau jumlah orang yang lebih banyak tanpa biaya perolehan yang besar.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|-----------------------|---|
| ✓ Biaya Perolehan | ✓ Opsi |
| ✓ Ilmu Aktuaria | ✓ Pertanggungan berjangka yang dapat diperbaharui |
| ✓ Penyelesaian Klaim | ✓ Pertanggungan sukarela |
| ✓ Pertanggungan Wajib | ✓ Asuransi berjangka |
| ✓ Jangka waktu tetap | ✓ Seumur hidup |

1.4. Premi: Harga untuk Asuransi

Premi bagi asuransi seperti tingkat bunga untuk kredit pinjaman—premi merupakan jumlah yang dibayarkan oleh klien untuk uang jaminan asuransi. Bagian ini membahas berbagai cara penyusunan premi dan menggambarkan proses aktuarial penetapan premi. Meskipun penetapan harga aktuarial agak rumit, penting bagi penyedia asuransi mikro untuk memahami prinsip-prinsip dasar yang disajikan di sini dan dicakup lebih rinci pada Bab 7.

Pembayaran Premi

Premi memiliki dua tipe dasar: tunggal dan berulang. **Premi tunggal** biasanya dibayar pada saat awal sebuah akad dan mencakup keseluruhan jangka waktu. Metode premi tunggal mudah diadministrasikan; hanya ada satu transaksi pembayaran dan tidak ada peluang klien akan menunggak premi. Kelemahannya adalah bahwa klien mungkin merasa premi sekali bayar tidak terjangkau, terutama jika akad asuransi panjang. Penanggung juga tidak memiliki keleluasaan untuk mengganti tingkat premi jika klaim ternyata jauh lebih besar daripada yang diduga.

Premi berulang dibayarkan secara berkala seperti tahunan atau bulanan, selama jangka waktu polis. Pemungutan berkala atas premi melibatkan biaya transaksi tambahan bagi klien dan penanggung, tetapi besarnya pembayaran mungkin lebih cocok dengan aliran uang tunai klien. Premi berulang lebih mahal daripada premi sekali bayar, semua faktor lain dianggap sama, untuk dua alasan: a) penanggung memikul biaya administrasi lebih tinggi dalam mengumpulkan premi; dan b) menghilangkan pendapatan bunga atas premi yang dapat diperoleh jika menerima pembayaran keseluruhan di muka. Untuk polis jangka panjang, premi berulang dapat dirancang dengan tingkat yang berbeda untuk memungkinkan penanggung melakukan penyesuaian apabila diperlukan.

Dengan premi berulang, penanggung menghadapi risiko klien akan menunggak premi dan pertanggungan akan kadaluarsa. **Pertanggungan kadaluarsa** merupakan penghentian polis karena klien berhenti membayar premi. Pihak penanggung biasanya membatalkan pertanggungan setelah suatu **masa tenggang** di mana klien masih diperkenankan untuk melunasi premi. Oleh karena banyak biaya polis asuransi dibebankan di muka, **pertanggungan kadaluarsa** memerlukan perhatian tambahan, karena jika polis tidak berjalan cukup lama, pihak penanggung tidak akan dapat menutup biaya-biaya awal mereka.

Pilihan ketiga adalah kombinasi keduanya: **premi tunggal berkala**. Penetapan ini berlaku pada asuransi berjangka yang dapat diperbaharui yang diuraikan di atas, dimana premi dibayar melalui serangkaian pembayaran **tahap-demi-tahap**, tahunan (atau jangka waktu lain). tidak tarif maupun manfaatnya yang

ditetapkan di luar jangka waktu yang dicakup oleh premi tunggal. Jika pertanggungan lebih lanjut diinginkan, itu diberikan dalam persyaratan yang berlaku pada tanggal pembaharuan.

Tarif Premi

Premi paling sering dinyatakan dalam tarif atau persentase. Namun demikian, agak sulit membandingkan tarif premi jika dua faktor kritis tidak sama: a) jangka waktu pertanggungan diberikan dan premi berlaku; dan b) unit di mana tarif diberlakukan untuk memperoleh jumlah sebenarnya yang dibayar. Perbedaan ini disorot pada Kotak 1.6.

Menetapkan Premi

Menetapkan tarif premi bagi asuransi, juga dikenal sebagai pembuatan tarif (**ratemaking**), sama dengan menetapkan tingkat bunga untuk pinjaman. Tingkat bunga pinjaman harus mencakup empat kelompok biaya: a) biaya operasi, b) kerugian pinjaman, c) biaya dana, dan d) tingkat kapitalisasi. Premi asuransi dapat dibagi menjadi unsur yang sama, dengan satu perbedaan besar: setara dengan anggaran untuk kerugian pinjaman adalah **premi risiko**—biaya klaim yang diharapkan selama jangka waktu. Aspek ini ditelaah secara detil karena merupakan spesialisasi dalam metode asuransi.

Premi Risiko

Agar produk asuransi dapat berkelanjutan (abaikan dulu tujuan menguntungkan), premi risiko atau premi murni harus cukup untuk menutup biaya klaim. Oleh karena itu, premi risiko secara teoritis, untuk suatu manfaat asuransi, adalah sama dengan biaya klaim yang diharapkan. Biaya klaim yang diharapkan ini diestimasi secara aktuarial untuk sebuah produk asuransi berdasarkan dua unsur: jumlah yang akan dibayarkan (manfaat) dan peluang bahwa kejadian akan terjadi. Premi risiko, atau biaya klaim yang diharapkan, adalah perkalian dari keduanya:

$$\text{Premi Risiko} = \text{Jumlah Manfaat} \times \text{Probabilitas kejadian yang dipertanggungkan terjadi}$$

Premi sering dinyatakan sebagai proporsi dari jumlah manfaat, atau tarif premi, bukan sebagai jumlah mutlak, dan berlaku untuk jangka waktu tertentu. Jangka waktu mempengaruhi premi dengan mengubah peluang terjadinya kejadian yang diklaim. Dengan asuransi jiwa, misalnya, seseorang lebih mungkin meninggal selama jangka waktu 10 tahun daripada selama satu tahun. Kotak 1.7 memberikan contoh perhitungan premi risiko yang paling dasar.

**Kotak
1.6.*****Perbandingan Tiga Tarif Premi***

Pertimbangkan tiga premi berbeda ini:

- 1) US\$2,50 per polis untuk kematian dengan nilai manfaat US\$200 untuk satu jangka waktu pinjaman 4 bulan
- 2) Satu persen dari pinjaman yang dicairkan untuk jaminan penghapusan kredit untuk satu jangka waktu pinjaman 4 bulan
- 3) Tiga persen dari manfaat kematian untuk jaminan jiwa untuk satu tahun

Pada kasus pertama, tarif premi adalah per polis. Terlepas dari besarnya pinjaman, premi tetap sebesar US\$2,50. Hal ini layak jika manfaat, dalam hal ini US\$200, tidak berbeda dari satu polis ke polis lain.

Pada kasus kedua, jumlah premi tergantung pada besarnya pinjaman, dan ini layak bagi polis yang manfaat pertanggungannya langsung berhubungan dengan jumlah pinjaman seperti sebuah polis penghapusan kredit.

Perhatikan bahwa kedua tarif premi ini berlaku untuk satu jangka waktu pinjaman, yang dalam hal ini adalah empat bulan. Jika tarif premi tetap tidak berubah, premi untuk jaminan satu tahun pada kasus pertama adalah tiga kali US\$2,50, atau US\$7,50. Pada kasus kedua, jika seorang klien mengambil berturut-turut tiga pinjaman 4 bulan sebesar US\$200, US\$250 dan US\$300, premi untuk jaminan satu tahun adalah 1 persen dari penjumlahan ketiga jumlah tersebut yaitu US\$7,50. Meskipun jumlah uangnya sama pada kedua kasus, perhitungan preminya sangat berbeda.

Pada kasus ketiga, premi dinyatakan sebagai tarif tahunan dari manfaat. Biaya untuk manfaat sebesar US\$200 untuk satu tahun dalam hal ini adalah 3 persen dari US\$200, atau US\$6. Membandingkan ini dengan kasus kedua, manfaat yang dipertanggungkan berbeda. Dengan penghapusan kredit (kasus 2), manfaatnya adalah pinjaman yang belum dilunasi pada saat kematian, yang akan tergantung pada berapa besar pinjaman yang telah dilunasi. Namun demikian, kasus 3, mempunyai manfaat kematian yang tetap yang membayarkan jumlah yang sama kapanpun kematian terjadi, terlepas dari jumlah pinjaman yang belum dilunasi. Suatu tarif premi 4-bulan pada kasus ketiga dapat secara kasar diperkirakan sebesar sepertiga dari tarif tahunan, atau 1 persen. Namun tidaklah valid untuk membandingkan 1 persen ini dengan 1 persen pada kasus kedua, karena mereka adalah 1 persen dari hal yang berbeda.

Pada kasus 2, manfaat asuransi sama dengan saldo pinjaman yang belum dilunasi; sedangkan pada kasus 1 dan 3 jaminannya tetap.

Kotak 1.7.

Contoh Sederhana Perhitungan Premi Risiko

Contoh Sederhana Perhitungan Premi Risiko

Misalkan seorang petugas perusahaan asuransi menawarkan polis berjangka satu tahun dengan manfaat kematian sebesar US\$50. Seorang individu mengambil pertanggungan tersebut, dan ada dua persen peluang bahwa individu ini akan meninggal dalam tahun depan-dengan kata lain ada dua persen peluang bahwa pembayaran manfaat akan harus dilakukan di tahun depan. Oleh karena itu premi risiko untuk manfaat ini untuk jaminan satu tahun adalah dua persen dikali US\$50, yaitu US\$1.

Jika penanggung memiliki 100 klien dengan risiko kematian yang sama, semuanya dengan jumlah manfaat yang sama, penanggung akan menerima 100 premi risiko sebesar US\$1, atau US\$100. Dua persen dari 100 klien diduga akan meninggal (yaitu dua klien), dan klaim total sama dengan dua pembayaran atas jumlah manfaat ($US\$50 \times 2$ atau US\$100). Biaya klaim yang diharapkan sama dengan premi risiko.

Untuk keseluruhan kelompok, premi risiko adalah US\$100 dan total manfaat dipertanggungkan adalah US\$5.000 (100 polis senilai US\$50 per polis). Tarif premi risiko untuk kelompok tersebut adalah $100/5.000$, yang adalah dua persen dari jumlah manfaat. Dengan asumsi hal lain dianggap sama (yang seringkali tidak demikian!), penanggung dapat mengenakan 2 persen dari manfaat yang diusulkan sebagai premi risiko untuk setiap tingkat jaminan, sehingga premi untuk manfaat sebesar US\$100 adalah sebesar US\$2.

Premi Risiko untuk Kelompok Risiko Beragam. Dalam praktek, tidak semua individu dalam tampungan risiko memiliki peluang mengklaim yang sama. Hal ini berarti bahwa setiap individu secara teoritis akan membutuhkan premi risiko yang berbeda. Ada dua cara utama membicarakan isu ini:

- **Pendekatan individual:** seseorang dapat dikenakan premi risiko mereka sendiri berdasarkan biaya klaim yang mereka harapkan.
- **Pendekatan kelompok:** Total klaim yang diharapkan dapat dihitung untuk seluruh kelompok dan kemudian dibagi dengan jumlah manfaat ke dalam porsi yang sama sehingga setiap individu membayar tarif premi yang sama terlepas dari peluang klaim individu mereka.

Meskipun metodologi individual paling akurat, ini membutuhkan jumlah data dan kapasitas teknis yang signifikan untuk menerapkannya secara efektif. Metode penetapan harga kelompok sudah cukup dengan produk asuransi dasar, terutama karena penetapan harga secara individu akan menambah komplikasi administrasi yang signifikan. Faktor yang penting sekali adalah pihak penanggung menetapkan premi risiko sehingga hal itu menutupi klaim yang diharapkan untuk keseluruhan tampungan risiko. Kotak 1.8 menyoroti perbedaan antara pendekatan penetapan harga kelompok dan individu.

Kotak
1.8.**Metodologi Penetapan Tarif Kelompok dan Perorangan: Sebuah Perbandingan**

Misalkan tiga orang ikut serta dalam skema asuransi pemakaman dengan manfaat tetap sebesar US\$100. Peluang mereka meninggal dalam tahun depan masing-masing adalah satu persen, dua persen dan lima persen. Oleh karena itu, total biaya klaim yang diharapkan untuk kelompok tersebut adalah: $(1\% \times \text{US\$}100 = \text{US\$}1,00) + (2\% \times \text{US\$}100 = \text{US\$}2,00) + (5\% \times \text{US\$}100 = \text{US\$}5,00) = \text{US\$}8,00$

Di bawah pilihan pertama yang disebutkan di atas, mereka akan dikenakan masing-masing sebesar US\$1,00, US\$2,00 dan US\$5,00. Premi total yang diterima adalah US\$8,00.

Dalam suatu pendekatan penetapan harga kelompok, tarifnya dapat dihitung atas seluruh kelompok risiko. Sebagai contoh, biaya klaim yang diharapkan adalah US\$8. **Jumlah pertanggungan**⁴ adalah US\$300 untuk tiga polis senilai US\$100. Oleh karena itu tarif premi adalah $8/300 = 2,67$ persen atas seluruh kelompok. Setiap orang kemudian akan membayar tarif premi ini dikali jumlah manfaatnya (US\$100 untuk semuanya), sehingga masing-masing akan membayar US\$2,67. (Ingat bahwa premi total yang diterima untuk ketiga polis adalah US\$8,01, dengan kesalahan pembulatan sebesar satu sen.)

Pihak penanggung oleh karenanya menerima jumlah premi total yang sama pada kedua kasus, yang sama dengan klaim yang diharapkan. Perbedaannya adalah bahwa orang dengan risiko rendah dalam pendekatan penetapan harga kelompok secara efektif mensubsidi premi bagi pemegang polis risiko tinggi.

Probabilitas. Bagian yang sulit dalam menetapkan premi risiko adalah memperkirakan kemungkinan terjadinya kejadian yang dipertanggungkan. Memperkirakan peluang meninggal dunia, atau beberapa kejadian lain seperti cacat, sangatlah rumit. Pada perusahaan asuransi komersial, aktuaris melakukan fungsi ini dengan menggunakan teknik statistik dan matematika lanjutan. Peluang kematian berbeda antardaerah, menurut umur (orang yang lebih tua biasanya lebih mungkin meninggal daripada orang muda dalam jangka waktu tertentu), menurut jenis kelamin, dan menurut status sosial ekonomi dan pekerjaan. Peluang juga dipengaruhi oleh faktor risiko seperti HIV/AIDS, pecahnya perang, dan terjadinya banjir atau bencana alam yang lain.

Cadangan untuk berjaga-jaga. Jika memperkirakan peluang kejadian yang dipertanggungkan sangat sulit, atau jika terdapat ketidakpastian yang besar yang berhubungan dengan perkiraan tersebut, maka mungkin dapat memasukkan **marjin berjaga-jaga** dalam premi. Hal ini menggambarkan risiko yang lebih besar melekat dalam usaha ini. Semakin besar jumlah orang dalam kelompok risiko, semakin besar kemungkinan bahwa klaim yang sebenarnya akan mengikuti dekat sekali pada klaim yang diharapkan. Dikarenakan oleh **hukum angka-angka besar** ini, marjin berjaga-jaga yang dibutuhkan semakin kecil dengan tumbuhnya tampungan risiko tersebut.

4 *Jumlah pertanggungan*, juga dikenal dengan **manfaat yang dipertanggungkan**, merupakan jumlah penutupan pertanggungan yang diberikan oleh sebuah produk asuransi. Jika asuransi setara dengan portofolio pinjaman yang belum dilunasi, manfaat yang dipertanggungkan adalah jumlah semua manfaat individual.

Elemen lain dari Premi

Premi total ditentukan oleh premi risiko ditambah tiga unsur lain: a) biaya operasional, b) kontribusi untuk laba dan surplus, dan c) pendapatan investasi.

Biaya Operasi meliputi administrasi, biaya perolehan, jasa aktuaria, biaya pengumpulan premi, reasuransi dan penjaminan, dan biaya yang berhubungan dengan verifikasi klaim dan penerbitan perintah pembayaran (meskipun bukan jumlah klaim itu sendiri, yang diperhitungkan dalam premi risiko). Banyak fungsi-fungsi ini dibahas dalam bab-bab berikut. Biaya-biaya ini dapat dipecah ke dalam biaya berjalan dan biaya awal. Biaya awal biasanya lebih tinggi karena seringkali lebih mahal mendapatkan polis baru ke dalam pembukuan daripada mempertahankannya.

Perusahaan asuransi untuk laba membutuhkan **marjin keuntungan** yang masuk ke dalam premi mereka. Pihak penanggung dapat pula membutuhkan kontribusi untuk **surplus** atau modal jika ini dibutuhkan untuk menopang bisnis asuransi, misalnya untuk meningkatkan sistem komputerisasi atau memperluas operasi ke wilayah baru.

Dalam menghitung tingkat bunga untuk pinjaman, biaya modal harus dibayar dari tingkat bunga yang dikenakan pada peminjam. Dengan asuransi, hal sebaliknya dapat terjadi. Jika dana disimpan dalam cadangan untuk tujuan asuransi, **pendapatan investasi** yang dihasilkan pada cadangan tersebut dapat mengurangi tarif premi tersebut. Sumber pendapatan ini merupakan faktor yang lebih signifikan untuk polis jangka panjang dan polis dengan pembayaran premi sekali bayar.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| ✓ Cadangan untuk berjaga-jaga | ✓ Penetapan Tarif |
| ✓ Masa Tenggang | ✓ Cadangan |
| ✓ Asuransi Kelompok | ✓ Premi Berulang |
| ✓ Asuransi Individu | ✓ Premi Risiko |
| ✓ Hukum angka-angka besar | ✓ Premi tunggal |
| ✓ Biaya Operasional | ✓ Jumlah pertanggungan |
| ✓ Polis kedaluwarsa | ✓ Manfaat total |
| ✓ Probabilitas | |

1.5. Klaim

Premi risiko ini berdasarkan pada kemungkinan yang diperkirakan atas terjadinya kejadian yang dipertanggungjawabkan, dan karenanya ini adalah suatu estimasi. Penanggung mengambil peluang bahwa preminya cukup untuk memenuhi klaim, yang dikenal sebagai memikul risiko. Klaim yang timbul dianggap **pengalaman** pihak penanggung. Jika nilai klaim lebih tinggi daripada yang diharapkan, pemikul risiko akan merugi dan pengalaman klaimnya jelek.

Ketika mengevaluasi pengalaman klaim, premi harus dibandingkan dengan klaim yang berhubungan, yaitu, semua klaim yang timbul dari jangka waktu jaminan yang didanai oleh premi tersebut. Penting untuk dicatat bahwa klaim atas periode asuransi tertentu dapat timbul berbulan-bulan (atau bahkan bertahun-tahun) setelah berakhirnya jangka waktu tersebut, karena klaim tidak dapat segera disampaikan

pada penanggung. Oleh karena itu tingkat keuntungan dari suatu polis kelompok tertentu hanya dapat dinilai beberapa waktu kemudian, ketika semua klaim telah dilaporkan.

Ukuran utama untuk pengalaman klaim adalah **rasio klaim**, klaim aktual dibagi dengan klaim yang diharapkan (atau premi risiko). Penanggung umumnya lebih suka rasio yang kurang dari 100 persen-- yaitu, klaim aktual kurang dari klaim yang diharapkan. Namun demikian, karena asuransi terkait dengan probabilitas, kenyataan bahwa suatu produk menunjukkan suatu kerugian tidak lantas berarti bahwa produk tersebut diberi harga secara keliru -- meskipun bisa saja demikian. Kerugian dapat merupakan serangkaian kejadian yang kebetulan menyebabkan suatu ledakan klaim yang tidak diduga. Jika suatu produk terus menerus menunjukkan kerugian dari waktu ke waktu, maka ada lebih banyak alasan untuk menduga bahwa penetapan harganya keliru.

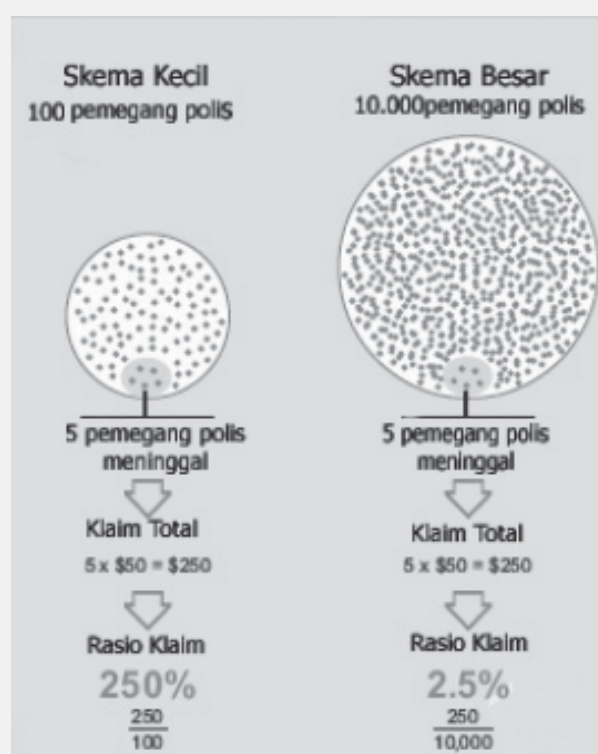
Menurut hukum angka-angka besar, semakin besar jumlah orang dalam kelompok risiko, semakin kecil varian dalam rasio klaim. Pengalaman klaim dari kelompok besar lebih dipercaya secara statistik daripada pengalaman klaim kelompok yang kecil. Jika sebuah kelompok risiko yang sangat besar menunjukkan kerugian yang relatif besar, produk tersebut mungkin diberikan harga dengan tidak benar, sedangkan kerugian pada sebuah portofolio kecil dapat disebabkan fluktuasi acak semata. Pada sebuah portofolio asuransi yang kecil, tambahan satu klaim dapat berarti perbedaan antara surplus dan kerugian besar. Risiko kovarian, di mana satu kejadian menyebabkan klaim berganda, merupakan bahaya khusus bagi portofolio asuransi yang kecil, seperti dijelaskan pada Kotak 1.9.

Kotak 1.9.

Pengaruh Risiko Kovarian menurut Besarnya Skema

Lima peserta dari 100 orang peserta skema manfaat pemakaian sebesar US\$50 (dijelaskan pada Kotak 1.7) meninggal dalam suatu kecelakaan sepeda motor. Tidak ada klaim lain yang muncul pada tahun itu. Klaim keseluruhan mencapai US\$250, yang sama dengan 250 persen dari klaim yang diharapkan. Rasio klaim untuk tahun tersebut adalah 250 persen.

Sekarang misalkan sebenarnya ada 10.000 anggota skema. Total premi risiko (dan klaim yang diharapkan) akan sama dengan US\$10.000. Jika lima orang yang sama meninggal, dan mereka adalah kelompok satu-satunya yang meninggal dalam jangka waktu tersebut, klaim total yang dibayar, US\$250, hanya 2.5 persen dari klaim yang diharapkan, dan pengaruhnya pada rasio klaim akan kecil.



Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman (*Experience rating*) merupakan penetapan premi dengan acuan pada pengalaman klaim yang sebenarnya dari kelompok asuransi. Metode ini merupakan mekanisme penetapan harga yang utama bagi para penanggung yang tidak mempunyai aktuaris atau alat yang canggih untuk analisis teknis. *Experience rating* membutuhkan perkiraan teoritis awal tentang tingkat premi dan beberapa pengalaman klaim yang secara statistik dapat dipercaya. Kredibilitas statistik membutuhkan kumpulan data yang besar. *Experience rating* sesuai jika masa lalu dianggap petunjuk masa depan yang baik, yaitu, jika tidak ada perubahan dalam faktor-faktor yang secara signifikan akan mengubah terjadinya kejadian yang diklaim di masa depan. Seperti ditunjukkan pada Kotak 1.10, memantau pengalaman klaim merupakan fase yang kritis dalam siklus pengembangan produk. Metode *experience rating* yang rinci dibahas pada Bab 7.

Kotak 1.10.

Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman dan Daur Perkembangan Produk

Mengingat bahaya yang melekat dalam bisnis menanggung risiko, perusahaan asuransi dan lembaga lain yang menanggung risiko harus memantau dengan ketat pengalaman mereka untuk memastikan bahwa skemanya dijalankan dengan suatu dasar yang berkelanjutan atau menguntungkan. Hal ini khususnya melibatkan langkah-langkah berikut bagi sebuah produk asuransi, dimulai dengan pengembangan awalnya.

- 1. Penilaian kelembagaan** atas kapasitas untuk mengembangkan suatu produk dan membentuk tim yang dibutuhkan
- 2. Riset pasar** untuk menentukan kebutuhan dan permintaan akan asuransi, dan untuk mengumpulkan informasi mengenai calon-calon nasabah. Informasi mengenai produk yang ditawarkan pesaing juga dibutuhkan.
- 3. Pengembangan produk**, termasuk pendefinisian dari kejadian yang dipertanggungkan, manfaat, kriteria elijibilitas, jangka waktu, dll dan penilaian atas kebutuhan operasional, pemenuhan ketentuan hukum, persyaratan modal.
- 4. Penetapan harga** atas premi risiko:
 - Perkirakan probabilitas kejadian yang dipertanggungkan, berdasarkan pada pengalaman penanggung lain, data penduduk umum atau sumber informasi lain yang diangkat untuk pasar yang dituju;
 - Kombinasikan dengan rancangan manfaat yang diinginkan untuk memperoleh premi risiko; dan
 - Tentukan anggaraan untuk biaya administrasi, pengeluaran-pengeluaran, hal-hal tak terduga, biaya dana dan pendapatan investasi
- 5. Kembangkan sistem**, materi pemasaran, pelatihan staf
- 6. Implementasikan** produk.
- 7. Pantau pengalaman klaim** saat mulai terjadi:
 - Bandingkan pengalaman klaim yang sebenarnya dengan yang diharapkan dalam basis premi dengan menggunakan penelitian pengalaman; dan

- Kembali ke langkah 2, sesuaikan basis premi sesuai penelitian pengalaman dan informasi baru lainnya mengenai pasar, faktor baru yang mempengaruhi risiko dan seterusnya.



ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|---------------|--|
| ✓ Rasio klaim | ✓ Penetapan Tarif berdasarkan Pengalaman |
| ✓ Pengalaman | ✓ Daur pengembangan produk |

1.6. Pertimbangan-Pertimbangan Lain

Konsep asuransi yang lain memerlukan pengantar singkat. Tiga isu yang didiskusikan dalam seksi ini adalah cadangan-cadangan, reasuransi dan sistem, dibicarakan hanya sepanjang mereka relevan bagi produk asuransi mikro yang diperkenalkan di belakang dalam manual ini. Untuk produk-produk lainnya, terutama asuransi jiwa jangka-panjang, isu-isu tersebut memerlukan pembahasan yang lebih detail dan kompleks.

Pencadangan

Cadangan adalah dana yang disisihkan oleh pengasuransi untuk beberapa alasan, termasuk untuk klaim dan keadaan darurat. Cadangan bahkan diperlukan bagi saldo klaim, yakni klaim yang telah dilaporkan tapi belum diselesaikan.

Apabila suatu LKM atau penyedia asuransi menerima premium di saat awal akad, sebagian dari premium tersebut harus disisihkan untuk membayar klaim yang diharapkan timbul dari pertanggungan. Akan tidak tepat untuk mencatat premi tersebut sebagai pendapatan atau kontribusi kepada laba apabila kejadian yang dipertanggungkan masih bisa terjadi di masa datang dan menimbulkan suatu klaim yang berjumlah besar. Cadangan klaim ini dapat dibagi ke dalam beberapa subgolongan, termasuk cadangan untuk periode pertanggungan yang belum lewat waktu dan cadangan untuk klaim yang sudah terjadi tapi belum dilaporkan.

Sebagai bagian dari perlindungan terhadap pengalaman klaim yang tidak menguntungkan, si penanggung resiko perlu memelihara cadangan untuk keperluan darurat. Dana ini berfungsi sebagai pelindung keuangan untuk klaim-klaim di luar dan di atas yang diharapkan. Penyedia asuransi kecil mungkin perlu memelihara cadangan untuk fluktuasi klaim untuk berlingkup dari pengalaman klaim yang berfluktuasi dari suatu penampungan resiko yang kecil.

Bagi perusahaan asuransi tradisional, regulator memantau jumlah yang ada di cadangan untuk meyakinkan bahwa pemberi asuransi dapat memenuhi kewajiban klaimnya di waktu yang akan datang dalam keadaan yang bagaimanapun.

Reasuransi

Hampir semua pemberi asuransi "mengasuransikan" dirinya melalui penyedia reasuransi. Pemberi reasuransi dengan restu modalnya yang lebih besar menanggung beberapa atau seluruh resiko dari para penyedia asuransi sebagai imbalan penerimaan premi reasuransi. Reasuransi dapat digunakan untuk mengendalikan resiko kovarian.

Bahkan apabila pengalaman para pemberi asuransi dapat dengan layak diperkirakan dan dikelola, selalu ada kemungkinan setitik kejadian malang yang bisa membangkrutkan pengasuransi. Reasuransi mengurangi kemungkinan terjadinya resiko ini—sehingga hampir selalu disarankan untuk mempunyai reasuransi.

Reasuransi juga merupakan sumber pengetahuan dan keahlian, karena mereka beroperasi secara global di banyak pasar. Akses kepada pengetahuan dan pengalaman inilah salah satu alasan mengapa kebanyakan pengasuransi mengambil reasuransi.

Sistem

Satu kata akhir mengenai sistem: keharusan SIM bagi asuransi lebih rumit daripada untuk pinjaman. Penetapan harga yang canggih, pemantauan dan penetapan peringkat memerlukan data yang komprehensif dan sistem analisis. Hal ini perlu untuk menjaga suatu bisnis asuransi pada pijakan keuangan yang sehat dan berkelanjutan. Walau metode yang sederhana dan praktis ada dan dapat diterapkan, produk asuransi seyogianya tidak ditawarkan tanpa kapasitas pemantauan. Banyak pengasuransi – bahkan perusahaan asuransi besar – berjuang untuk menjaga agar sistem datanya berfungsi dan mutakhir. Sementara rentang produk tumbuh dari sederhana menjadi kompleks, perhatian harus ditujukan untuk meyakinkan bahwa sistem pemantauan dan pengecekan yang ketat berjalan sama cepatnya dengan desain produk.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- ✓ Cadangan Klaim
- ✓ Cadangan darurat
- ✓ Reasuransi

Bacaan lebih lanjut tentang Dasar-Dasar Asuransi

Bacaan berikut dapat dipetik dari www.mip.org:

- Brown, W dan C. Churchill, 2000, *"Glossary of common insurance terms"*, Bethesda, Maryland, USA: Microenterprise Best Practises (MBP) Project, Development Alternatives/USAID
- Brown, W dan C. Churchill, 1999, *"Providing insurance to low-income households: Part 1: A primer on insurance principles and products,"*, Bethesda, Maryland, USA: Microenterprise Best Practises (MBP) Project, Development Alternatives/USAID
- Brown, W dan C. Churchill, 2000, *"Providing insurance to low-income households: Part 2: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor Bethesda"*, Bethesda, Maryland, USA: Microenterprise Best Practises (MBP) Project, Development Alternatives/USAID

Berikut ini tidak dapat dipetik dari internet, tapi menyajikan tinjauan yang detail mengenai dasar-dasar asuransi:

- Vaughan, E.J., dan T.M. Vaughan, 2002, *"Fundamentals of Risk and Insurance"*, 9th edition, John Wiley and Sons⁵

5 Harap diketahui ini adalah edisi yang terbaru dari buku ini, edisi sebelumnya pun cukup berguna

*Lampiran 1***Asuransi Lembu Pembajak – Contoh ADR-TOM**

Studi kasus asuransi mikro di Burkina Faso berikut diangkat dari sebuah makalah kerja ILO yang ditulis oleh M. Aliber & A. Ido. Makalah tersebut menggambarkan bagaimana prinsip-prinsip asuransi harus dikemas dalam desain produk. Keseluruhan studi dapat diunduh dari seksi publikasi www.ilo.org/socialfinance

Tidak ada tanda-tanda berfungsinya skema asuransi mikro untuk kerugian atau kerusakan properti dijumpai di Burkina Faso. Meskipun begitu, satu skema yang hampir punah telah diteliti, dan didiskusikan di sini dengan panjang lebar. Pentingnya skema ini terletak pada fakta bahwa ia telah berlangsung cukup lama (26 tahun) dan mempunyai fungsi yang penting, yakni memungkinkan petani mengganti lembu-pembajaknya yang mati karena penyakit.

Skema asuransi lembu-pembajak yang dimaksud dimulai pada tahun 1969 oleh sebuah LSM di Toma, di provinsi Nayala, sekitar 160 km barat laut Ouagadougou. Kawasan itu secara umum merupakan daerah pertanian yang subur, tapi agak terisolasi. LSM tersebut didirikan pada tahun 1966 oleh seorang rohaniwan Belanda, semula dikenal sebagai "Proyek Toma". Tujuan utama organisasi — kemudian disebut sebagai ADR-TOM (*Association pour le Developpement de la Region de Toma*)—adalah membantu petani lokal melalui pelatihan dan pendanaan pertanian, tetapi juga melakukan kegiatan peningkatan kesehatan dan, di pertengahan 1970-an, membentuk sebuah koperasi simpan-pinjam.

Kegiatan utama dari program pertaniannya adalah pelatihan petani dalam pemeliharaan dan penggunaan yang efektif dari lembu-pembajak, memperkenalkan petani dengan pembentukan pasangan lembu dan peralatan yang diperlukan, dan menyediakan perawatan kesehatan hewan. Para peserta pelatihan diorganisasikan dalam kelompok-kelompok desa, yang bertindak sebagai unit-unit asuransi selama masih bisa berjalan. Peserta rombongan pertama dilatih tahun 1969, dan kegiatan peminjaman dimulai segera setelah itu. Skema asuransi-pelatihan-peminjaman tumbuh secara pasti selama 2 dasawarsa berikutnya, mencapai puncaknya di akhir 1980-an dengan lebih kurang 100 petani dibantu setiap tahunnya. Diperkirakan bahwa antara 1980-1988, ADR-TOM telah memperlengkapi dan menjamin 4 sampai 8 % petani di seluruh provinsi, yang merupakan pencapaian yang mengesankan. Dengan mengesampingkan beberapa kelemahan desain teknis yang akan dikemukakan di bawah, dapat dilihat bahwa asuransi lembu-pembajak dapat hidup cukup lama karena manajemen yang kuat, merupakan organisasi yang didukung anggota secara bersemangat, karena dinilai tinggi oleh para petani sendiri.

Di medio 1990-an perebutan pimpinan menggoncang ADR-TOM, mengakibatkan menurunnya pelunasan kredit, keterpaksaan mengurangi banyak staf inti, dan tidak berfungsinya organisasi secara umum. Pembiayaan dan penjaminan lembu-pembajak berakhir di tahun 1995. Krisis kepemimpinan menghabiskan waktu 2-3 tahun untuk menyelesaikannya, dan organisasi belum dapat memulihkan kekuatan dan dinamisnya seperti semula.

Elemen Dasar

Skema asuransi lembu-pembajak dirancang sebagai kewajiban dari program pelatihan penggunaan lembu-pembajak dan untuk melengkapi lembu dengan pasangan dan peralatan yang dibiayai dengan mengambil pinjaman. Pedoman dari program adalah bahwa orang membutuhkan sepasang lembu untuk bertani secara efektif. Pinjaman tersebut diangsur dalam 7 tahun, yang merupakan umur normal dari seekor lembu-pembajak. Hanya orang yang menikah dan punya anak yang elijibel, dan setiap tahun peserta dipilih dari satu atau dua desa dan diorganisasikan dalam kelompok-kelompok, yang beranggotakan tetap selama waktu pelatihan dan sesudahnya. Anggota kelompok yang "ideal" adalah 8-10 anggota, tapi dalam praktek terdiri dari 2 sampai 74 orang.

Agar bisa memperoleh pinjaman, seorang yang mau berhasil jadi peserta diwajibkan untuk memiliki lembu, dengan uangnya sendiri, untuk diperiksa kesehatannya. Apabila dokter hewan menyetujui lembu yang dibelinya, si petani akan diberi satu buku petunjuk (*booklet*) untuk setiap lembunya, di mana semua tindakan harus dicatat, dan dari mana dapat dilihat apakah si petani melakukan tindakan pencegahan yang cukup terhadap penyakit. Tiap kelompok mempunyai sebuah rekening asuransi yang disimpan di ADR-TOM, yang berfungsi sebagai rekening simpanan untuk jaminan asuransi. Tiap kelompok memelihara *booklet*nya masing-masing, di mana semua transaksi masuk dan keluar rekening dicatat. Rekening tersebut merupakan penampungan iuran tahunan anggota, ataupun subsidi tidak tetap dari ADR-TOM. Di awal dan pertengahan 1980-an, iuran tahunan anggota adalah 5.000 FCFA, yang dianggap sebagai premi penutupan asuransi. Subsidi sebesar 8.000 sampai 14.000 FCFA diberikan kepada dana setiap kelompok, tetapi kelihatannya tidak ada lagi setelah tahun 1982-1983.

Apabila seekor lembu mati, prosedurnya adalah sebagai berikut. Pertama, pemeriksaan dokter hewan dilakukan untuk meyakinkan bahwa kematiannya bukan disebabkan karena kealpaan. Apabila si dokter hewan mengeluarkan sertifikat bebas-kealpaan, si pemilik lembu dapat menarik dana dari rekening asuransi kelompoknya. Kedua, bila si dokter hewan meyakini bahwa karkasnya aman untuk dikonsumsi manusia, karkas akan dijual, biasanya disaksikan oleh seluruh anggota kelompok. Ketiga, setiap anggota kelompok akan menyumbang sejumlah tertentu untuk pembelian lembu pengganti. Sejak pertengahan 1980-an, sumbangan ini adalah 500 FCFA per anggota. Keempat, ketua kelompok bertanggung jawab untuk membeli seekor lembu pengganti, memperhitungkan hasil penjualan karkas, sumbangan dari anggota lainnya, dan mengambil kekurangannya dari dana asuransi kelompok.

Pada pertengahan 1980-an, satu paket terdiri dari sepasang lembu dan peralatannya berharga 155.000 FCFA, dari mana kira-kira separohnya adalah harga lembunya. Dengan melihat iuran tahunan per anggota sebesar 5.000 FCFA, premi tahunan adalah sebesar 6-7% dari harga pasangan lembu yang ditanggung, walau tarifnya menjadi lebih tinggi di tahun-tahun berikutnya karena menurunnya harga ternak.

Kinerja Keseluruhan

Adalah tidak mungkin untuk melakukan evaluasi yang menyeluruh atas skema asuransi lembu-pembajak ADR-TOM, karena hanya tinggal ada beberapa orang pegawai yang bisa diwawancarai dan catatan organisasi yang tidak lengkap. Catatan sebagian terdapat untuk tahun 1981 sampai

1994, untuk 75 kelompok beranggotakan 900 orang, yang merupakan mayoritas peserta untuk waktu itu. Meskipun begitu, kualitas dari catatan tidak mencukupi untuk menarik suatu kesimpulan tentang apa yang telah terjadi pada kelompok-kelompok tertentu, ataupun pada skema itu secara keseluruhan.

Meskipun begitu, bagaimanapun terbatasnya informasi, satu gambaran yang muncul adalah sebuah skema, yang walau mengandung beberapa ketidak-sempurnaan, tetapi cukup kuat. Yang paling mengesankan adalah fakta bahwa ia dapat hidup selama jangka waktu lama dengan bantuan subsidi yang tidak tentu, dan menjadi tidak berfungsi karena sebab-sebab di luar desain skema itu sendiri. Tidak seluruh anggota memberi sumbangan yang sama kepada etika bersama, dan banyak anggota yang susah payah mencoba mengerti prinsip-prinsip dari sistem asuransi. Catatan yang ada mengungkapkan bahwa, dalam banyak kelompok, iuran tahunan sama sekali tidak dilakukan oleh semua anggota secara berkala, walau tidak jelas insentif apa yang membuat anggota yang menunggak terus ikut serta sampai akhir.

Salah satu masalah terbesar nampaknya adalah bahwa kebanyakan kelompok terlalu kecil untuk bisa menyediakan pengumpulan resiko yang cukup. Sekitar sepertiga dari 75 kelompok itu mempunyai anggota 7 orang atau kurang. Kelompok kecil tidak dapat mengumpulkan kontribusi tahunan yang cukup untuk membeli seekor lembu pengganti. Tidak mengherankan bila umur kelompok yang kecil lebih singkat. Rata-rata umur kelompok yang beranggotakan 7 orang atau kurang adalah 2,8 tahun, berbeda dengan kelompok yang beranggotakan 8 orang atau lebih, 7,5 tahun. Analisis ekonometri sederhana menunjukkan bahwa umur kelompok merupakan fungsi menaik dari jumlah anggota, tapi dengan tingkat yang menurun, dengan jumlah anggota optimal di atas rata-rata 12 orang.

Dengan melihat seluruh data, tingkat kematian lembu adalah 1,25%, berarti bahwa pada satu tahun tertentu, hanya 1,25% lembu yang dibeli dengan skema itu mungkin mati. Hal ini menunjukkan bahwa premi yang ditarik terlalu tinggi dibanding perhitungan aktuarial. Perhitungan aktuarial yang layak menunjukkan bahwa premi seharusnya mendekati 1.000 FCFA, atau seperlima dari yang dikenakan sesungguhnya. Memperhitungkan sumbangan per anggota sebesar 500 FCFA pada saat kematian lembu seorang anggota, dan hasil penjualan karkas, premi semestinya dapat diturunkan menjadi kurang dari 700 FCFA.

Orang dapat menduga bahwa tingkat premi yang tinggi adalah upaya untuk mengkompensasi jumlah anggota kelompok yang tidak mencukupi, sehingga kelompok dapat membeli hewan pengganti walaupun hanya ada sedikit anggota yang menyumbang. Walaupun begitu, konsekuensi dari strategi ini adalah, yang dalam banyak kasus tidak berhasil diterapkan pada kelompok-kelompok kecil, membiarkan kelompok-kelompok yang lebih besar mempunyai simpanan berlebih, yang akhirnya menyebabkan menurunnya animo untuk menabung bagi sejumlah anggota. Disebabkan bervariasinya jumlah anggota per kelompok, sebagian menjadi kekurangan jaminan (*under-insured*) dan sebagian lain kelebihan jaminan (*over-insured*), mengakibatkan inefisiensi secara keseluruhan. Tanpa memperhatikan kegagalan sebagian besar kelompok, jumlah "simpanan" di rekening asuransi kelompok yang ada adalah sebesar 5,9 juta FCFA, cukup untuk membeli empat kali rata-rata jumlah lembu yang diperkirakan mati per tahun.

Implikasinya adalah bila jumlah minimum anggota kelompok ditetapkan (misalnya sekitar 15 atau 20), atau, lebih baik lagi, bila suatu mekanisme ditetapkan untuk menampung resiko

antarkelompok, maka tingkat premi yang jauh lebih rendah bisa dikenakan dan seluruh skema akan dapat berlangsung lebih berkelanjutan. Menampung resiko silang-kelompok, yang berarti meliputi wilayah geografis yang lebih luas, juga akan mempunyai keuntungan mengurangi tingginya resiko kovarian di dalam kelompok berdasarkan desa.

Kelemahan yang kedua dari skema tersebut, paling tidak secara prinsip, adalah bahwa asuransi meliputi seluruh jangka waktu pinjaman, berarti sepanjang umur produktif dari lembu. Masalah terkait dengan pendekatan ini adalah bahwa resiko kematian binatang meningkat dengan tajam sejak umur 5 tahun, berarti bahwa skema itu menanggung kejadian yang sudah hampir terjadi. Pendekatan alternatif seharusnya mendefinisikan apa "kematian prematur" bagi lembu, dan hanya menanggung untuk jangka waktu tersebut, atau membedakan besarnya premi berdasarkan umur hewan yang ditanggung.

Di lain pihak, dapat dikatakan, bahwa skema tersebut bukanlah hanya suatu mekanisme asuransi, tapi juga wahana bagi kelompok untuk menabung bagi lembu pengganti. Mekanisme tabungan wajib semacam itu akan merupakan sebuah gagasan yang bagus, tapi desain dari sistem nampaknya tidak sesuai untuk itu, terutama karena tabungan kelompok dikelola untuk kepentingan bersama, tidak di atasnamakan setiap anggota.

Persepsi Para Anggota

Beberapa petani mantan peserta skema tersebut telah diwawancarai. Tanpa kecuali, mereka mengatakan bahwa skema tersebut telah menjalankan fungsi yang bernilai, dan komponen asuransi sendiri juga berharga. Dua orang di antaranya telah memperoleh lembu pengganti, dan beberapa orang lainnya menjadi anggota kelompok di mana anggota lainnya menerima manfaat.

Waktu ditanya apakah ingin melihat skema tersebut dihidupkan kembali, juga semuanya menjawab setuju. Meskipun begitu, ada dua reaksi lain. Pertama, beberapa orang menekankan perlunya pendidikan, karena mereka melihat banyak peserta dulu tidak cukup memahami prinsip-prinsip dari skemanya.

Kedua, beberapa orang menyatakan bahwa apabila skema itu diperkenalkan kembali, maka, seperti dulu, mereka diharuskan untuk ikut. Mungkin maksud mereka adalah bahwa asuransi harus menjadi kewajiban bagi mereka yang memperoleh pinjaman untuk membeli lembu, tapi di samping itu mereka mengakui, bahwa apabila ada opsi, mereka tidak akan ikut dalam asuransi walaupun tahu bahwa itu program yang bagus. Seperti di banyak situasi lain, sensibilitas jangka-panjang orang dapat dibelokkan oleh keinginan jangka-pendek, dan perjanjian yang mengikat memberikan perlindungan dibelokkan oleh keputusan jangka-pendek yang berlawanan dengan pertimbangan yang lebih baik dari perspektif jangka panjang. Usul yang aneh dari para petani—bahwa mereka harus dipaksa ikut ke dalam skema demi kebaikan mereka sendiri—dalam kenyataannya terkait dengan dimensi yang dalam dan kurang dihargai dari perilaku ekonomi. Implikasinya bagi desain, bagaimanapun juga, tidak semuanya jelas.

Menghadapi Bahaya Moral dan Seleksi Terbalik

Pertahanan utama melawan bahaya moral dalam skema asuransi lembu-pembajak dari ADR-TOM adalah perhatian kepada perawatan kesehatan hewan selama hidupnya, dan pemeriksaan kesehatan hewan yang diharuskan pada saat matinya seekor lembu. Sebagai tambahan, kemungkinan terjadinya bahaya moral—yakni keteledoran dalam perawatan lembu—telah dihilangkan dengan sifat skema kelompok. Diasumsikan, karena hidup di desa yang sama, semua anggota saling tahu bagaimana praktek mereka merawat hewan. Satu fitur dari skema merupakan perlindungan yang baik terhadap bahaya moral adalah kehadiran semua anggota kelompok pada saat penjualan karkas lembu yang mati. Alasan yang jelas adalah untuk meyakinkan bahwa harga terbaiklah yang diperoleh dari penjualan, menghindarkan dana asuransi kelompok dikurangi lebih banyak dari yang diperlukan.

Akhirnya, sumbangan 500 FCFA per anggota atas kematian seekor lembu, yang dilakukan sebelum pembelian lembu pengganti, dapat dianggap sebagai jumlah pengurang (*deductible*).

Jumlah pengurang khususnya memaksa pihak bertanggung untuk menanggung sebagian biaya klaim, dan ini menghindarkan bahaya moral. Dalam kasus ini jumlah pengurang tidak hanya dibayar oleh orang yang mengajukan klaim, tapi oleh seluruh anggota kelompok. Adaptasi yang cerdas ini menekankan fungsi kelompok dalam menekan bahaya moral.

Masalah seleksi terbalik tidak memerlukan perhatian yang signifikan dalam skema ini karena lembu yang diasuransikan dibeli dengan pinjaman, yang harus dilunasi oleh petani, tanpa melihat status kesehatannya atau apakah mati dalam waktu singkat. Tambahan lagi, asuransi dirancang untuk membayar dalam natura, yakni hewan pengganti, bukan dengan uang tunai, yang mengurangi resiko seleksi terbalik. Proyek itu nampaknya juga menggunakan seleksi positif dengan hanya membolehkan peserta pendidikan yang punya anak untuk ikut. Hal ini mungkin didasarkan anggapan, bahwa seorang ayah umumnya lebih terikat ada pertanian dan lebih kecil kemungkinannya migrasi ketimbang bujangan yang tidak punya tanggungan.

Pertanyaan Lebih Jauh dan Arah ke Masa Depan

Satu pertanyaan kunci terhadap skema ini adalah apakah ia akan diperkenalkan kembali di Burkina Faso. Terdapat cukup bukti bahwa skema ini telah berfungsi dengan baik, dan terus ada permintaan di Toma dan tempat lain. Juga ada keyakinan bahwa skema ADR-TOM bisa diperluas dengan sedikit perbaikan-perbaikan. Dengan berkembangnya LKM di Burkina Faso, mungkin sudah pada saatnya untuk melakukan inisiatif tersebut. Sayangnya, ADR-TOM tetap terlalu lemah untuk melaksanakan langkah yang ambisius ini.

Dapatkah skema asuransi yang serupa dipisahkan dari program pinjaman? Apakah mungkin menyediakan asuransi menggunakan pendekatan ADR-TOM, di mana semua orang elijibel, tanpa melihat bagaimana mereka membeli sapi? Apabila preminya layak, akan ada permintaan yang besar akan produk tersebut. Agar lebih berarti, dapatkah skema itu diperluas untuk mengakomodasi resiko dari hewan lain, seperti keledai, atau mungkin sapi yang lain? Meskipun begitu, kemungkinan skema semacam ini tidak dapat diperluas menanggung kerugian ternak akibat pencurian. Walau pencurian ternak merupakan masalah, dan kelihatannya makin parah, bahaya moral akan lebih susah dilacak karena sukar untuk melihat apakah si pemilik melakukan tindakan pencegahan yang cukup.

Pertanyaan lebih jauh, apakah peran kelompok desa yang bisa dilakukan dalam skema semacam ini, bila, seperti disarankan di atas, penampungan resiko perlu diperluas melebihi kelompok-kelompok satu desa agar menjadi mampu dan berkelanjutan, dapatkah fungsi kelompok tetap menjadi pengendali bahaya moral? Hal ini tetap merupakan wilayah abu-abu, tapi penting. Seperti dibicarakan di atas, aspek kelompok dari skema mungkin berperan sangat berharga, walaupun penampungan resiko yang terbatas yang mungkin dilakukan untuk kelompok-kelompok kecil adalah sesuatu yang tidak bisa mereka kerjakan.

PRASYARAT ASURANSI

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Menemukenali kapasitas kelembagaan yang dibutuhkan LKM untuk memasuki sebuah bisnis jenis baru
- ☐ Membangun pemahaman awal tentang bagaimana menjajaki permintaan akan asuransi
- ☐ Menekankan kebutuhan untuk mengumpulkan informasi tentang potensi pesaing dan rekanan
- ☐ Mengkaji adanya peraturan terkait yang dapat berdampak pada penyediaan asuransi mikro

Bab I telah memaparkan tinjauan tentang dasar-dasar dan praktek-praktek asuransi – meskipun hanyalah ringkasan sekilas, di mana secara jelas disebutkan bahwa asuransi adalah bisnis yang kompleks dan beresiko. Bab ini memperkenalkan lima persyaratan yang harus dimiliki sebelum sebuah lembaga keuangan mikro (LKM) mempertimbangkan untuk mengembangkan sebuah produk asuransi:

1. Kapasitas dan kompetensi untuk memasuki sebuah bisnis jenis baru
2. Konfirmasi yang meyakinkan bahwa terdapat permintaan untuk asuransi
3. Informasi tentang potensi pesaing dan mitra
4. Kepastian bahwa penyediaan asuransi dapat diterima oleh otoritas pengatur
5. Akses terhadap data yang cukup sebagai pertimbangan keputusan penetapan harga yang sehat

2.1. Apakah LKM memiliki Kapasitas untuk Menawarkan Asuransi?

Semua lembaga keuangan seharusnya melakukan sebuah pemawasan-diri sebelum melakukan perubahan signifikan apa pun terhadap bisnisnya, terutama saat menambah atau mengubah produk. Dampak dari suatu penambahan atau perubahan dapat menyebabkan permasalahan yang serius dalam sistem, kebijakan, prosedur, personel, dan manajemen.

Asuransi mikro, bagaimanapun, bukanlah sekedar sebuah produk keuangan baru untuk LKM – asuransi adalah benar-benar sebuah bisnis yang baru secara keseluruhan. Maka sebuah penilaian-diri untuk mempersiapkannya adalah benar-benar hal krusial yang harus dilakukan LKM yang tertarik untuk memasuki bisnis asuransi. Sebuah penilaian dibutuhkan bukan hanya sekedar menilai apakah sebuah LKM dapat mengelola bisnis, tetapi juga membantu menentukan kapasitas dan infrastruktur apa yang dibutuhkan untuk dapat melakukan bisnis tersebut secara efektif.

Kerangka kerja penilaian berikut membantu menentukan apakah suatu LKM memiliki kapasitas untuk menambahkan asuransi mikro ke dalam bisnis yang sudah ia lakukan sebelumnya⁶. Ia menyimpulkan

6 Brand, 2001, "Pedoman MBP bagi Pengembangan Produk Baru", USAID's Microfinance Best Practices Project, DAI, Bethesda, MD. Tersedia pada www.mbp.org

persyaratan kunci kelembagaan untuk tujuh bidang operasional yang perlu dimiliki sebelum sebuah LKM mengembangkan sebuah produk asuransi:

- a. Strategi Kelembagaan
- b. Kesehatan Keuangan
- c. Budaya Organisasi
- d. Sumberdaya Manusia
- e. Jaringan pelayanan
- f. Sistem
- g. Pemasaran

Dalam menggunakan kerangka kerja ini, pertimbangkan situasi LKM saat ini maupun kemungkinan gangguan atau perubahan yang disebabkan oleh implementasi sebuah produk asuransi.

Strategi Kelembagaan

Sebuah produk baru harus secara jelas dipertimbangkan kesesuaiannya dengan misi lembaga dan sejalan dengan rencana bisnis jangka panjang. Karena proyeksi bisnis dan pemantauan berkala untuk produk asuransi adalah sangat penting, maka LKM seharusnya telah melaksanakan proyeksi dan analisis profitabilitas atas produk yang sudah ada.

Apakah penyediaan asuransi akan membantu LKM untuk mencapai misinya? ☐

Apakah pengembangan dan implementasi produk asuransi adalah bagian dari rencana strategi lembaga? ☐

Apakah LKM menggunakan model-model proyeksi untuk setiap produk? ☐

Apakah LKM berorientasi komersial, sehingga karenanya menetapkan harga bagi produk asuransi mencakup seluruh biaya pelaksanaannya? ☐

Kesehatan Keuangan

Mungkin kurang tepat bagi LKM yang sedang mengalami kerugian untuk mempertimbangkan memasuki bidang bisnis asuransi yang belum dikenalnya. Masalah-masalah terkait kualitas portofolio pinjaman yang sedang dihadapi merupakan indikasi lain yang menunjukkan bahwa sebaiknya LKM melakukan perbaikan di bidang jasa yang telah digelutinya sekarang, daripada memasuki dan mengembangkan bidang-bidang baru. Dan jika LKM belum menemukan cara untuk mengendalikan resiko kreditnya, kemungkinannya kecil untuk dapat berhasil dalam mengendalikan seleksi terbalik yang merugikan, bahaya moral, dan resiko-resiko asuransi yang lain.

Apakah LKM menguntungkan atau hampir menguntungkan? ☐

Apakah organisasi memiliki rekam-jejak yang kuat pada kualitas portofolio? ☐

Budaya Organisasi

Pengembangan dan peluncuran produk asuransi yang sukses membutuhkan sebuah budaya organisasi yang memiliki komunikasi yang bagus, kendali yang kuat, dan prosedur-prosedur operasional formal. Komunikasi dibutuhkan untuk melibatkan staf ke dalam proses pengembangan, memungkinkan mereka

untuk menyuarakan perhatian mereka, dan untuk mendorong umpan-balik yang berkelanjutan dari lapangan. Sebuah LKM perlu memiliki kontrol yang kuat untuk meminimalkan resiko kecurangan, yang akan meningkat dengan adanya penambahan sebuah produk baru. Terlebih lagi, tidak terdapat kebebasan yang luas untuk melakukan interpretasi lokal atas produk asuransi; sehingga staf harus memperkenalkan dan mengelola produk dengan langkah-langkah yang konsisten dengan kebijakan yang telah ditetapkan. Budaya ketaatan yang kuat terhadap kebijakan yang tertulis oleh karenanya menjadi persyaratan bagi pelaksanaan asuransi.

- | | |
|---|--------------------------|
| Apakah organisasi memiliki saluran-saluran yang efektif untuk melakukan komunikasi vertikal dan horisontal, yakni komunikasi ke atas hirarki organisasi dan antar karyawan pada tingkat yang sama dalam hirarki organisasi? | ☐ |
| Apakah terdapat budaya pengendalian intern yang kuat? | ☐ |
| Apakah LKM telah berhasil menghindari sebagian besar masalah kecurangan? | ☐ |
| Apakah staf mengikuti standar, terdapat prosedur operasi yang tertulis dengan jelas, dan apakah seluruh bagian menggunakan standar yang sama? | ☐ |

Sumberdaya Manusia

Karena seringkali staf lapangan harus menerangkan dan menjual produk asuransi kepada nasabah, mereka harus memiliki pemahaman yang rinci tentang asuransi dan komitmen pada bisnis asuransi. Pengenalan produk baru dapat jadi penghalang jika anggota staf memiliki sifat untuk melawan perubahan. Sebagai tambahan, asuransi membutuhkan beberapa ketrampilan teknis yang mungkin jarang ditemukan dalam LKM.

- | | |
|---|--------------------------|
| Apakah LKM mampu menyediakan pelatihan asuransi bagi stafnya? | ☐ |
| Apakah para pegawai terbuka terhadap gagasan-gagasan dan produk baru? | ☐ |
| Dapatkah LKM mengakses kemampuan aktuaria dan ketrampilan teknis lain yang dibutuhkan untuk mendukung asuransi? | ☐ |

Jejaring Pelayanan

Produk asuransi seharusnya dan sedapat mungkin terintegrasi ke dalam kegiatan LKM yang ada, sehingga tidak membutuhkan adanya struktur dan staf baru. Cara yang paling efisien untuk memenuhi tujuan ini adalah untuk mengaitkan implementasi asuransi dengan produk kredit atau tabungan yang ada. Walaupun tidak menjadi sebuah persyaratan, budaya organisasi adalah sebuah isu yang dipertimbangkan. Struktur yang terdesentralisasi biasanya lebih responsif terhadap klien, sedangkan struktur yang tersentralisasi seringkali menyediakan pengawasan yang lebih baik. Jika pengawasan kuat, sistem yang terdesentralisasi adalah pilihan yang lebih baik untuk diambil.

- | | |
|--|--------------------------|
| Dapatkah LKM menyediakan jasa asuransi secara efisien sehingga penambahan pengeluaran baru yang signifikan tidak perlu dilakukan? | ☐ |
| Apakah dampak yang diakibatkan tambahan produk asuransi terhadap pemberian dan kinerja dari produk-produk keuangan yang sudah ada? | ☐ |
| Apakah sistem-sistem tersentralisasi atau terdesentralisasi, dan apakah implikasinya bagi penyediaan asuransi? | ☐ |

Sistem

Peluncuran asuransi akan mengakibatkan gangguan dan membutuhkan penyesuaian terhadap arus kerja yang biasa berjalan di dalam organisasi. Secara khusus, kapasitas keuangan, sistem informasi manajemen (MIS) dan bagian audit internal yang menangani produk baru harus dianalisis. Bagian keuangan tidak hanya perlu untuk memantau pendapatan dan pengeluaran per basis produk, tapi juga perlu untuk mengisolasi klaim-klaim dan cadangan untuk keperluan tak terduga. Sistem informasi yang efektif adalah sangat penting – data dibutuhkan untuk membantu LKM menelusuri pengalaman dan menilai kinerja produk. Lebih lanjut, sebuah divisi yang kuat dan efektif merupakan syarat untuk meluncurkan asuransi.

Dapatkah LKM menilai dampak operasional dari produk asuransi?	☐
Apakah pendapatan dan pengeluaran dipisahkan per produk keuangan?	☐
Apakah organisasi memiliki disiplin untuk mengelola cadangan asuransi?	☐
Apakah organisasi menghasilkan laporan keuangan dan laporan portofolio yang akurat dan tepat waktu untuk produk-produknya yang ada saat ini?	☐
Apakah sistem informasi dapat dengan mudah digunakan untuk menelusuri dan melaporkan data terkait asuransi?	☐
Apakah sistem dapat digunakan untuk menyediakan data tentang peraturan di waktu dan tempat yang dibutuhkan?	☐
Apakah terdapat fungsi audit internal yang kuat?	☐

Pemasaran

Sebuah produk asuransi tidak akan sukses jika nasabah tidak memerlukan atau menginginkannya, atau jika mereka tidak berhasil diyakinkan bahwa mereka membutuhkan atau menginginkannya. LKM harus menghasilkan konsep produk awal langsung dari para nasabah, sehingga meningkatkan kemungkinan bahwa nasabah akan benar-benar membeli produk tersebut. Langkah pertama adalah melaksanakan penelitian kapasitas pasar untuk menganalisis permintaan nasabah. Kedua, menerjemahkan informasi tersebut pada pengembangan produk yang efektif. Sebuah proses pengembangan produk, mencakup uji coba awal yang hati-hati, akan memastikan bahwa produk dirancang dengan baik sebelum ia ditawarkan oleh lembaga⁷. Ketiga, staf garis depan membutuhkan ketrampilan dan pesan-pesan pemasaran untuk menyampaikan pada para nasabah bagaimana produk tersebut dapat memuaskan kebutuhan mereka.

Apakah LKM memiliki metode penelitian pasar yang efektif untuk mempelajari perilaku dan preferensi nasabah?	☐
Apakah lembaga melakukan sebuah proses pengembangan produk yang sistematis, termasuk pengujian awal?	☐
Masalah apa yang telah dialami oleh LKM saat memperkenalkan produk baru lain dan pelajaran apa yang dipelajarinya dari pengalaman-pengalaman tersebut?	☐
Apakah staf menggunakan teknik penjualan yang efektif saat memasarkan produk-produk mereka selama ini?	☐

⁷ Untuk rincian lebih tentang pengembangan produk baru dalam keuangan mikro, lihat dua publikasi pada tahun 1998 oleh Monica Brand: "New Product Development for Microfinance: Design, Testing and Launch," dan "New Product Development for Microfinance: Evaluation and Preparation." Keduanya dipublikasikan oleh Microenterprise Best Practices (MBP) Project, Development Alternatives – USAID, Bethesda, Maryland, USA, dan tersedia secara gratis di www.mbp.org

2.2. Apakah terdapat Permintaan akan Asuransi Mikro?

Kapasitas lembaga untuk menentukan adanya permintaan akan asuransi adalah satu hal penting, tetapi yang lebih penting lagi adalah apakah asuransi adalah sebuah jasa yang benar-benar diinginkan oleh rumah tangga berpenghasilan rendah? Peryaratannya kedua adalah untuk menilai permintaan asuransi di antara nasabah yang ada dan nasabah prospektif. Pada tahap awal, sebuah penilaian atas permintaan melibatkan tiga elemen primer:

- a. Menentukan resiko apa yang paling rentan atau yang paling memerlukan perhatian
- b. Memastikan bagaimana mereka saat ini mengatasi resiko-resiko itu, dan apakah mereka puas dengan metode mengatasi resiko tersebut.
- c. Menilai pemahaman yang dimiliki target pasar saat ini tentang asuransi – apakah mereka telah memiliki pengalaman dengannya dan apakah mereka telah memiliki persepsi negatif?

Elemen pertama yang menentukan apakah resiko-resiko yang menjadi perhatian nasabah sama dengan resiko yang ingin dijamin oleh LKM – jika kekhawatiran utama mereka adalah membayar biaya-biaya pengobatan dan LKM ingin menawarkan asuransi jiwa, maka akan terdapat masalah. Kedua, jika nasabah saat ini telah nyaman dengan mekanisme pemecahan masalah mereka, maka mereka mungkin tidak tertarik dengan pendekatan yang lain. Ketiga, adalah penting untuk menentukan sejauh mana nasabah mengenal mekanisme penampungan resiko yang ditawarkan asuransi dan apakah mereka terbuka terhadap pendekatan tersebut. Ketidakknowledgean tidak selalu menurunkan permintaan, tetapi mengindikasikan bahwa teknik pemasaran membutuhkan sebuah komponen pendidikan yang signifikan. Jika nasabah memiliki atau pernah memiliki polis asuransi sebelumnya dari manapun, maka hal tersebut merupakan informasi yang penting mengenai keberadaan penyedia asuransi yang lain, juga informasi mengenai fitur produk yang disukai dan tidak disukai oleh nasabah.

Pertimbangan Permintaan

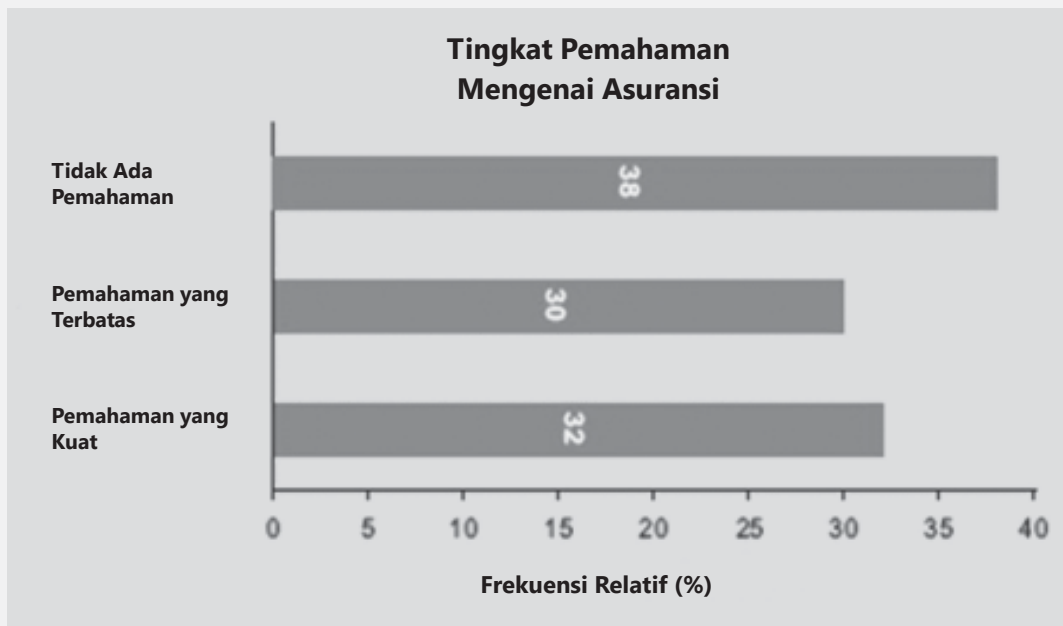
Meskipun tidak dapat disangkal jika rumah tangga-rumah tangga berpendapatan rendah adalah benar-benar rentan, penelitian sebelumnya mengenai permintaan asuransi menggambarkan bahwa target pasar mungkin tidak mempertimbangkan asuransi sebagai sebuah cara yang cocok untuk mengelola resiko karena beberapa alasan:

Pendidikan: Permintaan akan asuransi mikro mungkin rendah karena orang-orang berpenghasilan rendah tidak mengenal konsep penampungan resiko atau memiliki pemahaman yang salah mengenai asuransi (lihat Kotak 2.1).

**Kotak
2.1.**

Apakah Orang-orang Berpendapatan Rendah Mengenal Asuransi?

Penelitian di wilayah-wilayah pinggiran kota di sekitar Lusaka, Zambia, mengindikasikan bahwa orang-orang berpendapatan rendah memiliki pemahaman dangkal mengenai asuransi. Mayoritas dari mereka bahkan menunjukkan ketidakpedulian. Wawancara terstruktur membantu untuk mengkategorisasikan level pemahaman tersebut. Gambar di bawah ini menunjukkan bahwa hanya sepertiga responden menunjukkan pemahaman yang dalam mengenai asuransi.



Pemahaman yang kuat berarti bahwa responden memiliki pengertian yang jelas mengenai asuransi dan bagaimana ia bekerja, yaitu, pembayaran premi dan sebuah manfaat jika kejadian yang dijamin terjadi. Pemahaman yang terbatas berarti pengertian dasar tanpa pengetahuan menyeluruh mengenai bagaimana asuransi bekerja. Tidak ada pemahaman mencakup tidak memiliki pemahaman dan ketidakmampuan untuk mendefinisikan asuransi.

Beberapa contoh tanggapan terrekam di bawah ini:

Pemahaman yang Kuat: "Kompensasi diterima oleh seseorang yang mengikuti program asuransi terhadap kehilangan atau kerusakan properti setelah membayar premi secara teratur kepada perusahaan asuransi. Seseorang tidak dapat menerima kompensasi ini kecuali jika kerugian atau kerusakan telah terjadi dan harus dipastikan bahwa hal tersebut tidak dilakukan oleh ia sendiri."

Pemahaman yang Terbatas: "Asuransi adalah perlindungan yang diberikan kepada properti atau jiwa oleh perusahaan asuransi karena resiko bencana; atau "Saat harta benda mengalami kerusakan, perusahaan asuransi dapat membantu untuk menggantinya."

Tidak ada Pemahaman: "Adalah pemberian uang yang dapat dikembalikan lagi kepada anda saat anda menghadapi masalah"; atau "Kepastian yang dibuat jika nasabah melakukan

pemesanan barang-barang yang stoknya tidak tersedia, nasabah tersebut harus meninggalkan uang sebagai deposit; sebagai jaminan bahwa ia akan kembali untuk membeli barang tersebut.”

Untuk menentukan siapa yang memahami asuransi, beberapa tabulasi silang telah dibuat, dengan variabel pendidikan, jender, dan ke-melek aksara-an. Tidak mengejutkan, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi kemungkinan seseorang untuk memahami asuransi. Orang-orang yang tidak memiliki pendidikan sama sekali tidak memiliki pemahaman sama sekali, sedangkan orang-orang yang mendapatkan pendidikan sampai bangku kuliah menunjukkan tingkat pengetahuan yang kuat mengenai asuransi. Hubungan ini juga berlaku untuk ke-melek aksara-an. Responden yang tidak dapat membaca dan menulis dengan mudah, biasanya tidak memiliki pemahaman tentang asuransi. Sebagai tambahan, laki-laki memiliki pengetahuan lebih tinggi mengenai asuransi daripada perempuan. Dari hasil wawancara, hanya 22 persen laki-laki yang diwawancara tidak memiliki pemahaman tentang asuransi, sedangkan 50 persen perempuan menunjukkan ketidakpahamannya mengenai asuransi.

Diangkat dari Manje dan Churchill (2002).

Persepsi Negatif: Di beberapa kawasan, asuransi memiliki reputasi yang buruk. Jika industri asuransi lokal telah rusak karena metode penjualan yang agresif atau tidak layak, pola yang curang, atau sejarah penolakan klaim dan pembayaran klaim yang terlambat, penyedia asuransi baru akan menemui kesulitan dalam menjual polis pada pasar yang telah skeptis.

Variasi Antarwilayah: Adalah hal yang penting untuk memahami permintaan lokal karena terdapat perbedaan permintaan antarwilayah yang signifikan. Misalnya, GRET di Cambodia menemui kenali adanya permintaan yang kuat untuk asuransi kesehatan dan jiwa, tetapi memiliki tingkat ketertarikan yang rendah untuk asuransi ternak, karena perawatan hewan ternak dipandang sebagai persoalan pribadi. Di Zambia, beberapa orang menganggap asuransi jiwa sebagai hal yang tabu karena hal tersebut seperti menyiapkan diri mereka untuk kematian (Manje dan Churchill 2002). Sebaliknya, penelitian di Nepal menemui kenali permintaan yang signifikan terhadap asuransi hewan ternak (Simkhada *et al* 2000).

Tingkat Kemiskinan: Orang-orang yang sangat miskin mungkin tidak ingin untuk membeli asuransi karena mereka tidak menganggap pembayaran premi sebagai alokasi keuangan yang baik bagi sumberdaya keuangan mereka yang terbatas. Penelitian mengenai permintaan yang dilakukan di Zambia secara jelas menunjukkan bahwa asuransi tidak akan menjadi prioritas bagi beberapa orang, seperti yang diindikasikan dari ungkapan-ungkapan berikut ini:

- “Saya pikir asuransi adalah untuk orang-orang yang memiliki banyak uang.”
- “Untuk saat ini, saya lebih baik bekerja untuk meningkatkan pendapatan saya, harta-benda pokok dan penghidupan saya, baru kemudian saya berfikir mengenai asuransi.”
- “Saya mengalami kesulitan untuk menabung karena keuntungan yang saya dapat dari bisnis saya sangat tipis.. uang yang akan digunakan untuk asuransi dapat dipakai untuk hal-hal lain.”

Bisnis asuransi mikro masih bersifat baru untuk LKM dan informasi serta pengalaman mengenai permintaan yang nyata – di mana orang-orang benar-benar membeli dan memperbarui polis asuransi secara sukarela – adalah terbatas. Karena alasan-alasan tersebut, maka sangat penting bagi LKM yang

sedang mempertimbangkan untuk meluncurkan produk asuransi ke pasar, agar melakukan studi mendalam untuk meyakinkan bahwa nasabah mereka benar-benar menginginkan produk tersebut.

Resiko Lain Mengelola Produk Keuangan

Sebuah aspek penting dalam mengevaluasi permintaan adalah untuk menentukan apakah asuransi adalah jasa keuangan yang paling sesuai untuk mengurangi kerentanan. **Tabungan** dan **pinjaman darurat** dapat pula menjadi cara yang efektif untuk mengelola resiko.

Apakah asuransi lebih efektif dari tabungan atau pinjaman sebagai alat pengelolaan resiko bergantung pada dua dimensi: a) signifikansi kerugian dan b) kemungkinan resiko yang akan terjadi. Di mana kerugian potensial relatif besar dan kemungkinan terjadinya hampir tidak dapat diduga,⁸ maka asuransi dapat menjadi intervensi yang cocok. Jika kerugian relatif sedikit atau kemungkinan terjadinya sering, maka tabungan atau pinjaman mungkin akan menjadi pilihan yang lebih sesuai (Brown dan Churchill 1999).

Kotak 2.2.

Tabungan, Pinjaman atau Asuransi? Pengalaman dari Zambia

Berdasarkan pengetahuan kita sebelumnya bahwa orang-orang berpenghasilan rendah memiliki pemahaman yang rendah tentang asuransi, selama diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*), asisten peneliti memberi penjelasan tentang jasa-jasa keuangan untuk mengelola resiko. Komponen edukasi ini memberikan informasi mendasar mengenai bagaimana tabungan, pinjaman dan asuransi bekerja sebagai mekanisme pemecahan masalah. Isinya mencakup contoh-contoh mengenai praktek-praktek informal tentang jasa keuangan seperti kelompok simpan-pinjam untuk tabungan, pelepas uang untuk pinjaman dan perkumpulan kematian untuk asuransi.

Melanjutkan penjelasan tersebut, pengurutan preferensi dilakukan untuk melihat bagaimana kelompok-kelompok membandingkan ketiga jasa keuangan untuk mengelola resiko tersebut. Hasilnya hampir selalu konsisten, dengan sebagian besar kelompok menempatkan tabungan pada peringkat pertama dan pinjaman pada peringkat kedua secara berturut-turut.

No.	Jasa Keuangan Pengelolaan-Resiko	Jumlah A	Jumlah B	Jumlah C
1	Tabungan	9	2	1
2	Pinjaman Darurat	3	8	1
3	Asuransi	2	2	8

Kesimpulan umum dari diskusi ini adalah bahwa tabungan dan pinjaman lebih bersifat fleksibel dibandingkan asuransi, dan dapat menjadi respon yang potensial untuk kebutuhan yang berbeda-beda: "Asuransi tidak dapat dibagi untuk menyelesaikan kesulitan-kesulitan yang berbeda-beda." Para nasabah juga tidak menyukai ide bahwa mereka tidak akan mendapatkan

8 Ketidakpastian memiliki tiga elemen yang berbeda: jika, kapan dan seberapa sering? Misalnya, walaupun pasti bahwa kita semua akan mati, ketidakpastiannya muncul dari ketidaktahuan "kapan"..

Karena tabungan, pinjaman, dan asuransi memiliki tujuan yang berbeda, maka ketiga hal tersebut dapat dipandang sebagai produk komplementer: asuransi untuk beberapa resiko yang dapat dipastikan (misalnya, yang dapat diamati dengan mudah dan bersifat idiosinkratis/ kelainan); tabungan untuk orang-orang yang memiliki sedikit uang lebih dan memiliki pandangan untuk merencanakan kehidupannya mendatang; dan pinjaman darurat untuk mengurangi desakan menjual aset dan menyediakan pinjaman dengan jaminan pendapatan di masa yang akan datang (lihat Kotak 2.2).

Tentu saja, tabungan yang lancar dan pinjaman darurat dianggap lebih fleksibel dibandingkan asuransi karena mereka dapat mengurangi dampak dari berbagai macam tekanan ekonomi. Sebuah polis asuransi jiwa tidak akan membantu seseorang jika rumahnya terbakar atau jika bisnisnya kecurian. Untuk memaksimalkan nilai pengelolaan-resiko pada rumah tangga-rumah tangga miskin, LKM harus pula mempertimbangkan untuk menawarkan pinjaman darurat dan rekening tabungan yang lancar, di samping menyediakan asuransi.

sedikitpun dari pembayaran premi mereka jika kejadian yang dijamin dalam asuransi tidak benar-benar terjadi.

Tabungan, terutama jenis "di bawah kasur", lebih dipilih dibanding pinjaman karena ia dapat langsung diakses dan tidak adanya beban untuk membayar kembali pinjaman: "Tabungan tidak memiliki kewajiban untuk mengembalikan bagi nasabahnya, sehingga tidak ada tekanan." Tapi untuk tabungan yang akan menjadi strategi pemecahan masalah yang efektif, orang perlu memiliki dana surplus, dan mereka perlu kedisiplinan untuk memisahkannya. Untuk orang-orang yang tidak mampu memisahkan uang, "tabungan tidak akan cukup untuk mengatasi kesulitan bisnis atau rumah tangga yang berat, sehingga meminjam akan menjadi solusi terbaik." Saat kembali pada diskusi mengenai masalah tekanan untuk mengembalikan: "Sebuah pinjaman darurat akan bermanfaat, kecuali kenyataan bahwa seperti pinjaman yang lain, ia juga harus dibayar kembali, menambah tekanan dan beban pada bisnis dan rumah tangga yang sedang bermasalah"

Terdapat pula sebuah opini yang dipahami secara luas bahwa orang-orang dengan pendapatan rendah lebih baik untuk mengalokasikan uangnya ke dalam bisnis mereka: "Saya lebih memilih untuk menginvestasikan uang untuk meningkatkan bisnis saya, daripada mengalokasikannya untuk asuransi yang hanya akan bermanfaat saat kejadian yang dijamin benar-benar terjadi."

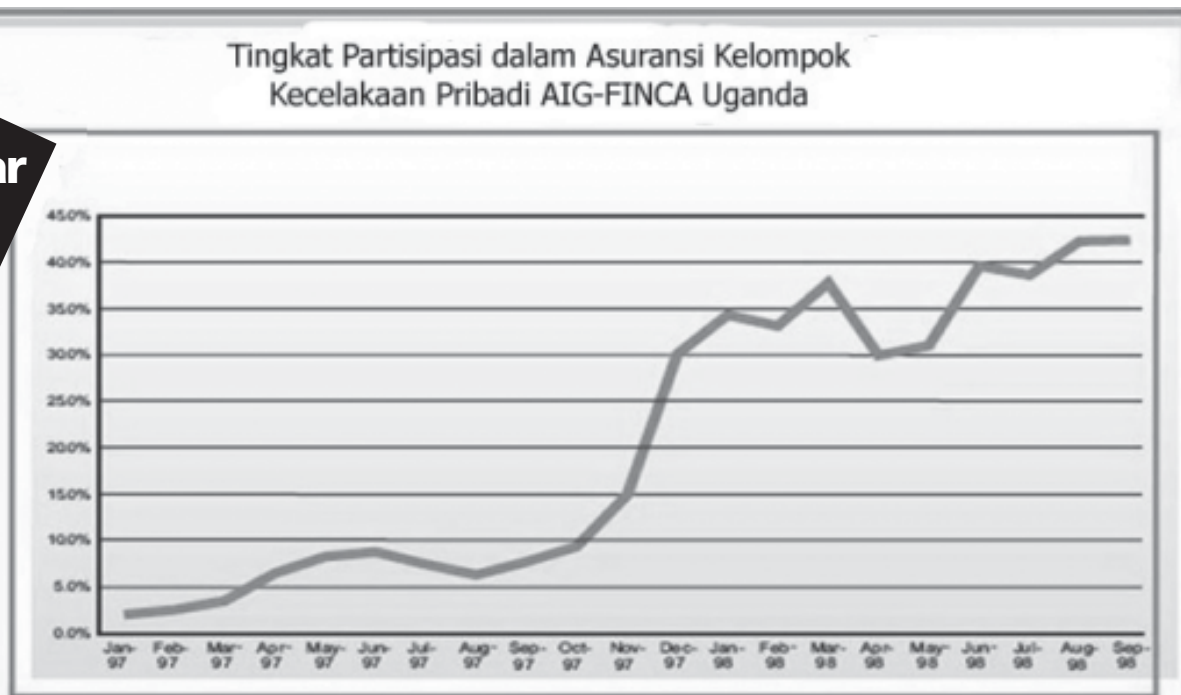
Diskusi ini tidak menyimpulkan bahwa asuransi adalah strategi pemecahan masalah, tetapi menyimpulkan bahwa asuransi hanya relevan untuk sejumlah kecil tujuan-tujuan yang spesifik: "Ia dapat menutup pengeluaran yang besar, yang secara normal akan sulit atau malah tidak mungkin dilakukan oleh aliran dana rumah tangga rata-rata."

Diangkat dari Manje dan Churchill (2002).

Permintaan Asuransi di Uganda dan India

Penelitian pasar hanya memberikan sebuah pandangan sekilas mengenai bagaimana permintaan riil yang akan terjadi. Maka akan berguna pula untuk mempertimbangkan permintaan aktual yang dialami oleh para pemberi asuransi mikro. Sesi ini menggambarkan pengalaman AIG di Uganda, yang menyediakan polis kecelakaan pribadi bagi sebuah kelompok bekerjasama dengan FINCA, dan pengalaman SEWA, penyedia produk asuransi multiguna di India.

**Gambar
2.1.**



Dalam pengalaman AIG, yang terlihat pada Gambar 2.1, waktu yang dibutuhkan bagi 42 persen kelompok FINCA Uganda agar mereka dapat ikut perlindungan polis kecelakaan pribadi adalah hampir dua tahun. Padahal FINCA telah memproyeksikan 66 persen partisipasi peserta asuransi pada tahun pertama peluncuran produknya.

Terdapat beberapa isu yang menghambat laju pertumbuhan. Di antaranya adalah perlunya waktu dan pelatihan yang cukup bagi staf lapangan untuk mengembangkan budaya penjualan – FINCA Uganda tidak dapat memenuhi beberapa persyaratan yang terdapat dalam kerangka kerja penilaian di atas. Pada September 1997, LKM menggunakan sumberdaya luar (*outsourc*e) untuk pelatihan pemasaram dan hasilnya secara cepat mereka mengalami peningkatan yang dramatis pada tingkat partisipasi asuransi. Kedua, terdapat penundaan sebelum efek demonstratif benar-benar terjadi. Beberapa kelompok pertama yang mendaftar untuk polis asuransi mempercayai bahwa pemberi asuransi akan benar-benar memenuhi tanggung jawab mereka saat nasabah mengajukan klaim, tetapi kelompok-kelompok lain memiliki sikap skeptis terhadap asuransi tersebut. Saat kelompok yang skeptis tersebut melihat bahwa klaim sungguh-sungguh dibayarkan, maka permintaan akan asuransi mulai meningkat.⁹

Pada contoh lain, SEWA menawarkan sebuah kebijakan yang berbentuk kewajiban, mengharuskan semua penyimpan tabungan untuk membeli satu paket produk asuransi mereka. Pada tahun 1994, asuransi

⁹ Sebab lain yang penting tentang mengapa produk AIG mengalami pertumbuhan lambat adalah terkait dengan kebijakan FINCA. Untuk memperkecil seleksi yang salah dan beban administrasi, FINCA mensyaratkan persetujuan dari seluruh anggota bank desa (kurang lebih 30 orang). Dengan demikian, satu orang dalam satu kelompok dapat menghentikan seluruh kelompok untuk mengakses asuransi. Sepertinya permintaan riil dari anggota jauh lebih besar daripada yang terlihat pada Grafik 2.1.

dibuat secara sukarela dan hanya dua puluh persen pemegang polis memperpanjang polis mereka. Penggunaan asuransi meningkat pada tingkat nominal untuk empat tahun dan kemudian menurun sedikit selama dua tahun terakhir. Sementara grafik tersebut menunjukkan adanya permintaan asuransi yang terbatas, perusahaan juga dapat merefleksikan perhatian nasabah terhadap desain produk, metode pembayaran premi atau faktor-faktor lain yang hanya muncul pada produk asuransi sukarela. Penjelasan lebih rinci mengenai usaha-usaha pengembangan produk SEWA digambarkan pada Lampiran 2.

2.3. Siapa lagi yang Menawarkan Asuransi dan Asuransi Mikro?

Sebuah analisis pasar mengenai perusahaan lain penyedia produk yang sama adalah sebuah syarat untuk setiap produk baru, tetapi dalam asuransi, terdapat perbedaan. Salah satu fitur asuransi mikro yang unik adalah bahwa LKM tidak harus menawarkan produk milik mereka sendiri. Model implementasi yang prospektif melibatkan beberapa jenis kerjasama antara LKM dengan perusahaan asuransi. Sebagai akibatnya, analisis pasar memiliki dua tujuan: 1) untuk mencari rekan kerjasama yang potensial yang mampu menyediakan keahlian yang tidak dimiliki oleh LKM; dan 2) untuk menemu kenali dan menjajaki penyedia jasa asuransi lain yang memiliki target pada pasar masyarakat berpenghasilan rendah.

Dengan pertimbangan pada tujuan pertama, sebuah asesmen diri LKM harus dianalisis di dalam konteks pasar yang lebih luas – kelemahan satu organisasi mungkin akan menjadi kekuatan bagi organisasi yang lain. Pertimbangkan serangkaian kegiatan yang terkait dengan penyediaan asuransi mikro yang terlihat pada Tabel 2.1 – sebuah LKM dapat memilih untuk menggunakan sumberdaya luar untuk beberapa kegiatannya. Sumberdaya luar ini dapat berupa sebuah perusahaan asuransi formal atau sebuah perusahaan konsultan asuransi. Penggunaan sumberdaya luar dibahas dengan rinci pada Bab 5.

Kedua, jika terdapat jasa asuransi lain yang dirancang bagi pasar berpenghasilan rendah, akan memungkinkan untuk mempelajari mana yang berhasil dan mana yang tidak, dan untuk menghindari pengulangan kesalahan. Skema asuransi mikro mungkin akan agak sulit untuk ditemui, tetapi mereka ada di beberapa negara. Selain menanyakan pada perusahaan asuransi apakah mereka menyediakan pelayanan bagi pasar berpenghasilan rendah, pertimbangkan pula jasa asuransi informal yang mungkin disediakan oleh gereja, rumah sakit, perkumpulan kematian atau asosiasi pedagang pasar.

Tabel 2.1. Kegiatan dan Tanggung jawab Asuransi Mikro

Kegiatan Persiapan	Kegiatan Meja Depan (front office)	Kegiatan belakang meja (back-office) dan Manajemen
• Penelitian awal mengenai pasar • Desain produk • Analisis resiko • Penetapan harga • Pelatihan staf mengenai konsep asuransi • Pengujian • Persiapan akad • Membangun kerangka kerja untuk sistem administratif	• Pemasaran dan penjualan • Membantu nasabah mengenai akad (penunjukkan penerima manfaat, pemahaman akan polis) • Dampingan dalam pemenuhan kelengkapan pengajuan klaim • Pengumpulan premi • Pembayaran klaim (pembayaran lunas bagi penerima manfaat)	• Penelitian tentang pasar yang sedang berjalan dan umpan balik • Pengkajian ulang klaim dan asesmen • Pemrosesan permohonan, pembayaran dan klaim • Mobilisasi modal • Audit internal • Pengasuransian kembali (reasuransi) • Penyelesaian konflik • Kewajiban menurut undang-undang (yakni pelaporan) • Masalah-masalah hukum

2.4. Apakah Legal untuk Menawarkan Asuransi Mikro?

Di negara-negara yang berbeda, industri asuransi diatur dalam tingkatan yang berbeda. Peraturan mendefinisikan dengan tegas persyaratan bagi pemberi asuransi, seperti menyediakan perlindungan bagi konsumen dari kelalaian pemberi jasa asuransi. Jika sebuah LKM ingin menawarkan asuransi, persyaratan lain adalah menentukan cara bagaimana dapat melakukannya secara sah menurut hukum yang berlaku.

Peraturan asuransi biasanya terfokus pada lima bidang:¹

- Pendirian dan Perizinan Penyedia Jasa Asuransi:** Pihak yang berwenang mengeluarkan izin bagi penyedia jasa asuransi baru berdasarkan kualitas manajemen dan keuangan lembaga tersebut sebelumnya dan jenis produk yang akan disediakan oleh lembaga penyedia jasa asuransi tersebut (misalnya, asuransi jiwa vs asuransi kesehatan).
- Status Keuangan:** Pihak yang berwenang membuat standar untuk kinerja keuangan dan pembatasan tingkat resiko pada portofolio penyedia jasa asuransi.
- Penetapan Harga:** Pihak yang berwenang mengawasi kebijakan penetapan harga untuk melindungi konsumen dari praktek-praktek diskriminatif.
- Bentuk Kebijakan:** Pihak yang berwenang memastikan bahwa akad asuransi ditulis dengan jelas dan tidak menimbulkan salah pengertian.
- Praktek Penjualan:** Pihak yang berwenang menetapkan standar untuk pelatihan bagi agen-agen penjualan, mengumumkan standar-standar dan praktek-praktek penjualan yang memperdaya

¹⁰ Diangkat dari Brown dan Churchill (1999).

konsumen. Aspek ini seringkali menjadi dasar paling penting untuk pemberian izin bagi agen-agen asuransi.

Tujuan utama dari peraturan ini adalah untuk memberikan perlindungan bagi konsumen. Peraturan perizinan dan keuangan, misalnya, ditujukan untuk menjamin lembaga asuransi bahwa mereka akan membayar klaim yang diajukan oleh nasabah. Hal ini melindungi konsumen dari membeli asuransi dari perusahaan yang mungkin telah bangkrut saat mereka mengajukan klaim.

Dalam prakteknya, peraturan dapat menghalangi penyediaan asuransi mikro. Misalnya, tingkat pelaporan yang disyaratkan oleh pihak yang berwenang mungkin dapat menyebabkan beban administrasi yang mengakibatkan penyediaan asuransi tak menguntungkan. Persyaratan modal minimal mungkin menjadi penghalang paling penting bagi penyedia jasa asuransi mikro yang hanya memiliki polis dalam jumlah sedikit. Misalnya, persyaratan modal awal untuk mengoperasikan sebuah bisnis asuransi di Uganda adalah US\$1 juta dan US\$1.2 juta di Afrika Selatan, tetapi mencapai US\$21.2 juta di India. Peraturan dalam bidang asuransi mungkin pula menciptakan halangan bagi kerjasama antara LKM dan penyedia layanan asuransi, seperti yang digambarkan pada Kotak 2.3.

Kotak 2.3.

Hambatan Peraturan terhadap Kerjasama Asuransi Jiwa

Beberapa peraturan hukum memiliki persyaratan yang berbeda untuk asuransi jiwa dan nonjiwa. Dalam kasus tersebut, sebuah penyedia layanan asuransi yang mungkin tertarik untuk bekerjasama dengan sebuah LKM mungkin hanya memiliki satu jenis izin, tetapi bukan yang diinginkan oleh LKM.

Jika sebuah penyedia layanan asuransi hanya memiliki izin untuk bisnis asuransi nonjiwa, maka ia tidak boleh menawarkan polis asuransi jiwa umum¹¹, tetapi ia mungkin dapat memenuhi tujuan LKM melalui polis kecelakaan pribadi secara kelompok. Polis seperti itu dapat menyediakan santunan hidup dan kecacatan maupun untuk kematian karena kecelakaan; tapi tidak akan bisa mencakup kematian karena penyakit, hanya sebesar pembayaran kembali premi. Sebuah LKM mungkin membutuhkan sebuah definisi "kecelakaan" yang tegas, komprehensif, dan jelas dari si pemberi layanan asuransi untuk menawarkan produk disebabkan karena perbedaan antara kematian yang diakibatkan oleh sakit dan diakibatkan oleh kecelakaan sangat kabur.

11 Seringkali penyedia layanan asuransi "nonjiwa" dapat menawarkan asuransi kesehatan karena ia terhubung dengan sebuah produk berdurasi pendek dan ia hanya mencakup nilai kredit.

Situasi peraturan akan memberi (setidaknya) tiga pilihan bagi LKM calon penyedia layanan asuransi:

1. **Mendirikan sebuah perusahaan asuransi yang berizin.** Hal ini akan memastikan bahwa resiko asuransi dan resiko kredit adalah benar-benar terpisah. Karena beberapa persyaratan dapat menghalangi penyediaan asuransi mikro, LKM mungkin perlu untuk menyampaikan petisi untuk pengurangan atau bahkan pengecualian dari persyaratan-persyaratan tersebut.
2. **Menjadi sebuah agen perusahaan asuransi.** Sebagian besar hambatan kebijakan akan dapat diatasi dengan menjual produk dari penyedia layanan asuransi yang telah ada, meskipun harus dicatat bahwa pada beberapa negara agen juga perlu mendapatkan izin.
3. **Menawarkan asuransi di luar jangkauan peraturan.** Pilihan ini tidak ilegal; hanya tidak diatur. Misalnya, koperasi kredit (*credit union*) seringkali “dibiarkan” untuk menawarkan asuransi kredit dan tabungan asuransi karena mereka dijual sebagai manfaat anggota, dan bukan sebagai produk asuransi. Kotak 2.4 memberikan contoh-contoh lain. Penyediaan layanan ini masih sejalan dengan semangat asuransi, seperti mengelola cadangan yang cukup untuk melindungi nasabah dari kerugian yang tidak diduga.

Kotak 2.4.

Menghadapi Lingkungan Hukum yang Membatasi

Dari sudut pandang hukum, produk asuransi tidak dapat ditawarkan di India oleh organisasi yang tidak mendapat izin dari Badan Pengaturan dan Pengembangan Asuransi (*Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA)*). Persyaratan hukum untuk mendaftarkan diri sebagai perusahaan asuransi sepertinya terlalu sukar dan tidak dapat dipenuhi oleh semua LKM. Sebuah strategi untuk mengatasi hal ini adalah menggunakan istilah lain. Dengan merujuk pada sebuah “skema asuransi” sebagai sebuah “ukuran kesejahteraan” dalam setiap laporan tahunannya, sebuah LKM dapat berada di luar aturan hukum. Di India, selama skema yang tersedia hanya untuk anggota dan memenuhi persyaratan perundangan yang mengatur lembaga saadaya masyarakat (LSM), negara sampai saat ini tidak menghalangi kegiatan mereka. Skenario yang sama berlaku di Afrika Selatan, di mana sebuah LKM tidak akan mungkin untuk mendaftarkan dirinya sebagai perusahaan asuransi. Dalam perundangan terpisah di Afrika Selatan, Undang-Undang Paguyuban Masyarakat (*the Friendly Societies Act*), dimungkinkan LSM menjual asuransi. Hal yang sama terjadi di Burkina Faso di mana penyedia layanan asuransi kesehatan bersama saat ini termasuk di dalam kategori luas dari organisasi nirlaba sehingga mereka diatur dalam undang-undang yang berbeda. Tidak satupun dari negara-negara ini memiliki peraturan perundangan yang sesuai untuk mengatur asuransi mikro oleh LKM.

2.5. Data

Persyaratan terakhir adalah kepemilikan atas data yang cukup untuk membuat keputusan penetapan harga dan proyeksi yang memadai. Seperti yang telah disebutkan dalam Bab 1, penetapan premi asuransi membutuhkan perkiraan kemungkinan bahwa kejadian yang diasuransikan akan terjadi. Untuk memperkirakan kemungkinan ini, diperlukan informasi historis dalam sejumlah besar sampel yang cukup besar untuk membuatnya signifikan secara statistik. Jika data tersebut tidak signifikan secara statistik, atau jika kondisi yang menyebabkan kejadian yang diasuransikan telah berubah, kemungkinan perkiraan akan jauh berbeda dari pengalaman klaim yang telah terjadi.

Misalnya, untuk asuransi jiwa, maka diperlukan data tingkat mortalitas untuk segmen pasar yang diasuransikan berdasarkan karakteristik tertentu seperti umur, jender, dan tingkat pendapatan dari nasabah LKM. Di banyak lingkungan, data semacam ini tidak tersedia. Pada kenyataannya, sumber data yang paling baik mungkin adalah rekaman LKM itu sendiri, dengan asumsi bahwa LKM tersebut mencatat setiap kematian nasabahnya.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| ✓ Jejaring pelaksanaan | ✓ Pemasaran |
| ✓ Efek demonstratif | ✓ Budaya organisasi |
| ✓ Pinjaman darurat | ✓ Peraturan perundangan |
| ✓ Kesehatan keuangan | ✓ Jasa keuangan pengelolaan-resiko |
| ✓ Sumber daya manusia | ✓ Tabungan |
| ✓ Strategi lembaga | ✓ Sistem |
| ✓ Agen asuransi | ✓ Pemasaran |

Bacaan Lebih Lanjut tentang Prasyarat Asuransi

Makalah-makalah berikut ini menyediakan wawasan yang berguna untuk memahami permintaan akan jasa pengelolaan resiko seperti asuransi mikro:

- Cohen, M.; and J. Sebstad, 2000, *"Microfinance, risk management and poverty,"* Washington, DC: Assessing Impact of Microenterprise Services (AIMS), Management Systems International / USAID, www.mip.org.
- Manje, L. and C. Churchill, 2002, *"The Demand for Risk-Managing Financial Services in Low-income Communities: Evidence from Zambia,"* ILO Social Finance Working Paper No. 33, www.ilo.org/socialfinance.
- Churchill, C., 2002, *"Trying to Understand the Demand for Microinsurance,"* Journal of International Development 14, pp. 381-387.
- Wright Graham, A.N., 2000, *"Necessity as the mother of invention: how poor people protect themselves against risk,"* Bethesda, Maryland, USA: Microenterprise Best Practices (MBP) Project, Development Alternatives/USAID, www.mip.org.

Lampiran 2

Pengembangan Produk Asuransi Mikro di SEWA

Studi kasus berikut diadopsi dari sebuah naskah yang ditulis oleh Michael J. McCord, Jennifer Isern dan Syed Hashemi, "Microinsurance: A Case Study Of An Example Of The Full Service Model Of Microinsurance Provision, Self-Employed Women's Association," dipublikasikan oleh MicroSave Afrika pada tahun 2001. Naskah ini dapat diunduh dari: <http://www.microinsurancecentre.org>.

Latar Belakang

Pada awal tahun 1980-an, SEWA mengintegrasikan sebuah modul pendidikan kesehatan ke dalam kelas pemberantasan buta aksara mereka. Ini adalah langkah pertama untuk membantu anggota dalam meningkatkan kesehatan, tetapi terbatas pada memberikan informasi mengenai kesehatan dasar, nutrisi, menemu kenali serta mencegah penyakit-penyakit yang umum. Pada pertengahan tahun 1980-an, SEWA mulai melakukan langkah terkait dengan kebutuhan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan, dan melakukan pelatihan gelombang pertama penyedia layanan kesehatan dasar.

Saat program kesehatan mulai berkembang dan menyediakan lebih banyak layanan yang dibutuhkan, SEWA menyadari bahwa satu-satunya cara untuk memfasilitasi layanan penyembuhan bagi sejumlah besar populasi dari pekerja swadaya adalah melalui program penutupan asuransi. Timbul dari perhatian anggota, pada awal tahun 1980-an SEWA melakukan sebuah survei mengenai frekuensi, penyebab, biaya, dan pilihan yang tersedia apabila anggota mengalami sakit, kecelakaan, dan kematian dari anggota keluarganya. Merasa teryakinkan bahwa para anggota menghadapi kesulitan yang serius, SEWA mulai meneliti pilihan-pilihan yang ada untuk jasa asuransi. Penelitian awal SEWA terfokus pada tiga hal:

- Kapasitas anggota untuk membayar premi;
- Kebutuhan anggota akan perlindungan asuransi;
- Paket-paket asuransi yang telah tersedia di pasaran.

Mencari Mitra

SEWA kemudian memprakarsai dialog dengan perusahaan-perusahaan asuransi mengenai kemungkinan menyediakan asuransi bagi para anggotanya. Pada awalnya perusahaan asuransi skeptis bahwa anggota SEWA akan mampu untuk membayar premi, melanjutkan polis mereka, dan menyebarkan resiko, karena mempersepsikan anggota SEWA sebagai kelompok yang rentan. Setelah lobi yang ekstensif, SEWA bernegosiasi dengan Korporasi Asuransi Jiwa India (*Life Insurance Corporation of India* (LIC)), salah satu perusahaan asuransi yang telah dinasionalisasi, untuk menyediakan asuransi kematian alami yang terbatas bagi anggotanya pada pertengahan tahun 1980-an.

Pada tahun 1989, dua anggota manajemen SEWA duduk di dalam komite pemerintah yang menangani konsep asuransi publik bagi keluarga berpenghasilan rendah. Pada komite ini, mereka

meyakinkan pemerintah untuk menyediakan subsidi sejumlah sekitar US\$2.4 juta untuk sektor publik dari Life Insurance Corporation untuk mensubsidi penjaminan para anggota SEWA.¹² Subsidi ini mempengaruhi LIC untuk memperluas cakupannya meliputi asuransi kematian alami, kematian karena kecelakaan, dan kecacatan permanen bagi para anggota SEWA pada bulan Juli 1991. Para anggota SEWA membayar hanya separuh dari premi aktual; sebagian yang lain berasal dari subsidi pemerintah.

Dalam pelaksanaannya SEWA mendesain produk asuransinya dengan kerjasama dengan perusahaan asuransi lain. Produk ini didasarkan pada adopsi produk asuransi kolektif disesuaikan dengan pemahaman SEWA akan kebutuhan asuransi bagi anggotanya.

Pada awalnya SEWA mendasarkan pengembangan dan pengujian prototipenya pada preferensi anggota dan kemampuannya untuk membayar premi. Kemudian, SEWA memperluas layanannya sebagai respon pada pengalaman positif dan umpan balik anggota melalui jejaring kerja terintegrasi dari koperasi jasa SEWA. Selama tahun 1992-94, SEWA melakukan negosiasi dengan perusahaan asuransi yang lain, *United India Insurance* (UII) untuk memperluas cakupan pertanggungan untuk kasus menjadi janda (kematian suami karena kecelakaan), sakit dan perawatan rumah sakit, dan kehilangan rumah serta aset. Pada tahun 1994, SEWA memikul tanggungjawab atas asuransi kesehatan, dan bekerjasama dengan LIC untuk pertanggungan asuransi bagi anggota dan suaminya.

Transisi dari Kewajiban menjadi Sukarela

Sebagaimana sebagian besar LKM lain saat memperkenalkan program asuransi barunya, SEWA tidak memiliki sebuah uji awal yang terstruktur secara formal. LKM mengetahui apa yang diinginkan dalam produk asuransi untuk anggotanya dan bekerja tahun demi tahun untuk menghasilkan produk asuransi seperti yang mereka miliki saat ini. Saat manajemen melihat masalah, mereka bekerja untuk memperbaikinya, dengan analisis formal yang sangat sedikit.

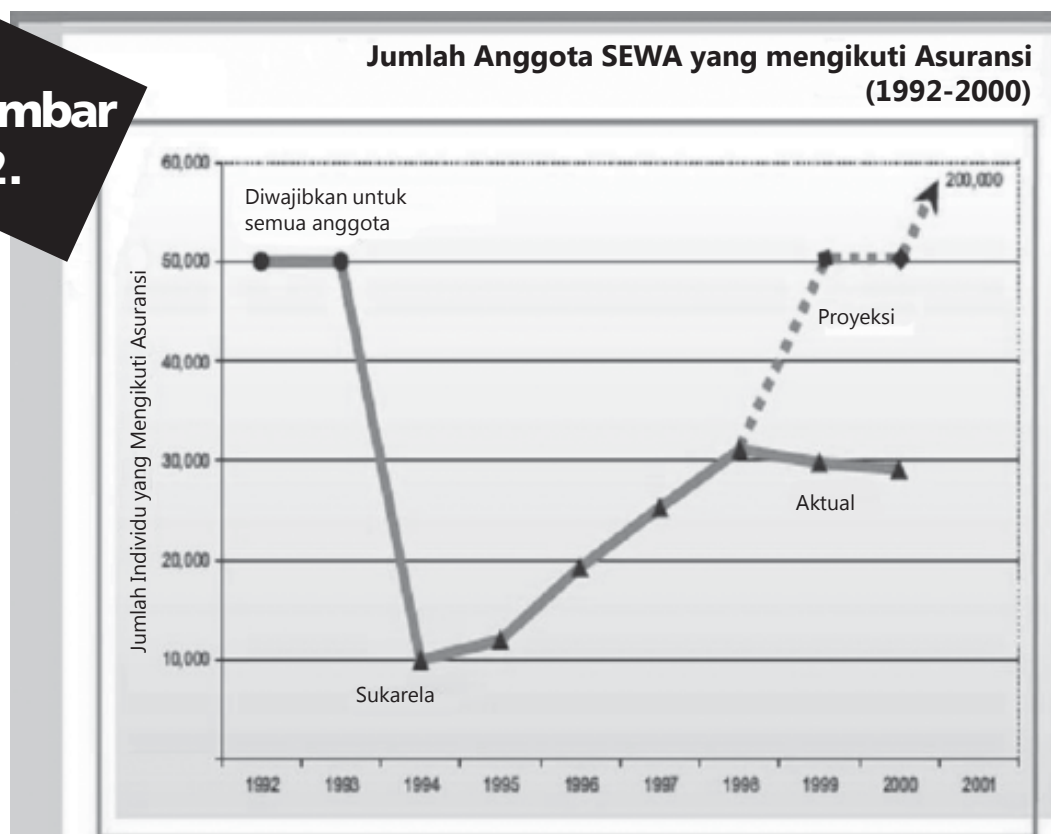
Seperti yang dapat dilihat pada Gambar 2.2, SEWA mulai mengasuransikan semua anggotanya pada saat itu. Hal tersebut merupakan persyaratan awal dari LIC dalam usaha untuk mencukupi penampungan resiko maksimum dan memberikan LIC perlindungan dari seleksi nasabah yang merugikan. Tidak ada uji awal yang dilakukan; SEWA langsung menerapkan produk tersebut bagi semua nasabahnya.

Karena jarak yang jauh dan kurangnya jaringan telepon, SEWA menggunakan "informasi dari mulut ke mulut" dan sistem pos untuk berkomunikasi dengan anggotanya lebih dari 200,000 orang yang tersebar luas. Mengumpulkan informasi dari anggota-anggota terbukti sulit selama bertahun-tahun. Karena itu, SEWA memutuskan, demi efisiensi, bahwa premi pertama akan dibayarkan dari rekening tabungan anggota di SEWA. Demikian, saat tagihan premi tiba pada waktunya, maka mereka akan secara otomatis mendebit rekening semua anggota sehingga semua anggota terasuransikan. SEWA kemudian dengan cepat menyadari bahwa hal tersebut adalah kesalahan karena nasabah yang tidak memperoleh informasi tiba-tiba menjumpai tabungan mereka berkurang untuk sebuah produk yang tidak mereka ketahui sama sekali.

12 Katharina Hauck. *The Social Security Program of the Self-Employed Women's Association (SEWA)*. Disampaikan dalam Kampala, Uganda pada the National Workshop on Mutual Health Protection for Business Associations and Producer groups through Micro Finance Institutions, 1-2 December 1999, hal. 7.

Pengalaman ini merefleksikan salah satu masalah dengan produk yang diwajibkan, terutama pada peluncuran sebuah produk atau bisnis baru. Karena setiap orang dipaksa untuk membeli produk tersebut, lembaga cenderung tidak efektif saat memasarkan bisnis atau produknya. Hal ini seringkali menghasilkan sebuah kejutan negatif bagi nasabah (sebagaimana kasus dengan SEWA) atau mereka dengan cepat memutuskan untuk menghentikan pembayaran premi untuk jasa yang tidak mereka inginkan dan tidak mereka ketahui, dan mengabaikan produk baru tersebut.

**Gambar
2.2.**



SEWA dengan cepat menyadari bahwa sifat wajib membeli produk dan debit otomatis adalah sebuah kesalahan dan setelah tahun kedua mereka memutuskan untuk kembali kepada sistem sukarela. Seperti yang terlihat pada Gambar 2.2, jumlah penduduk yang diasuransikan menurun drastis sebanyak 80 persen dari 50,000 menjadi 10,000 pada tahun pertama sistem sukarela dan belum naik kembali ke jumlah awal saat asuransi merupakan kewajiban, bahkan dengan pertumbuhan anggota SEWA sebanyak 500 persen sejak saat itu.

Beberapa Pelajaran yang Diperoleh

SEWA telah mengimplementasikan program asuransinya sejak tahun 1980-an dengan evolusi dalam mitra kerjasama dan kombinasi jasa yang disediakan.

Produk yang sesuai. Pengalaman tahun pertama asuransi jiwa menunjukkan kepada SEWA tidak memadainya program tersebut. Sementara menawarkan perlindungan bagi anggota keluarga melalui asuransi jiwa, asuransi tersebut tidak menawarkan apapun bagi para anggota perempuan itu sendiri. Seringkali setelah kematian istri, duda anggota yang meninggal akan

menggunakan uang asuransi untuk menikah kembali. Hal ini menunjukkan sedikitnya manfaat bagi anggota dan tidak menyelesaikan satupun masalah yang menjadi tujuan SEWA.

SEWA menyadari bahwa yang lebih penting daripada mengasuransikan kematian anggota adalah mengasuransikan jiwa suaminya, sehingga para anggota akan menerima uang jika suami mereka meninggal. Sebagai tambahan, anggota membutuhkan asuransi kesehatan dan properti. Pada tahun 1992, SEWA berhasil meyakinkan *United India Insurance Company* (perusahaan asuransi besar lainnya) untuk menyediakan sebuah paket asuransi terintegrasi yang mencakup asuransi kesehatan dan properti untuk para anggota, dan asuransi kematian karena kecelakaan untuk suami mereka. Karena perusahaan asuransi tidak menyediakan jaminan asuransi untuk kehamilan, SEWA kemudian memutuskan untuk melakukannya sendiri dan menjalankan produk yang terpisah – bantuan untuk anggotanya saat mereka hamil.

Mekanisme pembayaran. SEWA menyadari perlunya mengembangkan sebuah mekanisme untuk membantu anggotanya menabung untuk membayar premi. Demikian, sebagai tambahan untuk membayar premi secara tahunan, SEWA mengembangkan sebuah pilihan bagi anggotanya untuk membeli “asuransi seumur hidup” dengan simpanan “sekali bayar (*lump sum*)”. Simpanan *lump sum* ini disimpan sebagai deposito tetap di Bank SEWA dan pendapatan dari bunga tahunannya digunakan untuk membayar premi asuransi. Para anggota dapat membayar deposito tetap pada awal tahun asuransi dan menerima asuransi tanpa biaya tambahan. Ini juga berarti bahwa SEWA tidak perlu untuk memasarkan pada anggotanya untuk meyakinkan mereka mengenai manfaat membayar premi. Secara teoritis, sekali menyerahkan deposito tetap, mereka akan memiliki asuransi seumur hidup (sebagaimana disebutkan oleh namanya). Sebagai tambahan, partisipasi dalam skema pembayaran ini juga menyediakan manfaat asuransi tambahan untuk anggota – yaitu untuk operasi katarak, bantuan pendengaran, gigi palsu, dan bantuan kehamilan.

SEWA kemudian menyadari bahwa banyak anggota yang mau membayar lump sum untuk asuransi seumur hidup tetapi mereka tidak dapat memenuhi jumlah yang disyaratkan. SEWA kemudian menyediakan sebuah metode alternatif di mana perempuan dapat menyimpan cicilan dalam Bank SEWA selama dua tahun untuk menghasilkan uang yang cukup untuk pembayaran *lump sum*. Dengan metode alternatif ini, SEWA memberikan para penabung tersebut perlindungan asuransi penuh yang dimulai sejak cicilan pertama didepositokan.

Masalah Kemitraan. SEWA dengan cepat menyadari bahwa perusahaan asuransi konvensional tidak diciptakan untuk memenuhi kebutuhan para perempuan miskin. Terdapat banyak kasus ketidakpuasan nasabah. Kebijakan klaim asuransi seringkali terlalu ketat. Staf asuransi tidak segera mengunjungi nasabah untuk mengecek klaim. Formulir pengajuan klaim seringkali terlalu rumit. Terdapat penundaan yang lama untuk pembayaran klaim. Terdapat pula syarat –syarat yang tidak sensitif budaya. Dalam kondisi kematian secara mendadak, misalnya, perusahaan asuransi memaksa melakukan otopsi untuk mengetahui penyebab kematian, sementara secara kultural, otopsi tidak dapat diterima dan tidak dapat dilakukan. Bahkan seringkali transportasi untuk membawa mayat ke rumah mayat tidak tersedia; mayat tidak dapat dibawa karena dianggap akan mengotori kendaraan.

Keputusan-keputusan para pemberi asuransi seringkali pula tidak berperikemanusiaan. Misalnya, Katharina Hauck dalam “*The Social Security Program of the Self Employed Women’s Association*” memberikan sebuah contoh yang menarik mengenai seorang pekerja lapangan yang disengat

kalajengking. Sebagai gerakan refleks, dia mengisap jarinya. Dia tewas karena menelan racun tersebut, tetapi perusahaan asuransi tidak menganggap hal ini sebagai kematian karena kecelakaan. Alasannya adalah bahwa kematian terjadi karena dia mengisap jari, sebuah tindakan bebas, bukan karena sengatan yang terjadi karena kecelakaan.

Ketidakpuasan nasabah secara umum membuat SEWA, pada tahun 1994, mengambil alih skema asuransi kesehatan. Program kesehatan SEWA (sebuah unit terpisah dari operasi asuransi), bekerja dengan teliti untuk memajukan asuransi dan mengintegrasikan pelayanan mereka ke dalam program asuransi. Dalam hal ini, para pelayan kesehatan SEWA memberikan nasehat untuk tindakan preventif, rekomendasi pada dokter dan rumah sakit, dan pendampingan dalam memroses klaim.

LIMA PRODUK ASURANSI MIKRO

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Memperkenalkan lima produk asuransi mikro yang disarankan
- ☐ Menggambarkan fitur-fitur pokok dari produk tersebut
- ☐ Menggambarkan konsekuensi dari perubahan fitur-fitur pokok
- ☐ Menjelaskan mengapa kelima produk tersebut merupakan produk yang paling sesuai untuk ditawarkan oleh LKM

Orang-orang berpendapatan rendah rentan terhadap sejumlah resiko. Penelitian ILO di 5 negara, menunjukkan bahwa perhatian utama para pengusaha mikro terhadap kerugian keuangan adalah hal-hal yang terkait dengan:

- a. Kematian salah satu anggota keluarga
- b. Sakit atau terluka
- c. Bencana alam
- d. Kecurian atau kerusakan properti

Meskipun urutannya sedikit berbeda di tiap negara, resiko kesehatan dan kematian berada di puncak setiap daftar.¹³ Semua resiko tersebut memiliki potensi untuk dapat diasuransikan, tetapi memiliki derajat kesulitan yang sangat berbeda secara dramatis.

Dari keempat hal tersebut, asuransi kesehatan dan bencana alam adalah yang paling rumit, tetapi masing-masing dengan alasan yang berbeda. **Asuransi kesehatan** rumit karena ia berpotensi untuk menanggung cakupan resiko kesehatan yang sangat luas, termasuk penyakit-penyakit ringan dan berat. Adalah hal yang sulit untuk memperkirakan probabilitas bahwa suatu penyakit akan terjadi pada setiap subset dari populasi, hal ini membuat biaya-biaya fasilitas kesehatan sangat sulit diperkirakan¹⁴. Asuransi kesehatan biasanya juga mencakup perawatan preventif, seperti cek-up tahunan, yang resikonya tidak dapat ditampung. Selain rentan terhadap kecurangan dan penggunaan yang melewati batas/ berlebihan,

13 Empat daftar yang pertama tersedia di www.ilo.org/socialfinance; daftar kelima seharusnya dipublikasikan pada tahun 2003.

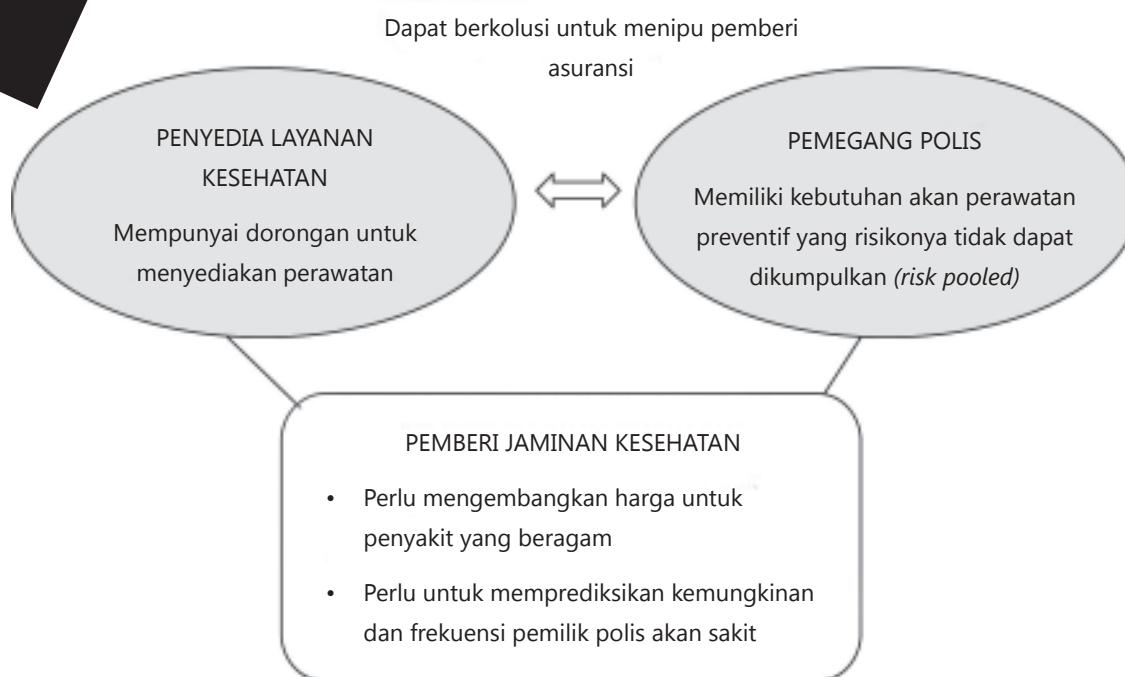
- Aliber, M., 2002, "South African Microinsurance Case Study," ILO Social Finance Working Paper No. 31.
- Aliber, M., and A. Ido, 2002, "Microinsurance Case Study for Burkina Faso," ILO Social Finance Working Paper No. 29.
- Manje, L. and C. Churchill, 2002, "The Demand for Risk-Managing Financial Services in Low-income Communities: Evidence from Zambia," ILO Social Finance Working Paper No. 33.
- Soriano, E.S., C. Lomboy and E.A. Barbin, 2002, "A Field Study of Microinsurance in the Philippines," ILO Social Finance Working Paper No. 30.
- Srinivasan, G. and R.S. Arunachalam, segera terbit, "Microinsurance In India" ILO Social Finance Working Paper.

14 Untuk rincian mengenai tantangan dan usaha-usaha pendahuluan untuk melakukan modeling resiko kesehatan bagi kaum miskin, lihat Dror and Preker (Eds.), 2002, *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*, The ILO/World Bank.

asuransi kesehatan juga lebih diperumit dengan fakta bahwa pihak ketiga – penyedia layanan kesehatan, yang memiliki dorongan untuk meningkatkan biaya – terlibat di dalam transaksi. Tantangan kunci dalam menyediakan asuransi kesehatan dirangkum pada Gambar 3.1.

Gambar 3.1.

Mengapa Asuransi Kesehatan Sangat Beresiko?



Ancaman bencana alam, seperti gempa bumi dan angin topan, sulit untuk diasuransikan karena tiga alasan utama. Pertama, bencana biasanya sulit untuk diprediksi. Kejadian bencana di masa lalu bukanlah variabel yang kuat untuk memprediksi adanya kejadian bencana di masa depan. Kedua, saat kejadian seperti itu terjadi, total kerugian keuangan menjadi sangat tinggi. Dan ketiga, sebuah bencana alam adalah sebuah resiko kovarian yang akan mempengaruhi banyak pemilik polis. Satu-satunya cara untuk menyediakan **asuransi bencana alam** adalah melalui penutupan asuransi ulang yang memperluas penampungan resiko melewati negara dan wilayah, dan melindungi penjamin dari kerugian karena bencana besar.

Studi kasus di Burkina Faso pada Lampiran I menunjukkan cara yang inovatif dalam melakukan penilaian aset (dalam kasus ini adalah ternak), mengontrol bahaya moral, dan melakukan verifikasi klaim, meskipun hal tersebut tidak berlaku dalam kasus kecurian.

Asuransi properti melindungi dari kerusakan dan kerugian atas aset pribadi dan bisnis. Meskipun tidak sesulit seperti dalam penyediaan asuransi kesehatan atau bencana alam, terdapat tiga isu yang membuat asuransi properti menjadi rumit: a) tantangan perkiraan nilai aset yang diasuransikan, b) resiko bahaya moral, bahwa orang cenderung akan tidak merawat properti mereka jika sudah diasuransikan, dan c) kesulitan dalam melakukan verifikasi klaim. Isu ketiga terutama penuh kecurangan, karena pemilik polis dapat dengan mudah mengklaim bahwa asetnya telah dicuri. Akan menjadi mahal bagi pemberi asuransi untuk membuat sebuah sistem administratif untuk melindungi dirinya dari klaim-klaim yang curang.

Jika LKM ingin mengurangi kerentanan nasabahnya dengan menawarkan sebuah produk asuransi, disebabkan kecenderungan kesulitannya, ketiga jenis asuransi tersebut tidak akan menjadi hal yang baik untuk memulai bisnis asuransi – pada kenyataannya, kemungkinan besar LKM tidak akan pernah menawarkan produk asuransi ini, setidaknya tidak dilakukan sendirian. **Asuransi jiwa**, bagaimanapun, adalah sebuah produk yang dapat ditawarkan LKM; sesungguhnya banyak LKM telah secara implisit menawarkan beberapa jenis asuransi jiwa dengan menghapuskan saldo pinjaman yang tersisa jika si peminjam meninggal. Pemberian asuransi jiwa disederhanakan oleh kenyataan bahwa kejadian yang dijamin-kematian-mudah untuk diverifikasi, sulit untuk dipalsukan, terjadi hanya sekali per orang dan mengandung resiko bahaya moral yang rendah.

Bab ini dimulai dengan penggambaran spektrum yang luas mengenai produk asuransi jiwa, dari yang sangat mudah sampai yang sangat rumit. Bab ini kemudian memperkenalkan lima produk asuransi yang dicakup dalam manual ini. Sebagian besar bab ini ditujukan untuk memberi gambaran tentang fitur-fitur dari lima produk asuransi termaksud.

3.1. Spektrum Asuransi Jiwa

Produk asuransi jiwa sangat berbeda tingkat kerumitannya, seperti yang dirangkum dalam Tabel 3.1. Yang paling mendasar, penghapusan pinjaman, menutup sebuah pinjaman jika si peminjam meninggal dan masih menyisakan saldo pinjaman. Jangka waktu asuransi didasarkan pada jangka waktu pinjaman, dan karena pembayaran premi dipotong dari jumlah pinjaman (atau terintegrasi ke dalam pembayaran hutang), maka tidak terdapat transaksi tambahan. Jika kejadian yang diasuransikan terjadi, manfaat akan lebih banyak diperoleh oleh pemberi pinjaman dari pada oleh si peminjam (peminjam meninggal; sehingga ia tidak dapat menerima manfaat), sehingga resiko kecurangan adalah kecil.

Tabel 3.1 Keragaman dan Kerumitan Produk Asuransi Jiwa

Sederhana	Menengah	Rumit	Sangat Rumit
Penghapusan pinjaman	- Asuransi jiwa berjangka (<i>Term Life</i>) - Tabungan Seumur Hidup (<i>Life savings</i>)	Polis Nilai Tunai (<i>Cash Value Policies</i>) (berjangka dan seumur hidup)	Anuitas (tunjangan tahunan)

Asuransi jiwa yang memiliki tingkat kerumitan menengah mencakup asuransi jiwa berjangka dan tabungan seumur hidup. Sebuah **polis asuransi jiwa berjangka** memberikan perlindungan jiwa untuk sebuah jangka waktu tertentu ("berjangka"), seringkali satu sampai lima tahun. Manfaatnya, atau **nilai tunai** dari polis, telah ditentukan di dalam akad asuransi. Polis berjangka biasanya dijamin dapat diperbarui, yang berarti bahwa polis tersebut dapat langsung diperpanjang pada akhir periode tanpa perlu bukti kemampuan untuk diasuransikan sampai usia tertentu. Manfaat dari produk **tabungan seumur hidup** terkait dengan jumlah tabungan yang dimiliki seseorang di dalam rekeningnya. Skema ini dipopulerkan oleh koperasi kredit (*credit union*) sebagai sebuah cara untuk mendorong tabungan, premi untuk polis kelompok dibayar oleh lembaga keuangan kepada si penjamin berdasarkan perkalian dari

total nilai tabungan. Si penabung secara implisit menerima suku bunga yang lebih rendah untuk tabungan sebagai imbalan manfaat yang mereka peroleh. Saat kematian terjadi, penerima manfaat menerima pembayaran setara dengan sebuah faktor pengali (biasanya dua kali) dari tabungan di dalam rekening sampai batas jumlah maksimal tertentu.

Lapis kedua dari kerumitan muncul dari periode yang lebih lama dari perlindungan dan polis yang mengakumulasi nilai uang tunai. **Polis nilai tunai** mengombinasikan pertanggungan kematian dengan akumulasi tabungan. Polis sumbangan mirip dengan asuransi berjangka terkecuali bahwa jika pemilik polis tetap hidup selama jangka waktu yang ditentukan, pemberi asuransi membayarkan suatu jumlah sekaligus (*lump sum*). Polis seumur hidup pada dasarnya adalah polis sumbangan dengan jangka waktu yang sangat lama – sampai usia pemilik polis 100 tahun. Variasi lain dari polis nilai tunai adalah asuransi seumur hidup universal, yang mirip asuransi seumur hidup terkecuali bahwa pembayaran premi dan manfaat dikaitkan dengan suku bunga jangka pendek sehingga dapat berbeda setiap waktu. Polis nilai tunai memiliki manfaat yang memungkinkan pemilik polis untuk meminjam dari pemberi asuransi, yang membuatnya lebih serbaguna dalam memberikan perlindungan resiko dibandingkan polis berjangka. Premi untuk polis nilai tunai, bagaimanapun, jauh lebih besar daripada premi untuk polis berjangka, seringkali sepuluh kali lebih besar atau lebih.

Terakhir, anuitas (**tunjangan tahunan**) adalah salah satu produk asuransi yang paling rumit. Anuitas pada dasarnya adalah rencana tabungan pensiun yang memberikan pembayaran teratur pada pemilik polis sampai mereka meninggal – jika mereka meninggal sebelum usia tertentu, maka penerima manfaat akan memperoleh sejumlah *lump sum* atau satu paket pembayaran. Terdapat dua periode yang dikaitkan dengan anuitas: periode akumulasi saat pemilik polis membayar premi, dan periode pembayaran kembali saat pemberi asuransi memberikan pembayaran kepada si pemilik polis.

Karena periodenya lebih lama, dan mengakumulasi nilai tunai, menghitung premi untuk anuitas dan polis nilai tunai membutuhkan sebuah model penentuan harga yang rumit mencakup faktor-faktor dalam asumsi tentang bervariasinya perubahan tingkat mortalitas yang diperkirakan. Bahkan untuk polis berjangka sepuluh tahun, tingkat mortalitas di banyak negara dapat berubah secara signifikan selama periode berjalan.

Penentuan harga untuk polis jangka panjang juga semakin rumit dengan adanya kebutuhan untuk memperkirakan pendapatan investasi, karena bunga dari premi yang diinvestasikan adalah sumber pendapatan yang signifikan bagi pemberi asuransi. Terlebih lagi, dalam lingkungan yang dilanda inflasi, pemberi asuransi harus melakukan penyesuaian untuk mengelola nilai kini yang nyata dari polis. Mengelola polis asuransi jangka panjang membutuhkan kejelian berinvestasi dan praktek pencadangan. Sebuah lembaga pemberi asuransi yang menawarkan polis jangka panjang juga harus mendapatkan kepercayaan dan keyakinan dari para pemegang polis, yang biasanya diperkuat dengan pengaturan pengawasan yang ketat.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|-------------------------------|---|
| ✓ Anuitas (tunjangan tahunan) | ✓ Asuransi kesehatan |
| ✓ Polis nilai tunai | ✓ Asuransi jiwa |
| ✓ Penghapusan kredit | ✓ Tabungan seumur hidup (<i>Life savings</i>) |
| ✓ Asuransi bencana alam | ✓ Asuransi properti |
| ✓ Nilai sekarang | ✓ Asuransi jiwa berjangka (<i>term life</i>) |

3.2. Lima Produk yang Direkomendasikan

Bahkan produk asuransi yang paling sederhana pun dapat lebih rumit dibandingkan produk pinjaman atau tabungan. Walaupun mungkin terdapat LKM yang menawarkan tabungan seumur hidup dan polis nilai tunai di masa yang akan datang, manual ini menjelaskan lima produk asuransi mendasar yang merupakan variasi dari penghapusan kredit dan polis asuransi jiwa berjangka (Gambar 3.2.).

**Gambar
3.2.**

Lima Produk yang Direkomendasikan

PENGHAPUSAN KREDIT KARENA KEMATIAN

Pertanggungungan atas saldo pinjaman (ditambah bunga yang hilang) jika si peminjam meninggal dunia.¹⁵

PENGHAPUSAN KREDIT KARENA KECACATAN

Pertanggungungan atas saldo pinjaman (ditambah bunga pinjaman yang hilang) saat terjadi kejadian yang menyebabkan nasabah cacat secara permanen.

MANFAAT TAMBAHAN

Polis jiwa berjangka untuk nasabah berdasarkan pada jangka waktu pinjaman. Jika si peminjam meninggal selama periode pinjaman, penerima manfaat akan menerima sejumlah pembayaran untuk membiayai pemakaman dan pengeluaran lain yang dibutuhkan segera. Dalam manual ini, hal itu disebut sebagai Manfaat Tambahan karena skema ini dijual bersama Penghapusan Kredit Karena Meninggal (dan mungkin bersama dengan Penghapusan Kredit Karena Cacat) dan karena itu manfaatnya merupakan tambahan di atas saldo pinjaman, yang ditanggung oleh polis lain.

PERTANGGUNGAN JIWA TAMBAHAN

Selalu dijual bersama dengan Manfaat Tambahan, merupakan polis asuransi jiwa berjangka yang mencakup sejumlah anggota keluarga yang lain. Jangka waktu asuransi sesuai dengan jangka waktu pinjaman.

PERTANGGUNGAN LANJUTAN

Polis berjangka satu bulan adalah kelanjutan dari polis Manfaat Tambahan. Seorang nasabah LKM dapat membeli produk ini pada akhir periode pinjamannya jika mereka ingin untuk memiliki perlindungan asuransi tanpa mengajukan pinjaman lagi.

¹⁵ Terdapat perdebatan mengenai apakah Penghapusan Kredit juga harus mencakup "bunga yang hilang" di masa depan. Di satu sisi, saat seorang peminjam meninggal dan klaim dibayarkan, LKM akan mampu untuk meminjamkan uang sekali lagi. Di sisi lain, biaya yang diperlukan untuk merekrut dan menyaring nasabah baru dapat menjadi sangat tinggi. Sehingga kematian peminjam, terutama peminjam ulang dengan saldo pinjaman yang relatif besar, dapat sangat mempengaruhi keuntungan jika modal kemudian dipinjamkan kepada nasabah baru yang membutuhkan biaya pelayanan yang mahal.

Produk-produk jangka-pendek dan terkait-kredit ini dapat digambarkan sebagai blok-blok bangunan. Dimulai dengan Penghapusan Kredit, setiap blok dibangun di atas sistem dan pengalaman dari produk sebelumnya. Misalnya, jika sebuah LKM memiliki sistem yang efektif untuk mengelola sebuah produk Penghapusan Kredit karena Meninggal, maka akan mudah untuk menambahkan Penghapusan Kredit karena Cacat, dan tidak akan terlalu sulit untuk menawarkan polis Manfaat Tambahan. Diharapkan bahwa produk-produk ini akan diperkenalkan satu per satu melewati jangka waktu tahunan seiring usaha LKM dalam mengembangkan keahliannya, meskipun tentu saja sebuah LKM tidak harus menyediakan semua produk tersebut.

Saat kerumitan dari produk-produk tersebut meningkat, maka nilai untuk para pemegang polis juga akan meningkat. Dengan Penghapusan Kredit karena Meninggal dan Penghapusan Kredit karena Cacat, perlindungan sebetulnya diperoleh oleh LKM karena asuransi akan mengurangi resiko kreditnya. Penelitian pasar tidak cukup bisa menggali permintaan atas produk ini, karena para peminjam memiliki asumsi bahwa LKM akan enggan untuk menagih hutang dari anggota keluarganya yang masih hidup (tidak seperti pemberi pinjaman informal – lihat Kotak 3.1).

Kotak 3.1.

Pinjaman Mati bersama Peminjamnya

Jika si peminjam meninggal, pemberi pinjaman informal biasanya akan mencoba untuk menagih saldo pinjaman yang tersisa dari anggota keluarganya yang masih hidup. Klaim pada pinjaman yang tersisa seringkali sulit dilakukan terhadap anggota keluarga yang tidak hanya sedang menghadapi biaya pemakaman, tetapi juga menghadapi kehilangan pendapatan dari anggota keluarga yang meninggal. Dalam kasus yang ekstrim, jika anggota keluarga si peminjam tidak dapat membayar pinjamannya, mereka mungkin harus bekerja pada si pemberi pinjaman untuk melunasi pinjaman.

Salah satu dari banyak alasan dari keberhasilan koperasi kredit (*credit union*) adalah bahwa mereka menjual asuransi Penghapusan Kredit bersama dengan pinjaman. Peminjam pada koperasi kredit mengetahui bahwa jika mereka meninggal, anggota keluarganya tidak akan dipaksa untuk membayar pinjamannya, atau yang lebih buruk, terperangkap sebagai buruh yang terikat bagi si pemberi pinjaman.

Bagaimanapun, pengalaman mengenai **Penghapusan Kredit** memberikan dasar yang penting bagi penyediaan asuransi dan dapat mengurangi kerentanan pada rumah tangga berpendapatan rendah. Ketiga produk lain -- **Manfaat Tambahan, Pertanggungjawaban Jiwa Tambahan dan Pertanggungjawaban Lanjutan** -- memberikan peningkatan nilai pengelolaan resiko bagi nasabah. Jika LKM lebih banyak menyediakan asuransi dengan sumberdaya sendiri, sangat dianjurkan baginya untuk mengembangkan keahlian dalam mengelola **Penghapusan Kredit** sebelum mereka mempertimbangkan untuk menawarkan ketiga produk lain yang berfokus pada konsumen tersebut.

Sisa bab ini menggambarkan matra-matra dari kelima produk, yang juga dirangkum dalam Tabel 3.2 pada halaman berikutnya:

- Kejadian yang dapat diasuransikan
- Eligibilitas
- Penyaringan
- Periode menunggu
- Pengecualian
- Kecurangan pemegang polis
- Manfaat
- Jangka waktu
- Wajib atau sukarela?
- Metode pengumpulan premi
- Jatuh waktu dan pembaruan

Tabel 3.2 Lima Produk

	Penghapusan Kredit karena Kematian	Penghapusan Kredit karena Kecacatan	Manfaat Tambahan	Pertanggungjawaban Jiwa Tambahan	Pertanggungjawaban Lanjutan
Kejadian yang diasuransikan	Kematian nasabah	Kecacatan permanen yang dialami nasabah	Kematian nasabah	Kematian anggota keluarga yang dicalonkan	Kematian nasabah
Pihak yang elijibel (dapat ikut serta)	Nasabah	Nasabah	Nasabah; polis ini harus dijual bersama Polis Penghapusan Kredit	Anggota keluarga nasabah yang khusus (dengan pembatasan umur); polis ini harus dijual bersama Manfaat Tambahan	Nasabah dengan pertanggungjawaban Manfaat Tambahan sebelumnya
Penyaringan	Penyaringan kredit dengan pemeriksaan yang teliti oleh petugas kredit	Penyaringan secara visual oleh petugas kredit	Penyaringan kredit dengan pemeriksaan yang teliti oleh petugas kredit	Penyaringan visual oleh petugas kredit	Penyaringan kredit sebelumnya
Masa menunggu	Tidak ada	Tidak ada	Satu jangka waktu kredit atau empat bulan, mana yang lebih lama	Dua jangka waktu kredit atau enam bulan, mana yang lebih lama (dari tanggal pemberitahuan)	Tidak ada, karena nasabah telah melewati masa menunggu untuk polis Manfaat Tambahan
Pengecualian	Bunuh diri	Mutilasi diri sendiri, dan persyaratan	Bunuh diri	Bunuh diri, kemungkinan pengecualian	Bunuh diri

	Penghapusan Kredit karena Kematian	Penghapusan Kredit karena Kecacatan	Manfaat Tambahan	Pertanggungjawaban Jiwa Tambahan	Pertanggungjawaban Lanjutan
		husus yang sudah ditentukan sebelumnya		umur	
Seleksi	Menggunakan nasabah yang ada	Menggunakan nasabah yang ada	Menggunakan nasabah yang ada	Petugas kredit memeriksa anggota tambahan	Menggunakan nasabah yang ada yang baru saja membayar angsuran terakhirnya
Kecurangan pemegang polis	Diskualifikasi dari pelayanan di masa datang	Diskualifikasi dari pelayanan di masa datang	Diskualifikasi dari pelayanan di masa datang	Diskualifikasi dari pelayanan di masa datang	Diskualifikasi dari pelayanan di masa datang
Manfaat	Berbagai pilihan tergantung jumlah saldo pinjaman	Berbagai pilihan tergantung jumlah saldo pinjaman	Penyesuaian premi dan manfaat tergantung pada permintaan dan kemampuan	Penyesuaian premi dan manfaat tergantung pada permintaan dan kemampuan	Penyesuaian premi dan manfaat tergantung pada permintaan dan kemampuan
Jangka waktu	Sama seperti jangka waktu pinjaman	Sama seperti jangka waktu pinjaman	Sama seperti jangka waktu pinjaman	Sama seperti jangka waktu pinjaman	Satu bulan - yang dapat diperbarui
Wajib/ sukarela	Wajib	Wajib	Sukarela atau wajib	Mungkin sukarela	Sukarela
Metode pengumpulan premi	Dibayar dimuka, diambil dari angsuran pembayaran pinjaman	Dibayar dimuka, diambil dari angsuran pembayaran pinjaman	Dibayar dimuka, diambil dari angsuran pembayaran pinjaman	Dibayar dimuka, diambil dari angsuran pembayaran pinjaman	Pembayaran tunai per bulan atau pengurangan dari tabungan
Lewat waktu	Tidak mungkin	Tidak mungkin	Tidak mungkin	Tidak mungkin	Lewat waktu untuk memperbarui akan menyebabkan diskualifikasi

Kotak
3.2.***Polis-Polis Terpisah dan Berjangka Pendek***

Logika membangun blok, di mana setiap produk berikutnya dibangun di atas sistem dan pengalaman produk-produk sebelumnya, menghasilkan tumpang-tindih yang signifikan antar kelima jenis polis tersebut. Meskipun tumpang-tindih, polis ini juga harus dijual secara terpisah dan tidak digabungkan dalam satu produk. Polis yang terpisah membantu LKM dan nasabah memahami perbedaan fitur dari setiap polis.

Setiap produk dirancang sesederhana mungkin untuk meminimalkan kesulitan dalam menentukan tarif. Setiap usaha untuk menambah fleksibilitas dengan cara menyesuaikan variabel akan memperumit penetapan harga. Secara khusus, elemen pokok dari desain produk ini adalah jangka waktunya setahun atau kurang. Elemen-elemen tersebut perlu untuk dimodifikasi secara signifikan jika jangka waktunya lebih lama, misalnya jika LKM menawarkan pinjaman dalam periode waktu lebih dari setahun.

Kejadian yang Ditanggung

Untuk produk **Penghapusan Kredit, Manfaat Tambahan, dan Pertanggungan Lanjutan**, kejadian yang dapat dijamin adalah kematian si pemegang polis. Dalam kasus **Pertanggungan Jiwa Tambahan**, kematian dari anggota keluarga pemegang polis yang dicalonkan juga termasuk dalam kejadian yang ditanggung.

Adalah hal yang lebih sulit untuk mendefinisikan kejadian yang dijamin dalam polis **Penghapusan Kredit karena Cacat** karena cacat dapat didefinisikan dalam berbagai hal. Untuk menghindari kebingungan dan potensi konflik klaim, maka menjadi hal yang vital untuk mendefinisikan dengan tegas kejadian yang ditanggung dan untuk membatasi perlindungan atas kecacatan yang: a) dapat diverifikasi dengan mudah dan b) cenderung tidak mendorong perilaku bahaya moral (*moral hazard*). Skala berikut direkomendasikan:

- Kehilangan fisik (daripada kehilangan kegunaan) satu kaki atau satu tangan
- Kehilangan fisik (daripada kehilangan kegunaan) satu jari DAN satu jari telunjuk pada tangan yang sama
- Kebutaan pada kedua mata, kecuali yang disebabkan oleh katarak
- *Paraplegia* – kelumpuhan total dan tidak dapat disembuhkan pada kedua tubuh bagian bawah
- *Hemiplegia* – kelumpuhan total dan tidak dapat disembuhkan pada satu lengan dan satu kaki pada sisi tubuh yang sama

Kehilangan anggota badan dan jari-jari adalah hal yang mudah untuk divalidasi oleh agen lapangan. Untuk kelumpuhan, LKM membutuhkan catatan dokter untuk meyakinkan bahwa kecacatan tersebut bersifat permanen dan bukan hanya sementara. Kebutaan juga tidak terlalu sulit untuk diverifikasi, tetapi terdapat kerumitan yang penting untuk kebutaan. Pada negara berkembang, terutama di wilayah khatulistiwa, ditemukan banyak

Banyak pemberi asuransi yang menawarkan asuransi kecacatan menempatkan salinan polis mereka di internet. Walaupun bukanlah hal yang baik untuk menyalin polis perusahaan asuransi lain, tapi akan bermanfaat untuk melihat apa yang mereka lindungi dan apa yang menjadi perkecualian mereka. Perhatikan bagaimana polis-polis tersebut dibuat dengan hati-hati dan spesifik dan bagaimana pemberi asuransi menulis dengan sangat hati-hati untuk menghindari penggunaan kata-kata dan anak kalimat yang dapat mengarah kepada kesalahpahaman.

kejadian katarak. Memasukkan katarak ke dalam perlindungan polis kecacatan akan menjerumuskan lembaga pada masalah seleksi yang merugikan. Karena kebutaan karena katarak bersifat bertahap, seseorang yang baru saja didiagnosis menderita katarak dapat mengajukan dan memperoleh pinjaman karena tahu bahwa mereka akan segera buta dalam beberapa daur pinjaman ke depan pinjaman mereka akan dihapuskan.

Beberapa polis pertanggungan karena cacat juga membayar saat pemegang polis kehilangan ibu jari mereka, tetapi skema ini tidak direkomendasikan. Pertanggungan karena cacat dapat menciptakan sebuah nilai ekonomi atas anggota tubuh nasabah dan mendorong bahaya moral. Memang sepertinya tidak mungkin bagi pemilik polis untuk melakukan mutilasi diri sendiri, tetapi jika pinjamannya cukup besar, seorang pemegang polis dapat mempertimbangkan untuk memotong ibu jari atau jari mereka. Ini memang terdengar terlalu aneh, tetapi di Amerika Serikat banyak orang rela menjual organ mereka untuk melunasi hutangnya (misalnya ginjal untuk transplantasi).

Masalah hubungan masyarakat bersumber dari potensi konflik mengenai apa yang ditanggung dan apa yang tidak ditanggung dapat menyebabkan biaya yang lebih besar daripada manfaatnya, dengan demikian diperlukan usaha keras untuk menerangkan ketentuan mengenai kejadian yang ditanggung dengan sejelas-jelasnya Kotak 3.3 menunjukkan beberapa tantangan untuk mencapai kejelasan mengenai ketentuan itu.

Kotak 3.3.

Kematian karena Kecelakaan vs. Kematian karena Penyakit

Adalah hal yang umum bagi pemberi asuransi untuk menjual asuransi yang menanggung kejadian "kematian karena kecelakaan". Sebuah kejadian yang dijamin spesifik dalam hal ini, dapat menghasilkan kebingungan dan meningkatkan biaya transaksi. Petugas pinjaman yang menjual produk ini perlu menjelaskan perbedaan antara "kematian karena kecelakaan" dan "kematian karena penyakit". Karena terdapat area abu-abu di antara dua hal tersebut, hal itu dapat menyebabkan masalah dalam pelatihan staf dan hubungan masyarakat. Biaya transaksi tambahan berasal dari tantangan untuk memverifikasi klaim. Misalnya, seandainya seseorang menghadapi kecelakaan mobil dan menerima operasi organ internal yang ia percaya perlu untuk sembuh, ia kemudian meninggal beberapa bulan kemudian karena penyakit yang sebagian besar (*tetapi tidak semua*) dialami oleh orang-orang yang melakukan operasi organ tersebut. Biaya untuk menentukan penyebab kematian dapat menjadi sangat tinggi. Sebuah LKM yang mempertimbangkan untuk menjadi agen bagi pemberi asuransi yang menjual polis pertanggungan "kematian karena kecelakaan" perlu untuk menegosiasikan pelatihan bagi petugas kreditnya dalam melakukan pemasaran dan melakukan verifikasi klaim. LKM juga harus menyadari bahwa permusuhan dapat muncul jika pemberi asuransi menolak sebuah klaim.

Elijibilitas

Alasan yang paling mendasar untuk membatasi pihak yang boleh ditanggung adalah untuk mencegah terjadinya seleksi yang merugikan. Untuk kelima produk yang direkomendasikan, hubungan yang formal antara asuransi dan kredit ditujukan untuk memilih pemegang polis secara positif, yang secara keseluruhan, dianggap kurang beresiko dibandingkan penduduk secara umum. Hal ini dicapai dengan dua cara. Pertama, karena nasabah telah melalui penyaringan kredit (baik melalui anggota kelompok atau secara langsung), pemberi pertanggungan dapat memastikan bahwa nasabah yang cukup sehat – dan cukup muda (lihat Kotak 3.4) – untuk menerima sebuah pinjaman, tidak pula merupakan ancaman yang serius bagi skema asuransi penghapusan kredit karena kematian atau karena kecacatan.

Kotak 3.4.

Memberlakukan Pembatasan Umur

Sebagian besar LKM memiliki batas atas umur untuk persyaratan kredit mereka, biasanya sekitar 65 atau 70 tahun. Jika usia pemohon melebihi batasan tersebut, mereka tidak dapat menerima pinjaman karena mereka merupakan resiko kredit. Pada beberapa LKM, hal ini cenderung menjadi aturan lemah yang sering terlewatkan oleh petugas bagian pinjaman. Petugas bagian pinjaman seringkali ingin untuk melanjutkan memberi pinjaman pada peminjam yang baik meskipun mereka telah melampaui batas atas umur, atau mereka malah mencari peminjam yang lebih tua karena peminjam tersebut lebih dapat dipercaya dibandingkan nasabah berusia muda.

Resiko kredit ini dapat dihindari jika LKM memiliki polis Penghapusan Kredit, tetapi untuk itu pemberi asuransi juga harus menetapkan batas atas usia. Pada kenyataannya, baik jika Penghapusan Kredit dikelola sendiri atau menggunakan sumberdaya luar (*outsource*), batasan atas usia mutlak perlu untuk diberlakukan dengan tegas, demi bekerjanya penghitungan penetapan harga

Kedua, produk asuransi yang disampaikan dalam manual ini adalah bersifat tambahan (produk sekunder) untuk pinjaman. Status sekunder ini merupakan kendali atas seleksi nasabah yang merugikan, karena nasabah sepertinya tidak akan mengajukan pinjaman sebagai cara untuk memperoleh asuransi. Masalah seleksi terbalik akan meningkat secara dramatis saat asuransi dijual secara terpisah. Karena alasan itu, manual ini tidak menyarankan LKM untuk menawarkan asuransi berjangka bagi umum – sekali seseorang memiliki kesempatan untuk membeli asuransi secara langsung (alih-alih melalui pinjaman), hal ini akan meningkatkan secara dramatis kemungkinan orang-orang beresiko tinggi mengajukan polis asuransi, yang akan membutuhkan pengawasan tambahan atas penyaringan nasabah.

Masalah seleksi nasabah yang terbalik (*adverse selection*) meningkat secara dramatis saat asuransi dijual sebagai produk bebas, terpisah dari kredit atau tabungan.

Persyaratan untuk polis **Asuransi Jiwa Tambahan** adalah lebih rumit. Penting untuk menentukan bahwa nasabah tidak dilepas untuk mencalonkan siapapun secara bebas anggota keluarga yang mereka pilih

untuk ditanggung dalam asuransi, karena mereka akan cenderung memilih orang-orang yang mereka yakini akan mengalami kejadian yang ditanggung. Dengan **Asuransi Jiwa Tambahan**, petugas bagian pinjaman harus meyakinkan bahwa orang yang ditempatkan dalam polis adalah sungguh-sungguh merupakan bagian dari anggota keluarga. Penting untuk menjelaskan dengan tegas jumlah tambahan jiwa yang dapat dijamin. Semakin banyak jumlahnya, semakin besar resikonya. Kasus di UMASIDA di Tanzania (lihat Kotak 3.5) menunjukkan resiko menambahkan jiwa tambahan ke dalam polis, begitu pula masalah terkait dengan penentuan harga karena belas kasihan dan subsidi donor.

Kotak 3.5.

Masalah Penetapan Harga dan Bahaya Polis Asuransi Jiwa Tambahan – UMASIDA di Tanzania

Proyek UMASIDA di Tanzania adalah skema asuransi kesehatan bersama yang didukung ILO, yang secara efektif bangkrut. Satu faktor yang menghancurkan kesehatan keuangannya adalah mengizinkan tambahan anggota keluarga ke dalam polis tanpa meyakinkan dengan sungguh-sungguh bahwa mereka benar-benar anggota keluarga atau benar-benar patut dipertanggungjawabkan. Hal ini memungkinkan orang-orang untuk menempatkan anggota keluarga mereka yang paling sakit ke dalam polis, yang meningkatkan resiko dengan cepat bagi pemberi asuransi. Seperti salah satu anggota UMASIDA katakan "sekarang saya dapat membayar biaya kesehatan bagi orangtua saya yang sakit-sakitan."

Manajemen UMASIDA mengenali bahwa penentuan harga yang lemah juga memberikan kontribusi terhadap masalah. Mereka menentukan bahwa perawatan kesehatan yang komprehensif bagi penduduk pinggiran yang miskin akan membutuhkan biaya sekitar US\$ 1 per orang per bulan. Dengan pertimbangan bahwa anggota tidak akan mampu untuk membayarnya, keengganan dari anggota yang potensial, dan sedikit dana dari donor untuk subsidi jangka pendek, mereka memutuskan untuk membebani US\$ 1 per keluarga per bulan. Dengan demikian, mereka memulai dengan dua masalah serius dalam penentuan harganya: 1) mereka menentukan harga terlalu murah untuk produknya tanpa melakukan asesmen keuangan; dan 2) mereka menarik anggota karena mengharapkan subsidi dari donor.

Subsidi dari donor (terutama untuk operasional) habis dengan cepat dan diketahui dengan cepat bahwa premi terlalu rendah. Hal tersebut menuntut UMASIDA untuk menaikkan harga beberapa kali, yang tidak diterima dengan baik oleh anggota. Sebagai tambahan, penentuan harga awal yang lemah menghancurkan usaha untuk membangun cadangan dana yang cukup.

Diangkat dari McCord (2000a).

Polis Jiwa Tambahan juga harus mendefinisikan ciri-ciri tambahan jiwa yang memenuhi syarat, terutama mengenai usia. Misalnya, mungkin polis tersebut akan dapat menanggung satu tambahan jiwa dewasa (selain peminjam) berusia antara 25 – 65 tahun dan dapat menanggung sampai empat orang anak (berusia kurang dari 25 tahun).¹⁶ Tingkat kematian bayi yang tinggi dapat pula mendorong para pemberi asuransi untuk menentukan batas bawah umur untuk polis ini – misalnya, polis ini tidak menanggung orang berumur di bawah usia 6 tahun.

Meskipun polis **Lanjutan** tidak digabungkan pada pinjaman, rancangannya menggunakan penyaringan kredit untuk menentukan elijibilitas. Polis **Lanjutan** tersedia untuk nasabah dengan perlindungan **Manfaat Tambahan** yang tidak ingin memperbarui pinjamannya, tapi ingin tetap melanjutkan perlindungan asuransinya. Produk **Lanjutan** masih bersifat sekunder untuk pinjaman karena konsumen masih harus membayar kembali (setidaknya) dua pinjaman untuk memenuhi syarat, dan sepertinya jarang sekali nasabah yang mengajukan pinjaman sebagai cara untuk dapat mengakses asuransi.

Seharusnya tidak terdapat celah antara cakupan **Manfaat Tambahan** dan polis **Lanjutan**. Jika nasabah menolak polis saat mereka melakukan pembayaran angsuran terakhirnya, mereka seharusnya tidak diizinkan lagi untuk mengambil polis melewati tanggal itu, karena hal itu akan menimbulkan masalah seleksi nasabah yang terbalik. Misalnya, beberapa bulan setelah melunasi pinjamannya, mantan peminjam itu didiagnosis menderita tuberkulose. Dia mungkin menyadari bahwa waktu tersebut adalah waktu yang tepat untuk mengajukan polis asuransi, tetapi dia hanya akan memenuhi syarat jika dia mengambil pinjaman lain dan menunggu dalam periode waktu yang telah ditentukan.

Karena elijibilitas adalah cara yang paling mendasar untuk mengendalikan seleksi nasabah yang terbalik, hal ini dapat pula digunakan sebagai insentif kesetiaan untuk menghargai peminjam ulang dengan rekaman pembayaran yang bagus. Jika polis **Manfaat Tambahan** dan **Jiwa Tambahan** adalah produk sukarela, misalnya, maka LKM dapat menetapkan bahwa hanya nasabah yang telah melunasi tiga pinjaman tanpa tunggakan yang dapat membeli produk ini. Selanjutnya, jika mereka tidak mempertahankan rekam jejak kredit mereka yang bagus pada pinjaman berikutnya, maka mereka akan kehilangan elijibilitas untuk dapat memperoleh asuransi.

Penyaringan Nasabah

Biaya untuk menyaring calon pemegang polis untuk asuransi jiwa dan kecacatan dapat menjadi sangat tinggi. Hal ini terutama pada kasus di wilayah yang kekurangan dokter. Biaya ini biasanya dihindari dengan polis berdasar-pinjaman karena asumsi yang dibuat tentang kesehatan nasabah melalui proses seleksi kredit, yakni, bahwa mereka dianggap cukup sehat untuk melewati jangka waktu pinjaman.

Asumsi ini sering tidak mencukupi. Meskipun petugas bagian pinjaman bukanlah praktisi medis, mereka seharusnya secara bijaksana mempertimbangkan kesehatan pelamar pinjaman dengan mengawasi tanda-tanda yang menunjukkan kondisi kesehatan, seperti pendeknya nafas atau batuk-batuk. Untuk **Penghapusan Kredit karena Cacat**, penting juga bagi petugas pinjaman untuk mencatat jika pelamar telah memiliki kelumpuhan pada anggota badan dan jari-jari mereka.

Polis Asuransi Jiwa Tambahan terutama berbahaya bagi LKM karena tambahan jiwa belum disaring untuk kredit. Disarankan bagi petugas bagian pinjaman untuk melihat setiap anggota keluarga dalam daftar dan memastikan bahwa mereka terlihat sehat. Hal ini tidak memberikan solusi yang optimal, tetapi hal ini lebih baik dibandingkan hanya sekedar bergantung pada jangka waktu menunggu saja.

16 Bagi LKM yang memberikan asuransi di luar jangkauan peraturan sebagai sebuah manfaat anggota, maka polis Tambahan Jiwa, dan bahkan mungkin polis Lanjutan, tidak akan cocok untuk dicarikan celah hukumnya.

Untuk melindungi diri dari klaim yang salah, perlu pula untuk memiliki beberapa formulir data diri dalam file kita, seperti fotokopi kartu pengenal orang-orang tambahan atau foto mereka. Langkah tambahan untuk produk Jiwa Tambahan ini dapat secara signifikan meningkatkan biaya administrasi jika tidak dikelola dengan hati-hati.

Jangka Waktu Menunggu

Jangka waktu menunggu dalam asuransi akan mengurangi resiko seleksi nasabah yang merugikan dengan menciptakan jarak waktu antara saat nasabah mulai membayar polis dan saat mereka benar-benar menerima perlindungan asuransinya. Semakin besar resiko atas seleksi yang salah, semakin lama periode menunggunya. Dalam konteks asuransi berdasar-pinjaman, periode menunggu merujuk pada sebuah periode antara memperoleh pinjaman dan dapat memperoleh asuransi.

Dalam **Polis Penghapusan Kredit**, resiko pilihan yang merugikan relatif kecil karena LKM secara efektif adalah sang penerima manfaat. Jika terdapat sebuah periode menunggu untuk **Polis Penghapusan Kredit** karena Meninggal – yakni, kalau perlindungan asuransi tidak berlaku untuk pinjaman pertama – maka LKM akan terperangkap dalam dilema tentang apa yang akan dilakukan terhadap saldo pinjaman dari peminjam yang sudah meninggal dunia. Sebagai tambahan, biasanya terdapat beberapa minggu saat seorang pemohon baru mengajukan pinjaman dan saat ia benar-benar menerimanya, maka sebuah periode menunggu tambahan untuk Penghapusan Kredit karena meninggal (dan karena cacat) mungkin tidak diperlukan.

Asuransi mikro harus bereksperimen dalam jangka waktu menunggu dan menyesuaikannya berdasarkan pengalaman mereka sendiri. Sebuah skema yang dianjurkan ditunjukkan pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3. Jangka Waktu Menunggu untuk Kelima Produk

<i>Produk</i>	<i>Kerentanan dari Seleksi Nasabah yang Terbalik</i>	<i>Jangka Waktu Menunggu</i>
Penghapusan Kredit karena kematian	Rendah	Tidak ada
Penghapusan Kredit karena kecacatan		Tidak ada
Manfaat Tambahan		Satu daur periode pinjaman
Jiwa Tambahan		Dua daur periode pinjaman, harus memberikan pemberitahuan 6 bulan sebelumnya untuk bergabung
Lanjutan	Tinggi	Tidak ada, tetapi harus telah memiliki polis Manfaat Tambahan

Tantangan terbesar untuk mengendalikan seleksi yang terbalik adalah dalam Asuransi Jiwa Tambahan. Kesulitannya pertama kali muncul saat seorang nasabah mengidentifikasi orang-orang yang akan dicakup oleh polis. Calon-calon tersebut dapat diajukan pada saat periode satu pinjaman berakhir *sebelum* nasabah tersebut memenuhi syarat untuk Asuransi Jiwa Tambahan, sehingga pertanggunggaan dapat diperoleh nasabah sejak awal periode pinjaman berikutnya. Alternatifnya, nasabah boleh menyebutkan sejumlah nama orang tambahan pada awal pinjaman yang dapat diterima, dan akan harus menunggu selama satu jangka waktu (mungkin sampai enam bulan) sebelum pertanggunggaan efektif. Pilihan pertama membutuhkan perencanaan administratif dan prakiraan; pilihan berikutnya berarti bahwa para nasabah harus membayar untuk pertanggunggaan sebelum mereka benar-benar memperolehnya.

Kesulitan seleksi nasabah yang kedua dalam **Asuransi Jiwa Tambahan** adalah saat pemegang polis ingin mengubah daftar nama calon yang mereka ajukan. Situasi ini merupakan peringatan tanda bahaya karena terdapat kemungkinan besar bahwa nasabah mencoba untuk menggantikan orang yang beresiko rendah dengan kandidat yang memiliki resiko lebih tinggi. Solusinya adalah melarang adanya perubahan dan hanya memberikan satu kali kesempatan kepada nasabah untuk memberikan daftar nama calon. Jika cara ini dianggap terlalu kejam dan LKM ingin mengizinkan adanya perubahan, maka tambahan jiwa baru tersebut harus menunggu dalam satu periode menunggu. Disarankan bahwa pemegang polis harus memberikan permintaan tertulis bahwa mereka ingin untuk menempatkan seorang anggota baru dalam polis mereka dan orang tersebut baru akan dapat dilindungi setelah enam bulan sejak surat itu diterima.

Periode menunggu dimaksudkan untuk melindungi pemberi asuransi, misalnya, dari menanggung seorang anggota keluarga yang telah didiagnosis menderita AIDS, dan pulang ke rumah untuk meninggal. Semakin lama waktu menunggu, semakin aman skema ini dari resiko tersebut. Namun jika periode menunggu terlalu lama, maka skema ini akan tidak terlihat menarik bagi nasabah.

Pengecualian untuk periode menunggu dapat dipertimbangkan pada beberapa situasi, seperti kelahiran anak jika polis mencakup bayi. Pengecualian lain mungkin untuk penggantian anggota yang usianya tidak lagi berada dalam batasan usia yang dilindungi oleh polis. Isu-isu mengenai **Asuransi Jiwa Tambahan** mencakup pokok-pokok mengenai kerumitan administrasi terkait dengan produk ini.

Tanamkan di pikiran bahwa setiap perubahan dalam rancangan polis dapat memiliki konsekuensi serius dan tidak terduga, maka setiap keputusan untuk merubah produk ini harus diambil dengan sangat hati-hati dan tidak terburu-buru

Meskipun memiliki resiko pilihan yang merugikan yang tinggi, polis **Asuransi Lanjutan** tidak membutuhkan periode menunggu tambahan karena nasabah telah melewati periode menunggu untuk **Manfaat Tambahan**. Jika mereka memutuskan untuk menghentikan polis Lanjutan, maka mereka hanya akan bisa memulai lagi polis mereka dengan memperoleh pinjaman terlebih dahulu.

Pengecualian

Pengecualian dalam asuransi jiwa biasanya dirancang untuk mencapai salah satu dari tiga tujuan: 1) mengurangi bahaya moral yang memberikan dorongan bagi pemegang polis untuk menyebabkan atau meningkatkan kemungkinan terjadinya kejadian yang dijamin; 2) mengurangi masalah seleksi nasabah yang merugikan yang disebabkan oleh orang-orang yang telah didiagnosis menderita penyakit yang akut; dan 3) melindungi pemberi asuransi dari resiko kovarian.

Bagi asuransi jiwa, bunuh diri biasanya dikecualikan dari pertanggunggaan asuransi karena ini menunjukkan masalah bahaya moral. Dua bahaya moral lain yang umum menjadi pengecualian adalah a) mengemudi

sambil mabuk dan b) berpartisipasi dalam kegiatan ilegal. Sebagai pengecualian, saat pemegang polis meninggal karena penyebab ini, pemberi asuransi tidak berkewajiban untuk memenuhi klaim. Hal ini berlaku pula untuk mutilasi-diri sendiri pada **Penghapusan Kredit karena kecacatan**, meskipun mungkin akan sulit untuk dibuktikan. Seperti yang didiskusikan sebelumnya, disarankan untuk mengecualikan kebutaan karena katarak, untuk menghindari masalah seleksi nasabah yang merugikan.

Karena resiko kovarian dapat berdampak pada tampungan resiko dalam persentase secara mendadak dan berpotensi untuk membawa kebangkrutan bagi pemberi asuransi, disarankan pula untuk mengecualikan pertanggungan kematian yang disebabkan oleh:

- Perang, invasi atau aksi musuh luar negeri
- Kekerasan lain, termasuk perang sipil, pemberontakan dan revolusi
- Kerusuhan dan huru-hara sipil

Tanamkan di pikiran anda bahwa pengecualian-pengecualian tersebut perlu diverifikasi dan didefinisikan dengan jelas agar dapat diterapkan. Pengecualian harus dilakukan dengan cerdik. Hal-hal tersebut harus disampaikan sebelumnya dengan jelas kepada pemegang polis dan diingatkan secara teratur untuk menghindarkan nasabah dari harapan yang salah. Sementara pemberi jaminan ingin mengurangi kemungkinan mereka terhadap resiko-resiko tersebut, LKM mungkin menghadapi masalah reaksi publik atas pengecualian dari orang-orang yang berpikir mereka seharusnya dilindungi, tapi mereka tidak mendapatkan perlindungan itu.

Pengalaman-pengalaman lain mengenai pengecualian dan asuransi mikro diperlukan untuk melihat apakah pendekatan lain terhadap pengecualian yang secara umum digunakan oleh industri asuransi sesuai dalam target pasar berpendapatan-rendah. Misalnya, bunuh diri merupakan pengecualian logis untuk **Penghapusan Kredit**, tapi hal ini tidak memecahkan masalah LKM dalam mengajukan klaim terhadap sisa pinjaman dari peminjam tersebut. Dan jika LKM mulai menolak klaim berdasarkan pengecualian itu, mereka mungkin menghadapi kesulitan mempertahankan kepercayaan nasabah meskipun pengecualian yang mereka lakukan adalah sah. Adalah juga hal yang berharga untuk mencatat bahwa perubahan pengecualian polis dapat membawa manfaat hubungan baik dengan publik, seperti yang ditunjukkan dalam Kotak 3.6.

Kotak 3.6.

Keuntungan Hubungan Masyarakat dari Pengubahan Pengecualian dalam Polis

Perubahan terhadap kebijakan pengecualian dapat menambah nilai pemasaran, seperti yang dialami oleh FINCA Uganda dan mitranya American Insurance Group (AIG). Polis kecelakaan pribadi yang ditawarkan oleh AIG/ FINCA Uganda memberikan pengecualian untuk kematian akibat AIDS. Bagaimanapun, karena AIDS sangat jarang ditemukan sebagai penyebab aktual dari kematian, AIG memutuskan untuk menghilangkan pengecualian ini karena nilai hubungan masyarakat dari memasukkan kematian akibat AIDS jauh lebih besar daripada tambahan klaim yang terjadi karena AIDS tersebut.

Kecurangan Pemegang Polis

Kecurangan terjadi dalam berbagai cara yang sebagian besar bersifat operasional dan akan dibahas dalam seksi manajemen operasional dan keuangan (Bab 4 dan 6). Dalam hubungannya dengan rancangan polis, disarankan untuk memiliki sebuah klausula dalam dokumen polis yang menyebutkan bahwa setiap pemilik polis yang mengajukan klaim yang curang akan didiskualifikasi dari haknya untuk memperoleh pelayanan keuangan apapun dari LKM selamanya. Kelompok peminjam juga dapat memberi tekanan kepada anggotanya untuk tidak mengajukan klaim curang, jika disyaratkan bahwa klaim curang dari salah satu anggota akan menghilangkan hak seluruh anggota kelompok untuk memperoleh pelayanan keuangan dari LKM.

Manfaat

Meskipun produk **Penghapusan Kredit** karena **kematian dan kecacatan** adalah produk yang paling mudah untuk diatur, jumlah manfaat yang berbeda menjadikan penetapan harga menjadi rumit. Manfaatnya adalah pelunasan sisa pinjaman, tetapi hal ini berubah setiap ada pembayaran angsuran. Lagipula, LKM juga perlu untuk memutuskan apakah ia hanya ingin menutup saldo pinjaman, atau juga mencakup bunga yang seharusnya ia peroleh jika pinjaman tersebut dilunasi sesuai akad. Metode untuk menghitung bunga yang hilang akan bervariasi tergantung pada apakah suku bunga berdasarkan saldo yang menurun atau suku bunga tetap; penghitungan juga bergantung pada jenis produk, misalnya, akan lebih sulit untuk memperkirakan bunga yang hilang pada sebuah pinjaman berbatas jumlah maksimum (*credit line*) daripada pada sebuah pinjaman berjangka waktu tertentu (*term loan*).

Dalam Polis Manfaat Tambahan dan Lanjutan, manfaatnya adalah jumlah yang tetap. Untuk menyederhanakan, direkomendasikan bagi LKM untuk hanya menawarkan pilihan jumlah manfaat satu atau dua saja pada awalnya. Untuk menentukan nilai sekarang yang sesuai untuk polis, LKM perlu melakukan asesmen dalam dua cara. Pertama, ia harus menentukan biaya rata-rata yang dikeluarkan oleh rumah tangga saat terjadi kematian, termasuk biaya pemakaman dan kehilangan pendapatan jangka pendek. Kedua, penelitian pasar perlu dilakukan untuk memperkirakan jumlah premi yang mampu atau mau dibayar oleh orang-orang tersebut. Di antara biaya kematian dan kemampuan untuk membayar premi, LKM harus mampu untuk menetapkan sejumlah manfaat yang sesuai (lihat juga Bab 7 untuk panduan dalam penentuan harga manfaat).

Jumlah manfaat untuk polis Jiwa Tambahan terkait dengan jumlah Manfaat Tambahan, tetapi berbeda bagi setiap anggota keluarga. Direkomendasikan bahwa nilai sekarang untuk tambahan jiwa orang dewasa adalah 50 persen dari manfaat tambahan atau pemegang polis primer, dan manfaat untuk anak-anak adalah 25 persen dari jumlah tersebut. Rasio ini digunakan dalam Polis Kecelakaan Kelompok AIG/ FINCA Uganda yang digambarkan dalam Kotak 3.7.

Kotak 3.7.

Manfaat dari Polis Kelompok Kecelakaan Pribadi— AIG/ FINCA Uganda

- ♦ Kematian karena penyakit – penutupan pinjaman
- ♦ Kematian karena kecelakaan (nasabah) – penutupan pinjaman ditambah US\$ 800
- ♦ Kematian karena kecelakaan (pasangan) – US\$400
- ♦ Kematian karena kecelakaan (setiap “tanggungan” sampai 4 jiwa) – US\$200
- ♦ Kecacatan (nasabah) – penutupan pinjaman

Catatan: PDB per kapita Uganda pada tahun 1998 adalah US\$310; saldo rata-rata FINCA Uganda pada akhir tahun 1999 adalah US\$60 dan jangka waktu pinjaman rata-rata adalah 4 bulan. *Sumber: McCord (2000b).*

Terdapat beberapa alasan mengapa anggota keluarga tambahan mendapat jumlah manfaat yang lebih rendah. Pertama, sulit untuk menyaring orang yang dicalonkan, sehingga LKM rentan terhadap orang-orang yang memiliki penyakit kronis yang ditempatkan ke dalam polis oleh nasabah. Manfaat yang terbatas mengurangi dampak dari kejadian ini. Kedua, terdapat resiko kovarian yang signifikan dalam **Jiwa Tambahan** karena seringkali rumah tangga menghadapi bahaya yang sama, misalnya seluruh anggota keluarga tewas dalam kecelakaan bus atau kebakaran. Ketiga, adalah hal yang logis bagi pemegang polis primer untuk mendapatkan manfaat yang lebih besar karena asumsi bahwa dia menjalankan sebuah bisnis yang merupakan sumber pendapatan utama bagi keluarga. Karena itu manfaat kematiannya harus mencakup biaya pemakaman ditambah beberapa bulan pendapatan yang hilang untuk rumah tangganya dalam melewati masa transisi yang sulit. Manfaat yang lebih kecil bagi anak-anak dilandasi alasan bahwa biaya pemakaman mereka biasanya lebih kecil.

Jangka Waktu

Supaya klaim berlaku, kejadian yang dijamin harus terjadi di dalam periode polis. Untuk semua polis yang berdasar pinjaman, panjangnya periode polis ditentukan oleh periode pinjaman. Untuk **Penghapusan Kredit karena meninggal (dan karena kecacatan)**, periode pinjaman dan asuransi harus benar-benar sama. Potensi kebingungan hanya mungkin muncul jika nasabah masih memiliki sisa pinjaman setelah periode pinjaman berakhir, dan kemudian dia meninggal. Secara teknis, hal itu tidak dicakup dalam polis asuransi.

Untuk polis **Manfaat Tambahan dan Jiwa Tambahan**, LKM perlu memutuskan apakah kedua periodenya harus benar-benar sama atau apakah periode asuransi harus sedikit lebih lama. LKM mungkin menghadapi situasi di mana nasabah telah mengajukan pinjaman ulang tapi belum menerimanya. Jika nasabah meninggal selama periode antarpinjaman ini, mereka tidak akan dicakup oleh polis kecuali periode asuransi diperpanjang sedikit di atas periode pinjaman.

Mengenai polis **Lanjutan**, periode satu-bulan yang dapat diperbarui direkomendasikan. Dari sudut pandang pemberi jaminan, periode polis yang lebih lama meningkatkan kerumitan penetapan harga dan karenanya meningkatkan resiko ketidakcukupan premi (terutama dalam lingkungan yang terkena

inflasi). Ditambah, periode satu-bulan yang dapat diperbarui dengan pembayaran premi tunggal memungkinkan pemberi jaminan untuk menghindari kehilangan premi (meskipun ia masih harus menghadapi polis-polis yang tidak diperbarui). Dari sudut pandang nasabah, polis Lanjutan memberikan perlindungan jiwa selama periode di mana mereka tidak menginginkan pinjaman – mereka mungkin ingin meminjam kembali tiga bulan lagi, sembilan bulan lagi, atau tidak pernah lagi. Periode satu-bulan yang dapat diperbarui memberikan fleksibilitas bagi nasabah untuk mengisi jarak antarpinjaman.

Alasan lain mengapa periode dibuat pendek untuk semua produk adalah untuk menghindari penetapan premi yang berbeda selama jangka waktu polis. Adalah hal yang penting, bagaimanapun, untuk menginformasikan pada nasabah bahwa jumlah premi dapat berbeda dari satu polis ke polis berikutnya. Pemberi asuransi mikro seharusnya tidak membuat komitmen dalam jangka waktu lama pada tingkat premi yang tetap, karena premi perlu disesuaikan dengan pengalaman klaim yang dihadapi dan inflasi.

Wajib atau Sukarela?

Seperti yang didiskusikan dalam Bab 1, tidak ada jawaban yang mudah untuk pertanyaan: “Apakah asuransi harus bersifat sukarela atau wajib?” Dari kelima produk, **Penghapusan Kredit karena meninggal dan cacat** harus bersifat wajib karena mereka memberikan manfaat secara primer kepada LKM. Jika produk ini ditawarkan secara sukarela maka akan sangat sedikit nasabah atau malah tidak ada sama sekali yang mau membelinya. Sebaliknya, polis **Lanjutan** harus bersifat sukarela. Situasi kurang jelas bagi polis **Manfaat Tambahan** dan **Jiwa Tambahan**.

Manfaat Tambahan dapat bersifat wajib atau sukarela. Jika ia diwajibkan, LKM dapat memastikan banyaknya jumlah peserta, sehingga menyederhanakan sistem administrasi, dan memperkecil resiko seleksi nasabah yang merugikan. Tetapi jika nasabah merasa marah dan kecewa telah membeli produk ini, dan ini mempengaruhi secara negatif kesetiaan konsumen, maka kerugian atas pertanggung jawaban wajib ini dapat melebihi manfaat yang diperoleh.

Meskipun mungkin, polis Jiwa Tambahan akan sulit diwajibkan karena peminjam mungkin hidup sendirian, atau mereka mungkin tidak memiliki anggota keluarga yang sesuai di dalam batasan usia. Dalam kasus tersebut, mereka akan menyesal telah dipaksa untuk membeli produk asuransi yang tidak bermanfaat bagi mereka.

Produk asuransi sukarela akan selalu lebih mahal dibandingkan produk asuransi yang wajib, karena dua hal. Pertama, karena resiko seleksi nasabah, di mana sejumlah besar orang yang lebih beresiko akan terpilih, sehingga premi resiko harus lebih tinggi. Kedua, fitur sukarela menambah biaya administrasi dan penjualan karena staf lapangan harus menggunakan waktu meyakinkan nasabah untuk membeli polis dan kemudian harus mencatat siapa yang ikut dan yang tidak. Di sisi lain, produk sukarela dapat digunakan sebagai hadiah untuk menghargai nasabah-nasabah terbaik yang dimiliki organisasi – misalnya, jika mereka membayar angsuran tiga pinjaman tanpa ada pembayaran yang terlambat, maka mereka memenuhi syarat untuk membeli produk asuransi yang baru.

Metode Pengumpulan Premi

Mengenai produk asuransi yang berdasarkan pada pinjaman, pembayaran premi diintegrasikan ke dalam proses peminjaman. Untuk **Penghapusan Kredit karena meninggal**, karena **kecacatan**, **Manfaat Tambahan** dan **Jiwa Tambahan**, integrasi ini dapat dilakukan dalam dua cara. Bisa melalui cara pembayaran di mana keseluruhan premi diambilkan dari jumlah pinjaman di muka (atau jumlah pinjaman

dinaikkan dengan menambahkan jumlah premi), atau pembayaran premi dilakukan secara berkala digabungkan dengan pembayaran angsuran pinjaman.

Pilihan pertama –pembayaran di muka- sangat direkomendasikan. Administrasi, penetapan harga dan akunting jauh lebih sederhana jika seluruh premi dibayarkan di muka. Pembayaran di muka juga menghindarkan kehilangan premi yang dapat terjadi pada pilihan kedua jika nasabah terlewatkan angsurannya. Hal yang mungkin harus menjadi perhatian mengenai pembayaran premi di muka adalah beberapa peminjam mungkin mengetahui bahwa mereka akan meninggal beberapa bulan ke depan, dan karena mereka telah membayar seluruh premi untuk seluruh periode pinjaman, mereka mungkin memilih untuk tidak membayar angsuran pembayaran pinjaman sedikitpun. LKM dapat mengatasi hal ini jika ia memasukkan sebuah klausula ke dalam akad asuransinya mengenai penolakan polis jika keterlambatan pembayaran angsuran pinjaman melebihi sejumlah hari tertentu.

Alasan pokok untuk mengintegrasikan pembayaran premi ke dalam angsuran pinjaman adalah jika premi tersebut terlalu mahal dan nasabah merasa tidak nyaman dengan kenyataan bahwa jumlah tersebut akan diambil dari jumlah pinjaman yang mereka ajukan. Juga, nasabah mungkin akan mengeluhkan pembayaran bunga untuk premi. Misalnya. Jika pinjaman adalah US\$500 dan preminya adalah 2 persen, LKM akan membayarkan US\$10 untuk premi dan hanya akan memberikan US\$490 kepada peminjam, tetapi nasabah masih tetap harus membayar bunga berdasarkan pinjaman sejumlah US\$500.

Untuk polis Lanjutan, pengumpulan premi akan menjadi lebih sulit karena transaksi tidak lagi dapat dilakukan berdasarkan pinjaman. Terdapat tiga pendekatan yang berbeda untuk melakukan pengumpulan premi yang dapat dipertimbangkan oleh LKM:

- **Pembayaran oleh nasabah:** Jika pos layanan LKM berlokasi strategis bagi nasabah dan antrian kasir pendek, maka akan bermanfaat jika nasabah membayar premi kepada LKM setiap bulan untuk memperbarui polis mereka. Pengaturan seperti ini memberikan kesempatan berinteraksi tatap muka bagi LKM dengan nasabahnya, yang menciptakan peluang manajemen hubungan dan penjualan silang tanpa mendatangkan biaya transaksi yang besar.
- **Pengumpulan dari-pintu-ke-pintu:** Konsumen yang sibuk akan memilih metode pengumpulan dari pintu ke pintu, yang dapat meningkatkan kemungkinan bahwa konsumen akan terus memperbarui polis mereka. Bagaimanapun, biaya administrasi terkait dengan hal ini akan terlalu besar dan mahal. Ditambah lagi, cara ini akan meningkatkan kerentanan LKM terhadap kecurangan dan resiko keamanan.
- **Pengurangan secara otomatis dari tabungan:** Dari sudut pandang biaya, solusi paling efektif adalah untuk mengambil premi dari rekening tabungan nasabah tiap bulan – bagaimanapun, hal ini hanya berguna di LKM yang menawarkan jasa tabungan. Seperti yang diperlihatkan dalam Kotak 3.8, Pengalaman di India menunjukkan bahwa cara ini adalah metode yang paling dipilih oleh nasabah.

Nasabah dengan penghasilan rendah, terutama mereka yang memiliki arus penghasilan tidak tetap mungkin akan menghadapi kesulitan membayar seluruh premi sekaligus. Di Afrika Selatan, pemberi jaminan pemakaman informal mengeluarkan buku kuitansi yang memungkinkan pemilik polis untuk membayar sejumlah tunai sesedikit apapun, kapanpun mereka memiliki uang tunai. Polis mereka tetap berlaku selama nasabah tetap memenuhi pembayaran premi pada akhir bulan.

**Kotak
3.8.*****Pengumpulan Premi oleh LKM di India***

Di India, LKM menggunakan berbagai metode yang berbeda untuk mengumpulkan premi. ICNW mengumpulkan premi untuk polis asuransi jiwanya dari rekening tabungan anggotanya. CDF dan LEAD menambahkan jumlah premi pada jumlah pinjaman asli, dan mengambil seluruh premi di saat mereka mengeluarkan pinjaman. Skema asuransi kesehatan ICNW dan asuransi ternak ASA mengharuskan anggotanya untuk membayar premi secara terpisah.

Menambahkan premi pada pinjaman atau tabungan membuat pengumpulan premi lebih mudah apabila dibandingkan dengan mengumpulkan premi secara terpisah. Biaya administrasinya lebih rendah dan ia menghilangkan kemungkinan kehilangan premi. Survei nasabah di antara LKM India tersebut menemukan bahwa peserta asuransi lebih memilih membayar asuransi dari rekening tabungannya daripada menambahkan premi ke dalam pinjaman karena beban bunga akan lebih tinggi daripada metode pengurangan dari rekening tabungan.

Diangkat dari Srinivasan dan Arunachalam, segera terbit

Lewat Waktu dan Tidak-Memperbarui

Untuk pembayaran premi di muka bagi keempat produk asuransi yang berdasarkan pada pinjaman, maka tidak mungkin LKM mengalami kehilangan premi. Pengaturan ini terutama bermanfaat bagi pemberi asuransi mikro karena nasabah tidak perlu memperbarui pinjaman untuk menerima pertanggungan, selama kejadian yang dijamin terjadi selama periode asuransi.¹⁷ Hal ini melindungi LKM dari situasi umum yang mana seorang nasabah jatuh sakit, terlambat membayar angsurannya, dan kemudian sekarat. Jika premi diintegrasikan ke dalam pembayaran angsuran pinjaman, bukan dibayarkan penuh di muka, maka klaim dalam kasus ini tidak akan berlaku.

Untuk polis Lanjutan, pembayaran di muka untuk periode satu-bulan yang dapat diperbarui juga mencegah terjadinya lewat waktu, tetapi pemberi asuransi masih rentan terhadap orang yang tidak memperbarui, yang pada dasarnya adalah sama. Tidak memperbarui polis lebih serius daripada terlambat membayar angsuran karena hal ini menunjukkan masalah seleksi nasabah yang merugikan. Jika seorang nasabah melewati pembayaran preminya selama beberapa bulan dan kemudian ia memutuskan untuk kembali melanjutkan, pemberi asuransi harus mencurigai kemungkinan nasabah tersebut berfikir bahwa terdapat kemungkinan besar bahwa kejadian yang ia jaminkan akan terjadi.

Konsekuensinya, sangat direkomendasikan bagi LKM untuk mendiskualifikasi pemegang polis dari pertanggungan jika mereka tidak memperbarui polis mereka secara teratur setiap bulan. Mereka seharusnya tidak diizinkan untuk mengajukan kembali dengan leluasa. Beberapa pemberi asuransi mungkin mengizinkan **masa tenggang** satu-bulan untuk mengakomodasi masalah arus keuangan. Kerugian dari kelonggaran ini adalah mungkin akan memberikan pesan yang berbeda bagi nasabah, berlawanan dengan pesan kedisiplinan untuk pembayaran angsuran pinjaman.

17 Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, mungkin akan bijaksana untuk membatasi jumlah hari keterlambatan yang diizinkan bagi nasabah sehingga polisnya tetap berlaku.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

✓ Persyaratan Usia	✓ Lewat waktu
✓ Manfaat	✓ Insentif kesetiaan
✓ Kewajiban	✓ Metode pengumpulan premi
✓ Kematian karena kecelakaan	✓ Pembaruan
✓ Kematian karena penyakit	✓ Penyaringan nasabah
✓ Eligibilitas	✓ Polis jangka pendek
✓ Pengecualian	✓ Jangka waktu
✓ Masa tenggang	✓ Sukarela
✓ Kejadian yang dtanggung	✓ Waktu menunggu

Bacaan lebih lanjut tentang Fitur Produk

- Roth, J., 1999, *"Informal microinsurance schemes—the case of funeral insurance in South Africa,"* Geneva, Switzerland: ILO Social Finance Programme, www.ilo.org/socialfinance.
- McCord, M., 2000a, *"Microinsurance: a case study of an example of the mutual model of microinsurance provision—UMASIDA,"* Nairobi, Kenya: MicroSave-Africa, www.microsave-africa.com.
- McCord, M.J., 2000b, *"Microinsurance in Uganda: a case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision—AIG/FINCA Uganda—group personal accident insurance,"* Nairobi, Kenya: MicroSave-Africa, www.microsave-africa.com.

KEGIATAN OPERASIONAL ASURANSI

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Menjelaskan fungsi-fungsi utama dari kantor pendukung (*back office*) LKM dan bagian operasional lapangan dalam merancang dan mengimplementasikan produk-produk asuransi
- ☐ Menemukanali titik-titik pokok yang rentan terhadap kecurangan dan menunjukkan cara-cara untuk mengatasi masalah tersebut
- ☐ Menggambarkan modifikasi dalam operasi yang mungkin dibutuhkan oleh LKM dalam memperkenalkan produk-produk asuransi
- ☐ Menentukan fungsi-fungsi yang dapat dilimpahkan ke pihak luar (*outsourse*) untuk meminimalkan gangguan pada LKM

Saat LKM memutuskan untuk menawarkan asuransi mikro, ia perlu melakukan serangkaian perubahan operasional. Petugas bagian pinjaman, akunting dan anggota staf lain akan memiliki tanggung jawab baru yang penting dan terintegrasi ke dalam pekerjaan rutin mereka. Produk-produk yang direkomendasikan di dalam manual ini dirancang untuk meminimalkan perubahan dramatis yang diperlukan dalam operasional organisasi. Bagaimanapun juga, dampak asuransi terhadap LKM akan bergantung pada skala operasional, pilihan produk yang ditawarkan dan tingkat penggunaan sumberdaya luar. Bab ini dibagi menjadi dua seksi yang menggambarkan dampak penyediaan asuransi terhadap operasional di lapangan dan operasional kantor pendukung (*front and back office*). Keputusan untuk menggunakan sumber daya luar akan membawa pengaruh lebih besar pada kegiatan kantor dibandingkan kegiatan lapangan karena banyak fungsi kantor pusat asuransi dapat diserahkan pada sebuah perusahaan asuransi atau perusahaan konsultan asuransi.

4.1. Kegiatan Kantor Pendukung

Kegiatan operasional kantor pendukung mencakup kegiatan personalia yang tidak berhubungan langsung dengan konsumen, mencakup manajemen senior, administrasi dan keuangan, sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan, dan auditor internal. Seksi ini memberikan sebuah gambaran tentang bagaimana kantor pusat akan dipengaruhi oleh bisnis asuransi – bab-bab berikutnya mencakup aspek-aspek tertentu secara lebih rinci, termasuk akunting dan manajemen keuangan pada Bab 6, dan penentuan harga pada Bab 7.

Gambar 4.1. Kegiatan Kantor Pendukung dari *Fireman's Fund* (Dana Pemadam Kebakaran)



Fireman's Fund Insurance Co. Underwriters' Office, Boston, MA (1921).

Manajemen Senior

Manajemen senior dan dewan direktur memiliki dua tanggung jawab utama yang berkenaan dengan penyediaan asuransi. Pertama, mereka bertanggungjawab untuk menemu kenali, menegosiasi dan mengelola **hubungan dengan pihak luar** yaitu dengan perusahaan atau konsultan asuransi. Seperti yang didiskusikan dalam Bab 5, untuk mencapai perjanjian saling menguntungkan antara LKM dan perusahaan asuransi, LKM harus diwakili oleh negosiator yang sudah terampil, yang memiliki pemahaman dasar mengenai bisnis asuransi dan memiliki pengaruh yang cukup. Bahkan jika pada akhirnya LKM memilih untuk tidak menggunakan sumber daya luar, keputusan tersebut hanya dapat dicapai setelah para manajer senior menggali berbagai kemungkinan kerjasama yang tersedia.

Resistensi kepada perubahan:

"Kita tidak dapat mengarahkan ke mana angin bertiup, tetapi kita bisa menyesuaikan layar kita."

Kedua, manajemen senior memiliki peran sebagai **motivator visi yang terpenting**. Ketua Dewan Komisaris, direktur utama dan tim manajemen senior harus memberikan visi yang jelas bagi LKM – menjelaskan bagaimana asuransi cocok dengan gambar besar visi tersebut – dan kemudian memotivasi dan memandu para staf untuk mencapai visi tersebut. Salah satu rintangan terbesar untuk memperkenalkan produk baru – atau dalam kasus ini adalah

asuransi, dalam memasuki sebuah jenis bisnis baru – adalah **resistensi untuk berubah**. Para manajer senior harus menemukan cara untuk menjadikan organisasi mampu mengatasi keengganan tersebut dan mengajak staf untuk mengembangkan produk asuransi sebagai sebuah layanan integral yang akan mendorong kemampuan LKM untuk memenuhi misinya.

Keuangan dan Administrasi

Sebagai bagian dari manajemen operasional, Divisi Keuangan sebuah LKM mungkin akan menjadi bagian yang paling terpengaruh oleh tambahan bisnis asuransi, terutama jika LKM memilih untuk melakukan sendiri sebagian besar pekerjaannya.

Untuk tujuan akunting, jika produk-produk dikelola sendiri, LKM harus membuat sebuah catatan rekening dan sepaket buku yang terpisah untuk bisnis asuransinya. Meskipun pendataan keuangan asuransi akan mirip dengan operasional tabungan dan pinjaman LKM, akan terdapat beberapa rekening khusus

yang dibutuhkan dalam asuransi jiwa. Dalam **manajemen keuangannya**, produk asuransi akan juga membutuhkan laporan, rasio dan analisis kinerja baru. Sebagai tambahan, LKM perlu untuk menempatkan penerimaan premi dalam investasi yang aman dan lancar – bukan dalam portofolio pinjamannya – dan harus mengelola klaim yang layak serta cadangan tak terduga (lihat Bab 6).

Salah satu aspek paling sulit dalam bisnis asuransi adalah **penentuan premi** (lihat Bab 7). Saat memungkinkan, LKM sangat disarankan untuk menyewa sumberdaya luar untuk kegiatan ini, yaitu seorang aktuaris. Bahkan jika penentuan premi dikerjakan oleh sumber daya luar, LKM masih harus untuk **melacak pengeluaran administratif** yang berkenaan dengan penyediaan asuransi – termasuk waktu yang digunakan oleh petugas bagian pinjaman, juru tulis data dan manajer, juga porsi biaya kantor (*overhead*) – sehingga mereka dapat dimasukkan ke dalam perhitungan harga (lihat Bab 6). Jika LKM telah sering melakukan penetapan harga secara teratur bagi produk-produknya, pengalaman itu akan mempermudah pekerjaan LKM dalam penetapan harga untuk asuransi.

Hal yang sangat penting bagi kesuksesan sebuah produk asuransi baru adalah sistem **pemrosesan klaim** yang efisien. Jika LKM (atau mitra asuransinya) tidak membayar klaim dalam waktu seminggu, maka ia akan kehilangan kepercayaan dari nasabahnya. LKM dengan sistem operasional yang terdesentralisasi akan memperoleh manfaat yang signifikan jika manajer cabang regional memiliki kewenangan untuk menerima dan mengeluarkan pembayaran (hampir) secara langsung. Bagaimanapun juga, cara ini meningkatkan kerentanan LKM terhadap kecurangan. Jika hanya kantor pusat yang memiliki kewenangan untuk memproses klaim, organisasi harus menemukan sebuah cara untuk memperlancar dan mempercepat pemrosesan klaim.

Sistem Informasi Manajemen (SIM) dalam sebuah asuransi mikro akan memerlukan modifikasi untuk memberikan semua informasi tambahan yang dibutuhkan untuk mengelola sebuah skema asuransi, termasuk tambahan pada sistem akunting untuk mengelola buku catatan asuransi yang terpisah dan menghasilkan laporan kinerja yang baru. Sebagai tambahan, data informasi konsumen akan diperlukan untuk mencatat rincian seluruh nasabah yang ditanggung dan informasi kematian yang relevan.

Berdasarkan pada Sistem Informasi Manajemen yang ada dan produk asuransi yang ditawarkan, perubahan tersebut mungkin akan membutuhkan perangkat lunak yang khusus. Misalnya, produk Asuransi **Jiwa Tambahan** membutuhkan kolom tambahan untuk nama dan hari lahir anggota keluarga lain di dalam polis, hal ini diperlukan untuk mengetahui kapan orang-orang tersebut tidak lagi berada di dalam kisaran usia yang disyaratkan. Produk **Lanjutan**, yang tidak memiliki hubungan dengan pinjaman, mungkin akan membutuhkan perangkat lunak yang benar-benar baru secara keseluruhan. Masalah-masalah ini harus dipecahkan sebelum satu per satu produk diluncurkan.

Klaim-klaim yang diajukan nasabah harus dibayarkan secepat mungkin. Pembayaran dalam waktu seminggu adalah aturan yang sangat baik untuk klaim kematian. Klaim karena kecacatan akan membutuhkan waktu lebih lama. Apapun jenis klaimnya, manajemen perlu untuk menentukan tujuan yang jelas untuk mempercepat pembayaran dan bekerja keras untuk memastikan bahwa klaim dibayarkan dalam waktu yang telah ditentukan. Setiap kali batas waktu pembayaran klaim terlewat, pihak manajemen harus melakukan penyelidikan dan mengambil tindakan untuk memperbaiki.

Divisi Sumberdaya Manusia

Divisi sumberdaya manusia pada pokoknya bertanggungjawab untuk melakukan tiga tugas: perekrutan, pelatihan dan pembayaran para staf.

Penyediaan asuransi hanya akan membutuhkan perekrutan tambahan personel jika LKM beroperasi

dalam skala yang besar, menawarkan produk yang bermacam-macam, dan ingin melakukan sebagian besar kerja fungsi asuransi sendiri. Secara umum, tambahan produk asuransi tidak mengubah persyaratan pekerjaan di sebagian besar posisi. Satu pengecualian mungkin pada staf senior dalam divisi keuangan yang membutuhkan keahlian dalam penentuan harga, penaksiran resiko, dan manajemen asuransi, jika LKM memilih untuk tidak menggunakan sumber daya luar untuk fungsi ini.

Pelatihan tentang produk baru adalah hal yang pokok bagi staf lapangan, personel administrasi juga mungkin akan memerlukan pelatihan. Sebuah program pelatihan asuransi, yang harus dilakukan sebagian oleh para ahli dari luar, setidaknya pada pelatihan pertama (lihat Kotak 4.1), mencakup tiga elemen:

- **Konsep asuransi:** Walaupun staf lapangan tidak perlu mengetahui secara rinci bagaimana cara penetapan harga dan bagaimana perancangan sebuah polis asuransi, mereka harus memahami konsep-konsep dasar seperti penampungan resiko, seleksi nasabah yang merugikan dan bahaya moral. Misalnya, penting bagi mereka untuk memahami mengapa mereka perlu menanyakan sertifikat kematian saat memroses sebuah klaim dan mengapa mereka perlu mempertimbangkan kesehatan pelamar sebelum merekomendasikan mereka untuk mendapat pinjaman.
- **Penjualan:** Meskipun penekanannya akan berbeda untuk produk wajib dan sukarela, petugas bagian pinjaman perlu mengetahui dan menyadari bahwa mereka memiliki fungsi penjualan yang penting. Pelatihan mengenai teknik-teknik penjualan juga akan meningkatkan kemampuan mereka untuk menjual produk tabungan dan pinjaman, sebagaimana kemampuan mereka dalam menjual produk asuransi.
- **Pelayanan:** Seringkali pelatihan terlalu menekankan pada penjualan dan tidak pada pelayanan. Kritik terbesar untuk perusahaan-perusahaan asuransi di seluruh dunia adalah bahwa mereka dengan rajin mengumpulkan premi, tetapi saat peristiwa yang diasuransikan terjadi, pemberi asuransi bergerak lambat dan mencoba mencari alasan untuk menolak klaim tersebut. Untuk mempertahankan kepercayaan nasabahnya, LKM perlu membuktikan bahwa persepsi tersebut salah, ia harus sangat rajin dan responsif dalam melayani klaim. Karena itu, pelatihan staf harus menekankan aspek pelayanan yang sangat penting itu.

Sebagian besar produk asuransi yang disarankan dalam manual ini tidak mempengaruhi sistem **kompensasi** yang sudah ada dalam LKM. Sebagai konsekuensinya, petugas bagian pinjaman mungkin akan diminta untuk melakukan lebih banyak tanggungjawab tanpa peningkatan gaji. Jika manajemen tidak mampu meyakinkan petugas bagian pinjaman bahwa penyediaan asuransi membantu mereka untuk mencapai tujuan organisasi mereka dengan lebih baik, maka LKM mungkin harus menaikkan gaji untuk meningkatkan penerimaan staf terhadap produk asuransi – tetapi hal ini hanya dapat dilakukan jika organisasi mengalami peningkatan pendapatan dengan adanya produk asuransi ini. Saat LKM mulai menawarkan produk sukarela, maka ia dapat mempertimbangkan insentif kinerja yang sesuai, seperti yang didiskusikan pada Seksi 4.2.

**Kotak
4.1.*****Sumberdaya Manusia untuk Layanan Asuransi
SEWA***

SEWA telah membentuk sebuah tim kecil untuk mengelola program asuransi. Badan asuransi SEWA membuat polis, menentukan paket pelayanan dan premi, serta mengawasi unit manajemen asuransi.

Unit manajemen asuransi terdiri dari dua pekerja penuh-waktu yang mengelola administrasi dan operasi. Sebagai tambahan, SEWA mendapatkan keuntungan dari dukungan paruh-waktu dari penasehat teknis GTZ, seorang spesialis asuransi yang sebelumnya bekerjasama dengan United Indian Insurance Company (UIIC) yang saat itu berkolaborasi dengan program asuransi SEWA.

Skema asuransi didasarkan pada hubungan langsung dengan anggota melalui sebuah tim pekerja lapangan yang terintegrasi. Enam staf lapangan bekerja penuh-waktu dalam program asuransi SEWA. Sebagai tambahan, mitra perbankan SEWA dan pekerja kesehatan bekerja paruh-waktu dalam program asuransi selama waktu sibuk, seperti periode pengajuan klaim yang sangat banyak (misal, setelah bencana banjir) atau selama kampanye untuk mendaftar anggota baru. Dengan cara ini, tambahan 25 sampai 50 pekerja dapat dimobilisasi dengan cepat untuk bekerjasama dengan program asuransi, yang merupakan keuntungan dari bekerja di dalam struktur SEWA yang terintegrasi.

Skema asuransi ini mempekerjakan sedikit kader untuk manajemen dan staf lapangan yang bekerja untuk lebih dari 29 ribu nasabah asuransi, dan hal ini adalah sebuah operasi yang ramping dan hemat. Dalam rencana pengembangan bisnisnya, SEWA memperkuat tim ini dengan menambahkan manajer keuangan, aktuaris profesional, pemroses klaim, seorang pakar pemasaran dan pelayanan, dan lebih banyak lagi staf lapangan untuk mengelola pertumbuhan yang diproyeksikan akan mencapai 500 ribu pemilik polis dalam waktu lima tahun.

Pada awalnya, mitra asuransi SEWA, perusahaan asuransi LIC-lah yang memberikan pelatihan bagi staf mengenai konsep asuransi dan teknik pemasaran untuk produk baru. Saat ini, program asuransi SEWA mengorganisasi sendiri orientasi bagi pekerja lapangannya untuk menjelaskan manfaat, penentuan harga, prosedur klaim, dan aspek operasional yang lain. Orientasi ini sangat penting untuk memastikan keseragaman penyampaian layanan; terutama untuk pekerja lapangan dari jaringan kerja pelayanan kesehatan dan rekanan perbankan yang tidak bekerja penuh-waktu dalam program asuransi.

Diangkat dari McCord, Isern dan Hashemi (2001).

Penelitian dan Pengembangan

Terlepas dari apakah LKM memiliki Divisi Penelitian dan Pengembangan formal, fungsi penelitian dan pengembangan sangat penting bagi kesuksesan peluncuran produk asuransi dan pengembangannya yang berkelanjutan. Jika sebuah LKM tidak memilikinya, maka ia harus mempertimbangkan untuk mendirikan sebuah komite yang berfungsi-silang., dengan partisipasi staf lapangan, untuk mengawasi pengembangan produk-produk asuransi (lihat Kotak 4.2). Tanggungjawab Penelitian dan Pengembangan

mencakup:

- Melakukan **Penelitian Pasar** sehingga preferensi dan perilaku klien dapat difaktorkan ke dalam rancangan produk. Diskusi kelompok terfokus dan metodologi partisipatoris yang lain kelihatannya paling efektif untuk mencapai tujuan ini.
- **Uji coba awal** untuk sebuah prototipe produk pada beberapa cabang tertentu untuk memecahkan kekakuan dalam rancangan produk dan prosedur penyampaian. Bahkan sebuah produk yang relatif sederhana, seperti **Penghapusan Kredit** harus diuji terlebih dahulu dalam satu atau dua periode pinjaman sebelum diluncurkan secara lebih luas.
- Mengembangkan sebuah **strategi pemasaran** dan materi untuk edukasi nasabah dan para pemasar, termasuk lembar Pertanyaan yang Sering Diajukan sehingga petugas bagian pinjaman dapat memberikan informasi yang benar dan konsisten kepada para nasabahnya. Pertimbangkan pula untuk mengembangkan sebuah presentasi dengan gambar untuk membantu nasabah yang buta huruf dalam memahami asuransi. Isi presentasi tersebut adalah untuk menyampaikan reputasi penyedia layanan asuransi yang tanpa cela - bahwa ia dapat dipercaya, tidak menyalahkan dan peduli.
- **Pemantauan yang terus-menerus** dan membuat perbaikan yang diperlukan. Bahkan produk yang saat ini paling diterima pun akan membutuhkan perbaikan, dan hal ini terutama berlaku dalam asuransi karena harganya perlu disesuaikan berdasarkan pengalaman.

Pengawasan Intern

Untuk mengurangi kerentanannya, sebuah LKM mempertahankan kebijakan dan prosedur yang membentuk sistem pengawasan internnya. Menjual asuransi mikro membutuhkan satu set pengawasan intern yang benar-benar baru. Pengawasan internal ini, biasanya dirancang dan diawasi oleh sebuah divisi audit intern yang independen, termasuk aspek *pencegahan* dan *penyelidikan*. **Pengawasan pencegahan** (preventif) mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan, sedangkan **pengawasan penyelidikan (detective)** menemukan hal-hal tidak diinginkan yang telah terjadi. Seksi ini pertama-tama menggambarkan metode pencegahan yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan kecurangan asuransi yang mungkin terjadi. Penjelasan ini dirangkum dalam sebuah gambaran metode yang memenuhi kebijakan pengawasan dan mendeteksi kecurangan yang mungkin terjadi.

**Kotak
4.2.*****Komite Penelitian dan Pengembangan dan Proses Pengembangan Produk***

Pengembangan produk membutuhkan komitmen yang sangat besar dari tim inti penelitian dan pengembangan, yang merupakan perwakilan dari masing-masing divisi operasional. **Perwakilan lintas-fungsi** ini dibentuk untuk memenuhi dua tujuan. Pertama, memastikan bahwa proses penelitian dan pengembangan akan mempertimbangkan implikasi produk pada semua aspek organisasi. Kedua, menciptakan landasan yang luas atas kepemilikan produk baru yang akan membantu untuk mengatasi resistensi yang ada.

Perwakilan tiap departemen tidak harus selalu merupakan personel senior. Kadang pelibatan beberapa staf junior akan membawa ide-ide segar dan mengurangi bias.

Ketua tim dikenal sebagai **jago produk** karena dia bertanggungjawab untuk mengelola proses manajemen. Keberhasilan dalam pengembangan produk bergantung pada kemampuan sang jago untuk memotivasi tim dan menghasilkan konsensus.

Tim Penelitian dan Pengembangan harus menyampaikan laporan kegiatan mereka kepada seluruh bagian organisasi dan mengumpulkan saran selama prosesnya dari para pegawai yang tidak terlibat secara langsung. Jika tim penelitian dan pengembangan dianggap sebagai sebuah klub rahasia yang melakukan kegiatannya secara tertutup, maka tim ini akan menghadapi resistensi yang besar saat melakukan peluncuran produk. Namun jika tim ini komunikatif dan partisipatif, maka kemungkinan besar produknya akan mudah diterima khalayak pada akhir prosesnya.

Pencegahan Kecurangan

Dalam asuransi mikro, wilayah-wilayah yang rentan menghadapi kecurangan adalah: a) pengumpulan premi, b) penyaringan nasabah, c) periode menunggu dan d) klaim.



Wilayah-wilayah dalam asuransi mikro yang rentan terhadap kecurangan terutama adalah:

1. Pengumpulan Premi
2. Penyaringan Nasabah
3. Jangka Waktu Menunggu
4. Klaim

Resiko-resiko **pengumpulan premi** paling besar terdapat dalam polis Lanjutan, dan resiko ini lebih sedikit terdapat dalam polis Jiwa Tambahan dan Manfaat Tambahan. Produk-produk sukarela lebih rentan terhadap kecurangan dibandingkan produk wajib karena petugas bagian pinjaman dapat mengumpulkan premi lalu mengatakan bahwa nasabah memutuskan untuk tidak membeli asuransi. Masalah kecurangan lebih sedikit dihadapi jika premi diambil dari pinjaman yang akan diterima nasabah, selama mereka menyadari bahwa mereka seharusnya tidak memberikan pembayaran tambahan kepada petugas bagian pinjaman.

Untuk mencegah terjadinya kecurangan dalam pembayaran premi Lanjutan, LKM harus menggunakan kuitansi yang dinomori secara resmi (rangkap tiga) – satu untuk nasabah, cabang dan divisi akunting – kuitansi tersebut mencakup nama nasabah dan nomor akad, tanggal, jumlah dan tandatangan penerima setoran tunai. LKM juga memerlukan seseorang lain di samping petugas bagian pinjaman, misalnya manajer cabang, untuk menginformasikan kepada pemilik polis bahwa mereka harus memiliki kuitansi resmi selama periode klaim. Di penghujung hari, jumlah premi yang diterima harus sesuai dengan kuitansi yang dikeluarkan. Setiap harinya, anggota staf harus menandatangani buku yang terpisah untuk mengkonfirmasi bahwa dia telah mengecek bahwa premi yang diterima sebanding dengan kuitansi yang diterima, dan hal ini harus dikonfirmasi ulang pada kantor pusat melalui rekonsiliasi rekening.

Kelima produk tersebut dirancang untuk mengurangi beban **penyaringan nasabah** asuransi dengan benar-benar bersandar hanya pada penyaringan kredit. Dua pengecualian adalah pada polis **Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan** dan **Jiwa Tambahan** di mana penyaringan tambahan dibutuhkan. Untuk penghapusan pinjaman karena kecacatan, petugas bagian pinjaman harus melakukan verifikasi bahwa nasabah saat ini tidak memiliki kondisi-kondisi yang akan diasuransikan; untuk tambahan jiwa, anggota staf harus meyakinkan bahwa tambahan orang dalam polis a) ada, b) benar-benar tinggal di dalam rumah tangga pemegang polis dan c) memiliki kesehatan yang layak. Pengawasan pencegahan yang utama untuk penyaringan adalah pelatihan staf, sehingga staf lapangan menghargai pentingnya mematuhi kebijakan penyaringan nasabah.

Kecurangan mungkin terjadi dalam situasi di mana pemegang polis ingin menyampaikan pemberitahuan bahwa mereka menginginkan pertanggungan atau pertanggungan tambahan. Pada beberapa kasus, penting bagi pemegang polis untuk mengajukan pemberitahuan secara tertulis. Pembuatan konfirmasi atas **jangka waktu menunggu** disarankan untuk tidak hanya dilakukan oleh petugas bagian pinjaman saja, karena hal ini akan memunculkan peluang terjadinya kecurangan. Misalnya, jika anggota staf mengeluarkan tanda terima periode menunggu tanpa tanda tangan pihak kedua, maka hal ini akan memberi peluang bagi nasabah untuk menyuap petugas bagian pinjaman tersebut untuk memundurkan tanggal tanda terima.

Titik kerentanan terakhir dalam asuransi mikro adalah dalam proses **verifikasi dan pembayaran klaim**. Karena staf mungkin menginginkan sesuatu dari penerimaan sebuah klaim – menambah kualitas portfolio – maka mereka bukanlah pihak yang ideal untuk melakukan verifikasi. Bagaimanapun juga, tidak akan efektif biaya atau tepat waktu jika LKM melibatkan anggota staf lain dalam melakukan verifikasi klaim. Biaya atas tambahan personel dan penundaan pemrosesan klaim sulit terlalu besar. Untuk tujuan pengawasan internal, manajer cabang harus menandatangani semua aplikasi klaim. Jika memungkinkan, pembayaran klaim dibayarkan langsung kepada rekening penerima manfaat untuk menghindari perasaan-perasaan tertentu yang muncul saat uang tunai berpindah tangan. (Seperti yang dicatat pada akhir bab ini, sebuah LKM dapat memilih metode pembayaran lain demi alasan hubungan masyarakat.)

Jika LKM bekerjasama dengan sebuah perusahaan asuransi, ia akan perlu untuk menunjukkan kepada pemberi asuransi bahwa ia memiliki prosedur verifikasi klaim yang cukup. Penyedia layanan asuransi

tidak disarankan untuk terlibat langsung dalam proses verifikasi klaim karena hal ini pasti akan membuat penundaan. Keterlibatan mitra asuransi mungkin akan dibutuhkan dalam proses audit internal, terutama jika sistem LKM itu sendiri masih lemah.

Secara umum, sebuah pengawasan mendasar untuk mencegah terjadinya kecurangan adalah dengan **mendidik nasabah** secara aktif mengenai hak-hak dan kewajiban mereka, mencakup:

- Mengharuskan petugas untuk sebelumnya menomori kuitansi saat uang berpindah tangan
- Hanya memberikan uang kepada karyawan LKM yang telah ditunjuk sebelumnya
- Mengetahui saluran yang tepat untuk menyuarakan keluhan dan saran mereka.

Kampanye yang dipublikasikan dengan baik dalam hal ini tidak hanya akan mendidik nasabah, tetapi juga akan membuat karyawan berfikir dua kali untuk mengambil keuntungan dari nasabahnya, yang benar-benar terjadi dalam kasus koperasi keuangan di Filipina (lihat Kotak 4.3).

Kotak 4.3.

Kebutuhan Pendidikan Nasabah dan Pencegahan Kecurangan di Filipina

Tiga koperasi keuangan mempelajari dan menerapkan semua panduan prosedural formal dan kebijakan operasional dalam program asuransi kesehatan untuk mencegah kecurangan. Dokumen-dokumen, seperti kuitansi dan resep-resep harus diserahkan, diproses, dan diterima oleh petugas yang telah ditunjuk dalam organisasi sebelum klaim dibuat.

Bagaimanapun juga, Manajer Umum menemukan bahwa kecurangan yang mereka temui kenali melibatkan petugas koperasi dan karyawan. Manajer Umum menyampaikan bahwa jarang sekali ada anggota LKM yang melakukan kecurangan karena mereka tidak memahami kebijakan dan karena itu mereka tidak mengetahui potensi celah untuk melakukan kecurangan.

Meskipun koperasi telah mengumpulkan iuran wajib dari anggotanya sejak tahun 1989, petugas mengakui bahwa informasi mengenai program asuransi kesehatan belum disebarluaskan. Hanya petugas, karyawan, dan beberapa anggota yang mengetahui program tersebut sehingga mampu mengambil keuntungan.

Para petugas tidak menyampaikan informasi sehingga menghasilkan situasi yang tidak adil. Hal ini menyebabkan mayoritas anggota membayar tetapi para anggota tersebut tidak menyadari bahwa manfaat kesehatan mensubsidi hanya beberapa individu, kebanyakan petugas, yang memahami skemanya dengan baik. Menyembunyikan informasi dari anggota dilakukan karena kekhawatiran bahwa dana akan habis jika semua anggota membuat klaim, hal ini berakar dari kurang percaya dirinya organisasi akan kekuatan rancangan paket produknya.

Diangkat dari Soriano dkk (2002).

Deteksi Kecurangan

Deteksi kecurangan meliputi tiga elemen pokok: 1) audit operasional, 2) kunjungan kepada nasabah dan 3) keluhan konsumen.

Setelah membuat sistem pengawasan yang tepat, LKM perlu untuk meyakinkan bahwa pengawasan tersebut dilaksanakan. Semua manajer asuransi mikro di dalam organisasi harus memastikan bahwa karyawan yang menyampaikan laporan kepada mereka mematuhi kebijakan lembaga.

Auditor intern harus melakukan **audit operasional** secara berkala untuk meyakinkan bahwa kebijakan, prosedur dan proses-proses dipatuhi. Saat kebijakan tidak dipatuhi, biasanya disebabkan salah satu dari tiga alasan berikut: 1) karyawan tersebut terlibat dalam aktivitas kecurangan; 2) karyawan tersebut tidak mengetahui kebijakan atau tidak memahami kebijakan itu; atau 3) karyawan memiliki keyakinan bahwa kebijakan tersebut tidak masuk akal. Saat auditor operasional menemukan kecurangan, maka hal yang dibutuhkan mungkin adalah pelatihan staf atau evaluasi ulang beberapa kebijakan tertentu.

Kunjungan kepada nasabah adalah aspek yang penting dalam mendeteksi kecurangan untuk memastikan bahwa catatan nasabah dan catatan yang dimiliki LKM sama. Saat LKM memiliki jumlah nasabah yang banyak, auditor internal menggunakan metode pengambilan sampel secara selektif sehingga kunjungan cenderung dilakukan kepada nasabah yang lebih rentan terhadap kecurangan. Bagi penyedia layanan asuransi mikro, hal ini berarti kunjungan pada banyak pemilik polis **Lanjutan**, nasabah yang tidak memperbarui polis **Lanjutannya**, dan nasabah yang baru-baru ini melunasi pinjaman dan memilih untuk tidak membeli polis **Lanjutan**. Auditor internal juga bertanggungjawab untuk mengunjungi sejumlah penerima manfaat untuk memastikan bahwa klaim diproses sesuai dengan seharusnya. Secara khusus, mereka harus memeriksa klaim yang mencurigakan, misalnya; petugas bagian pinjaman yang nasabahnya memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi daripada tingkat kematian normal, petugas yang nasabahnya banyak meninggal saat pinjamannya menunggak, serta nasabah-nasabah yang meninggal dengan meninggalkan saldo pinjaman yang besar (lihat Kotak 4.4.).

Karena biasanya nasabah miskin dan tidak terdidik, mereka rawan menjadi korban kecurangan. Mereka seringkali menyadari bahwa ada seseorang yang mencoba mengambil keuntungan dari mereka, tetapi mereka tidak selalu berdaya untuk menghadapi hal ini, dan bahkan jika mereka ingin melakukan sesuatu, mereka mungkin tidak mengetahui bagaimana caranya. Sebuah metode penting untuk mendeteksi kecurangan dan untuk meningkatkan pelayanan kepada nasabah adalah pengembangan sistem **saran dan keluhan** yang menjadi saluran komunikasi bagi nasabah dalam menyuarakan pendapat mereka. Jika nasabah memiliki kemudahan untuk menyampaikan keluhan, dan jika keluhan mereka tidak harus melalui kantor cabang lokal, mereka akan lebih mungkin untuk melaporkan kegiatan-kegiatan yang meragukan dari petugas bagian pinjaman dan staf lapangan yang lain. Saat manajer cabang, manajer operasional atau auditor internal menyelidiki hal ini, kemungkinan besar mereka akan menemukan aktivitas yang curang.

Penting untuk mencatat bahwa rekan kerjalah yang lebih sering mendeteksi kecurangan dibandingkan auditor. Oleh karena itu, LKM harus menciptakan sebuah lingkungan kerja yang memberikan insentif bagi karyawan yang melaporkan dugaan kecurangan kepada level manajemen yang sesuai.

Kotak
4.4.**Deteksi Kecurangan dengan Statistik**

Sebuah LKM harus menemu kenali wilayah-wilayah kerentanan utama dan kemudian mengumpulkan data yang dapat dihitung dalam wilayah-wilayah tersebut. Misalnya, petugas bagian pinjaman bekerjasama dengan nasabah untuk mencurangi LKM dengan membantu mereka membuat klaim yang curang. Karena itu LKM harus mengawasi jumlah klaim untuk setiap petugas bagian pinjaman.

Sebuah perbandingan antara jumlah rata-rata klaim per petugas bagian pinjaman dan klaim setiap individu petugas bagian pinjaman dapat menemukan staf-staf dengan tingkat kematian yang melebihi rata-rata. Lajur berikut adalah sebuah contoh untuk proses tersebut.

Petugas bagian pinjaman	Jan 03	Feb 03	Mar 03	Apr 03	Mei 03	Jun 03	Jul 03	Ag 03	Sep 03	Okt 03	Nov 03	Des 03	Jumlah Klaim Total
Jose	1	2	1	2	0	2	1	2	0	2	1	2	16
David	3	4	4	2	3	5	1	7	4	2	5	2	42
Michael	1	0	2	1	0	1	1	1	0	2	1	1	11
Daniel	3	1	0	1	1	0	1	0	1	2	1	1	12
Cynthia	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	14

Jumlah rata-rata klaim per petugas bagian pinjaman = jumlah klaim total/ jumlah petugas bagian pinjaman = $95 / 5 = 19$.

David memproses sebanyak 42 klaim sepanjang tahun, lebih dari dua kali rata-rata klaim. Manajer atau auditor internal harus menyelidiki salah satu sampel dari klaim yang diajukan David. Secara khusus, LKM harus menyelidiki klaim pada bulan Agustus saat David mengajukan tujuh klaim, sementara petugas bagian pinjaman lain hanya mengajukan satu sampai tiga klaim per bulan. Tentu saja, pengalaman klaim David yang tinggi seharusnya sudah teridentifikasi pada bulan Mei atau Juni.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|------------------------------|--|
| ✓ Pembayaran klaim | ✓ Penelitian pasar |
| ✓ Pemrosesan klaim | ✓ Pelimpahan ke pihak luar (outsourcing) |
| ✓ Verifikasi klaim | ✓ Audit operasional |
| ✓ Edukasi nasabah | ✓ Uji coba awal |
| ✓ Kunjungan pada nasabah | ✓ Pengumpulan premi |
| ✓ Sistem kompensasi | ✓ Pengendalian pencegahan |
| ✓ Sistem saran dan keluhan | ✓ Juara produk |
| ✓ Perwakilan lintas-fungsi | ✓ Komite penelitian dan pengembangan |
| ✓ Pengawasan penyelidikan | ✓ Resistensi atas perubahan |
| ✓ Manajemen keuangan | ✓ Penyaringan nasabah |
| ✓ Deteksi kecurangan | ✓ Pelatihan staf |
| ✓ Sistem informasi manajemen | ✓ Jangka waktu menunggu |

4.2. Kegiatan Lapangan

Kegiatan lapangan sebuah lembaga asuransi mikro yang menawarkan produk asuransi jiwa dasar, pada dasarnya tidak memiliki perbedaan dengan aktivitas lapangan yang dimiliki LKM lain. Karena asuransi berdasarkan pada implementasi pinjaman, kelima produk ini tidak membutuhkan sebuah struktur lapangan yang berbeda. Tidak perlu ada satuan staf agen asuransi yang terpisah; pelaksanaan asuransi dapat diintegrasikan sebagai tambahan tanggungjawab bagi petugas bagian pinjaman.

Integrasi ini menghasilkan efisiensi dalam pelaksanaan asuransi, tetapi hal ini perlu ditangani dengan baik karena staf mungkin merasa terganggu dengan adanya beban pekerjaan tambahan, sehingga mereka tidak memberikan perhatian yang cukup pada pelayanan dan penjualan produk asuransi, yang mana kedua hal tersebut sangatlah penting, terutama untuk produk-produk sukarela. Seksi ini pertama-tama menggambarkan persoalan yang terkait dengan motivasi dan kompensasi staf, dan kemudian mempertimbangkan penjualan asuransi, proses penyaringan dan tanggungjawab pelayanan petugas bagian pinjaman.

Motivasi dan Kompensasi Staf

Petugas bagian pinjaman asuransi mikro yang sukses memiliki fokus pada dua tujuan: 1) meningkatkan jumlah nasabah yang mereka layani dan 2) mempertahankan kualitas portofolio yang baik. Pada umumnya mereka tidak akan merasa terganggu saat diminta untuk melakukan tugas-tugas lain yang mengalihkan mereka dari kedua tujuan tersebut, terutama jika mereka mendapatkan insentif berupa uang untuk pencapaian target peminjaman mereka. Dengan mengetahui hal tersebut, manajemen perlu meyakinkan petugas bagian pinjaman bahwa tanggung jawab tambahan dalam produk asuransi akan meningkatkan kemampuan mereka untuk mencapai tujuan mereka – petugas perlu untuk menyadari bahwa manfaat yang mereka dapatkan sesuai dengan usaha tambahan yang mereka lakukan.

Jika produk asuransi dirancang dengan baik dan dipasarkan dengan baik, maka ia akan mempercepat proses pencapaian kualitas portofolio yang besar dari petugas bagian pinjaman. Perlindungan asuransi

jiwa dapat meningkatkan kesetiaan konsumen, yang berkontribusi langsung pada tujuan pertama karena peningkatan pencapaian target akan lebih mudah dicapai dengan kembalinya para nasabah secara teratur untuk mengulangi pinjaman – bagaimanapun juga, efek kesetiaan lebih besar ditemui dalam produk sukarela. Polis **Lanjutan** pada khususnya memberikan kontribusi yang kuat pada kesetiaan karena ia memungkinkan petugas bagian pinjaman untuk mempertahankan hubungan dengan nasabah yang ingin berhenti meminjam. LKM yang memulai dengan jaminan penghapusan pinjaman jika pemegang polis meninggal mungkin perlu untuk menjelaskan kepada stafnya bahwa pengenalan asuransi adalah sebuah proses evolusioner yang pada akhirnya akan memungkinkan petugas bagian pinjaman untuk memberikan nilai lebih bagi konsumennya.

Untuk tujuan kedua, mengenai kualitas portofolio, asuransi memungkinkan petugas bagian pinjaman untuk menghindari cela dengan secara cepat mengabarkan kelalaian membayar angsuran karena kematian. Staf lapangan harus memiliki tingkat penerimaan yang tinggi terhadap produk asuransi jika sebelumnya mereka diharapkan untuk menagih saldo pinjaman yang tersisa dari anggota yang meninggal dalam kelompok peminjam atau perkebunan.

Mengenai **kompensasi**, adalah hal yang sulit untuk memberikan penghargaan kepada petugas kredit secara langsung bila menyediakan produk *asuransi wajib*. Untuk melihat produk asuransi wajib sebagai produk yang terpisah, dan untuk menekankan pentingnya produk tersebut bagi organisasi, disarankan bahwa tinjauan kinerja mencakup penilaian terhadap usaha petugas bagian pinjaman untuk menjual dan melayani nasabah untuk produk asuransi. Tapi bagaimana dengan menjual asuransi yang diwajibkan? Meskipun hal ini terdengar kontradiktif, staf tetap perlu untuk menyampaikan nilai produk sehingga konsumen merasa senang memiliki produk tersebut (atau setidaknya terhindar dari rasa ketidakpuasan atas produk itu – lihat Kotak 4.5). Kinerja petugas bagian pinjaman dapat dievaluasi dengan mengamati teknik penjualan mereka dan mewawancarai seorang sampel nasabah mengenai reaksi mereka atas cara penjualan petugas. Pelayanan dapat diukur dengan selisih jumlah hari antara terjadinya peristiwa yang diasuransikan dengan klaim, dan selisih jumlah hari antara pengajuan klaim dan pembayaran.

Adalah hal yang mungkin, dan disarankan untuk memberikan penghargaan kepada staf atas keberhasilan mereka dalam menjual produk *asuransi sukarela*, tetapi insentif berupa uang untuk penjualan asuransi perlu ditangani dengan sangat hati-hati. Seringkali dikatakan bahwa asuransi tidaklah dibeli, ia dijual. Dengan pikiran tersebut, salah satu cara yang paling efektif dalam mendorong staf untuk menjual produk sukarela adalah dengan memberikan penghargaan kepada mereka. Bagaimanapun juga, dengan adanya insentif ini perlu ada penegasan untuk menghindari penekanan penjualan yang melebihi kemampuan pelayanan, dan harus tidak mengalihkan perhatian petugas bagian pinjaman dari tujuan mereka untuk mempertahankan kualitas portofolio yang besar.

**Kotak
4.5.**

***Pentingnya Menjual Polis Asuransi Wajib – Kasus
FINCA Uganda***

FINCA Uganda (FU) menawarkan asuransi kecelakaan kelompok (*Group Personal Accident (GPA)*) sebagai agen dari American Insurance Group (AIG). Setelah pengalaman selama beberapa tahun, produk tersebut diubah dari sukarela menjadi wajib dan manfaatnya ditingkatkan. Meskipun sekarang peminjam memperoleh perlindungan yang lebih baik dengan pembayaran lebih sedikit, sebagian besar nasabah tidak lagi memahami produk yang mereka beli.

Salah satu alasan mereka memulainya dengan produk sukarela – meskipun sebuah produk wajib akan membuat penyedia layanan asuransi lebih senang dan mengurangi biaya administrasi bagi LKM – adalah karena manajemen FU ingin memastikan bahwa anggotanya benar-benar “membeli” produk tersebut. LKM memaksa staf untuk memahami dan menjualnya, dan membantu nasabah untuk mengetahui apa yang mereka beli alih-alih secara mudah memaksa mereka untuk menerima sebuah produk (asuransi) sepaket dengan yang lain (kredit).

Setelah peralihan menjadi asuransi wajib, informasi tersebut tidak selalu disampaikan secara konsisten. Hasil penilaian cepat partisipatif (PRA) yang dilakukan pada tahun 1999 dan 2000 menunjukkan bahwa sebagian besar nasabah merasa bingung dengan polis asuransi tersebut, sebagaimana terlihat dalam kutipan berikut:

“Pemahaman para nasabah mengenai produk jauh di bawah tingkat yang diharapkan. Saat ini, kelompok telah berada di dalam skema tersebut selama lebih dari setahun – panjang periode yang cukup masuk akal untuk mengetahui siapa yang benar-benar membayar premi, jangka waktu polis, cakupan pertanggungan dan prosedur klaim. Tanggapan yang didapat mengindikasikan dengan jelas bahwa para nasabah berada di atas kebingungan.

Transfer pengetahuan yang terbatas adalah tanggapan umum staf terhadap sebuah produk wajib, namun tanggapan ini disesalkan. Nasabah memiliki ketidakpuasan saat mereka tidak memahami untuk apa mereka membayar, dan hal ini dapat membawa kerugian tidak langsung yang signifikan seperti masalah nasabah yang berhenti dan citra lembaga.

Sejauh ini, aspek paling sulit dari produk ini adalah membuat para staf memahami konsep asuransi dan memiliki kepercayaan diri bahwa produk akan benar-benar memberi manfaat kepada nasabah. Menurut AIG, direktur produk FU pada awalnya menentang peluncuran produk karena dia tidak mempercayai AIG dan berfikir bahwa para nasabah akan dibohongi. Saat klaim benar-benar dibayarkan dan **efek demonstratif** terasa, dia mulai mengubah pendapatnya, tetapi kepercayaan diri staf telah terlanjur dirusak secara signifikan.

Dikutip dari McCord (2000b).

Pengenalan produk asuransi, atau apapun produk baru lain, adalah sebuah proses yang berkelanjutan. Proses perencanaan yang hati-hati dapat membantu menguraikan implikasi pelatihan dan motivasi dari penawaran asuransi. Petugas bagian pinjaman yang berpartisipasi dalam uji coba awal dapat menjadi sumber informasi yang berharga mengenai masalah dan tantangan yang mereka hadapi. Saat melakukan evaluasi uji coba awal, pertimbangkan pertanyaan dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Penentuan Implikasi Pelatihan dan Motivasi Asuransi

Pertanyaan	Penafsiran
Apakah petugas bagian pinjaman menganggap asuransi sebagai tambahan beban atau mereka melihatnya sebagai sebuah alat untuk mencapai tujuan produk pinjaman mereka?	Jika mereka tidak melihat asuransi sebagai alat untuk mencapai tujuan pinjaman mereka, maka organisasi akan menghadapi masalah implementasi. Solusinya mungkin mencakup pelatihan tambahan dan/ atau perubahan pada rancangan produk atau prosedur untuk mengurangi beban. Peluncuran produk seharusnya tidak dilakukan sampai masalah ini diselesaikan.
Pertanyaan apa yang disampaikan oleh nasabah dan pertanyaan mana yang menjadi kesulitan petugas bagian pinjaman untuk menjawab?	Jawaban untuk pertanyaan ini menunjukkan persoalan pelatihan tambahan bagi staf dan pertanyaan nasabah dapat diubah menjadi lembar FAQ (Frequently Asked Questions – Pertanyaan yang sering diajukan) untuk petugas bagian pinjaman.
Apakah anggota staf menganggap bahwa produk asuransi akan membawa manfaat terbaik bagi para nasabah?	Jika jawaban untuk pertanyaan ini adalah tidak, penyelidikan lebih lanjut diperlukan untuk memahami mengapa mereka memiliki perspektif tersebut. Jika petugas bagian pinjaman tidak mempercayai produk tersebut, maka mereka tidak akan menjualnya dengan efektif.
Apakah mereka merasa bahwa mereka memperoleh pelatihan yang cukup untuk menawarkan asuransi, dan jika tidak, pelatihan tambahan apa yang akan bermanfaat?	Meskipun mereka mungkin tidak dapat mengidentifikasi pelatihan tambahan apa yang mereka butuhkan, jika mereka merasa tidak memiliki persiapan yang cukup untuk menawarkan asuransi, maka akan terdapat “celah” dalam pelatihan yang perlu diatasi sebelum produk tersebut diluncurkan.

Tanggung jawab Petugas Pinjaman

Untuk memberikan produk asuransi jiwa dasar, petugas bagian pinjaman akan memiliki tiga tanggung jawab baru: 1) menjual produk asuransi, 2) melakukan penyaringan para pelamar, dan 3) melakukan pelayanan produk tersebut, yang mencakup verifikasi dan pemrosesan klaim.

Penjualan

Meskipun petugas bagian pinjaman secara teknis tidak perlu untuk menjual sebuah produk asuransi wajib, jika pada akhirnya organisasi ingin menawarkan produk sukarela, yang penting adalah untuk menumbuhkan kembangkan budaya penjualan yang responsif kepada nasabah sejak awal.

Penjualan sebuah produk asuransi memiliki perbedaan dengan penjualan tabungan atau pinjaman. Saat mengembangkan sebuah strategi pemasaran untuk asuransi, pertimbangkan dua persoalan nasabah. Pertama, apa implikasi hubungan resiko (*risk relationship*) antara lembaga dengan nasabah? Dan kedua, bagaimana tingkat pendidikan dan pengalaman pasar yang dituju mempengaruhi penerimaan mereka terhadap asuransi?

Hubungan Resiko. Dalam kredit, LKM menempatkan uangnya ke dalam resiko. Meskipun lembaga memiliki keinginan untuk mencapai jumlah nasabah yang besar, lembaga asuransi mikro harus berhati-

hati dalam memilih pelamar yang dapat dipercaya untuk menerima kredit. Kredit tidak dapat dijual berlebihan karena jika lembaga secara agresif mengejar pertumbuhan yang cepat, maka ia akan selalu mencapai resiko pasar yang meningkat. Untuk tabungan, resikonya berkebalikan. Para penabung harus mempercayai bahwa keuangan lembaga aman dan mampu menjaga aset mereka. Para penabung dapat dengan mudah menguji apakah uang mereka dapat diakses dan aman dengan cara menarik dana mereka.

Hubungan resiko dalam asuransi adalah lebih rumit. Sebagaimana dalam kredit, terdapat sebuah elemen penyaringan untuk memastikan bahwa tampungan nasabah tidak mencakup individu-individu yang menunjukkan resiko tinggi dalam jumlah yang cukup banyak. Tetapi seperti tabungan, terdapat kebutuhan yang penting bagi calon pemegang polis untuk mempercayai lembaga tersebut. Bagaimanapun juga, tidak seperti para penabung, pemegang polis tidak dapat dengan mudah menguji apakah pemberi jaminan akan memenuhi kewajibannya – dalam asuransi jiwa, pemilik polis harus meninggal terlebih dahulu untuk mendapatkan tanggapan penyedia layanan asuransi.

Hubungan resiko antara nasabah dan penyedia layanan asuransi memiliki efek langsung terhadap penjualan asuransi. Demi meyakinkan nasabah untuk mempercayai lembaga, teknik penjualan perlu menunjukkan penyedia layanan asuransi sebagai lembaga yang solid dan berkelanjutan, dengan reputasi yang tidak tercela, sebuah organisasi yang menepati janjinya, dan organisasi yang akan ada saat nasabah membutuhkan. Jika ciri-ciri tersebut tidak terdapat dalam LKM – mungkin karena ia memiliki catatan penundaan pembayaran, kecurangan atau kesalahan dalam pemrosesan – maka ia harus memperbaiki reputasinya secara signifikan sebelum mempertimbangkan untuk menawarkan produk asuransi sukarela. Perbaikan reputasi ini mungkin dapat dicapai melalui pelayanan yang istimewa dalam produk wajib seperti penghapusan pinjaman karena meninggal.

Relatif mudah untuk menjual asuransi kepada orang-orang yang beresiko tinggi. Bagaimanapun juga, untuk membangun sebuah tampungan resiko yang mencukupi, LKM membutuhkan sebuah **strategi pemasaran** yang mengidentifikasi dan menarik para nasabah beresiko rendah. Untuk mendorong orang-orang beresiko rendah membeli asuransi jiwa, salah satu strateginya adalah dengan menunjukkan kejadian-kejadian kecelakaan yang fatal. Adalah merupakan peluang yang baik jika calon konsumen mengenal seseorang dalam generasi mereka yang mengalami kematian yang tiba-tiba dan tragis, atau petugas bagian pinjaman dapat berbicara dari pengalamannya sendiri mengenai kematian seorang kawan atau anggota keluarga karena kecelakaan yang baru-baru ini terjadi. Dalam kasus ini, petugas pemasaran menggunakan kekuatan imajinasi untuk membantu konsumen mempertimbangkan apa yang akan terjadi pada orang-orang yang bergantung padanya jika ia meninggal secara tiba-tiba dan bagaimana situasinya akan lebih baik jika pihak yang meninggal memiliki asuransi jiwa.

Mungkin pendekatan ini terdengar kurang beretika, karena petugas bagian pinjaman memangsa konsumen dengan memanfaatkan titik kerentanannya, tapi adalah penting untuk menyadari bahwa permintaan akan asuransi lebih lemah dibandingkan permintaan untuk pelayanan keuangan yang lain. Orang-orang ingin tempat yang aman untuk menyimpan uangnya, dan banyak yang menginginkan suntikan modal yang disediakan oleh kredit, tetapi mereka kurang berminat untuk membeli asuransi. Lemahnya permintaan ini sebagian dikarenakan oleh fakta bahwa sebagian besar orang tidak menyukai berfikir tentang kematian dan resiko kejadian lain. Untuk menjual asuransi, seorang tenaga pemasaran harus memperkuat permintaan yang lemah tersebut, cara tersebut mencakup; membawa resiko tersebut kedalam kehidupan dan membuatnya terlihat nyata.

Pengalaman Sebelumnya. Faktor lain yang mempengaruhi pilihan dan keefektifan teknik penjualan adalah anggapan yang telah dimiliki konsumen tentang asuransi, dan mungkin pengalaman sebelumnya

dengan asuransi (seperti yang terlihat dalam Kotak 2.1). Bukan sesuatu yang luar biasa bahwa orang yang berpendidikan rendah tidak memahami apakah asuransi itu, atau mereka memiliki sebuah pemahaman yang salah – pengetahuan ini perlu diperbaiki.

Salah satu alasan kesuksesan kredit mikro secara kelompok adalah karena mengadopsi ciri-ciri yang sama untuk kelompok simpan-pinjam. Karena nasabah telah memiliki pemahaman mengenai apa yang dicakup dalam skema kredit kelompok, maka mereka menerima gagasan tersebut. Meskipun **asuransi mikro informal** kurang populer dibandingkan arisan (Rotating Credit and Savings Association – ROSCA), barangkali memungkinkan untuk menemukan contoh-contoh mekanisme penampungan resiko informal, seperti yang digambarkan dalam Kotak 4.6 dan 4.7, yang dapat digunakan untuk mengilustrasikan bagaimana asuransi formal bekerja.

Kotak 4.6.

Dana Pemakaman Informal di Zambia

Hanya ada sedikit responden yang memiliki pengalaman dengan asuransi formal. Bagaimanapun juga, penelitian ini menyajikan beberapa contoh dari asuransi informal. Dana pemakaman dapat ditemukan di banyak lokasi pasar dan kadang-kadang di antara jemaah gereja. Premi mingguan, biasanya berkisar dari US\$0.13 sampai US\$0.26, dan lebih didasarkan pada kemampuan anggota daripada analisis aktuarial. Pendapatan premi biasanya ditangani oleh bendahara, atau ditangani secara terpisah antara bendahara dan wakilnya. Meskipun pengaturan seperti ini akan meningkatkan kemungkinan kecurangan dan memerlukan perhatian lebih atas jaminan keamanannya, pengaturan seperti ini memungkinkan ketersediaan uang dengan segera saat rumahtangga membutuhkan. Pertanggungjawaban biasanya diperluas untuk semua anggota keluarga, atau untuk siapapun yang pemakamannya akan diselenggarakan oleh rumah tangga anggota LKM. Keanggotaan dana pemakaman berkisar dari 20 sampai 50 orang; keakraban antaranggota membantu untuk menghindari seleksi nasabah yang merugikan. Jumlah manfaat yang diterima pada umumnya adalah US\$13 – kadang-kadang berbentuk kayu bakar dan makanan – tidak mencukupi untuk memenuhi seluruh biaya pemakaman, tetapi ini adalah suatu permulaan. Beberapa anggota menunjukkan bahwa memberikan kontribusi lebih untuk membantu anggota lain yang mengalami kematian salah satu anggota keluarganya merupakan hal yang umum.

Akan menjadi hal yang bijaksana bagi setiap produk asuransi jiwa untuk pasar berpenghasilan rendah untuk meniru kekuatan pada skema informal, seperti pemrosesan klaim yang bijaksana dan penggunaan kelompok untuk mengontrol pilihan anggota yang salah dan menghalangi kehilangan premi. Sebuah penyedia layanan asuransi formal harus mampu untuk memosisikan dirinya dengan baik saat menghadapi klaim dana pemakaman dengan memberikan nilai lebih. Dengan penampungan resiko yang lebih besar dan neraca ekonomi yang lebih besar, untuk jumlah premi yang sama, sebuah pemberi asuransi mungkin akan mampu untuk memberikan manfaat berkisar antara 5 sampai 10 kali lebih besar dibandingkan pembayaran yang dilakukan oleh sebagian besar skema informal, terutama jika ia dapat bergantung pada saluran distribusi yang telah ada, seperti asosiasi pasar, kelompok gereja, dan LKM, untuk meminimalisir biaya transaksi.

Diadopsi dari Manje dan Churchill (2002).

**Kotak
4.7.*****Skema Damayan di Filipina***

Praktek asuransi mikro di Filipina adalah bukan hal yang baru. Pembagian resiko melalui skema solidaritas telah menjadi bagian dari kehidupan komunitas selama berabad-abad. Dalam ekonomi subsisten di masa lalu, tradisi pembagian resiko dan penampungan sumberdaya telah dikembangkan sehingga individu-individu dan kelompok-kelompok dapat mengatasi krisis tak terduga yang menimpa mereka.

Salah satu dari tradisi pembagian resiko yang masih tetap lazim adalah praktek *Damayan* di mana keluarga dan teman-teman dalam komunitas secara sukarela memberikan uang tunai kepada tanggungan individu yang meninggal dunia. *Damayan* telah menjadi dasar skema penampungan resiko untuk asuransi jiwa dan umum dilakukan di dalam koperasi dan asosiasi. Dalam skema asuransi sendiri ini, anggota kelompok setuju untuk memindahkan resiko dari seorang individu kepada kelompok, yang mengelola dan memiliki resiko secara kolektif.

Banyak skema asuransi LKM mengikuti *damayan* sehingga anggota mereka secara naluriah berperilaku sebagai bagian dari tradisi lokal. Setelah beberapa waktu, *damayan* mereka dilembagakan dan disebut dengan "asuransi jiwa" oleh LKM, bersamaan dengan pembuatan beberapa kebijakan untuk membuat tradisi tersebut mengikat dan wajib.

Skema yang dibuat berdasarkan *damayan* ini didasarkan pada solidaritas dan kebersamaan. Hubungan di dalam kelompok *damayan* bersifat pribadi. "Kontribusi" dan bukan premi, dikumpulkan dan diberikan sebagai hadiah, bukan sebagai klaim, dari komunitas kepada orang yang kehilangan. Ancaman implisit berupa pengucilan-lah yang memperkuat partisipasi dan secara signifikan mengurangi masalah bahaya moral dan seleksi anggota yang merugikan.

Asuransi lokal biasanya adalah dalam skala kecil, mencakup perlindungan terhadap beberapa lusin sampai beberapa ratus anggota. Skema seperti itu bekerja dengan baik untuk kelompok berpenghasilan lebih rendah karena mereka tidak mampu untuk membayar polis asuransi formal. Skema asuransi informal sebagian besar tidak diatur, yang memungkinkan tiap lokasi- dan nasabah – melakukan penyesuaian khusus pada tingkat lokal.

Diadopsi dari Soriano dkk (2002)

Adalah merupakan hal yang juga penting untuk mengetahui pengalaman konsumen dengan asuransi sebelumnya. Dalam beberapa lingkungan, perusahaan penyedia layanan asuransi yang tidak mampu bertahan lama dan asuransi yang tidak bertanggungjawab telah menodai industri asuransi. Saat konsumen telah berpengalaman membeli asuransi dari penyedia layanan yang dapat dipercaya dan sah, masih terdapat kemungkinan bahwa tidak semua pengalaman mereka adalah positif. **Keluhan yang umum** mencakup taktik penjualan yang agresif, penundaan yang lama antara klaim dan pembayarannya, dan penolakan klaim dengan alasan-alasan teknis yang halus. Untuk menjual asuransi, petugas bagian pinjaman harus mengetahui dengan pasti konsepsi dan prasangka yang dimiliki konsumen, dan kemudian

mempersiapkan diri untuk membedakan dengan jelas pelayanan LKMnya dengan pelayanan yang dimiliki oleh penyedia layanan asuransi yang lain.

Pendekatan yang lain adalah dengan mengetahui bagaimana konsumen secara normal akan mengatasi kehilangan orang yang dicintainya, atau bagaimana anggota keluarga mereka akan mengatasinya jika mereka yang meninggal. Teknik penjualannya kemudian membantu konsumen untuk memahami bagaimana produk asuransi dapat menawarkan pertanggungjawaban yang lebih baik daripada yang umum ditawarkan oleh mekanisme informal.

Salah satu teknik penjualan yang paling efektif adalah berdasar pada pengalaman, tetapi yang dimiliki oleh orang lain. **Pemasaran testimonial** menggunakan studi kasus, ungkapan, dan dukungan dari orang-orang yang nyata yang menceritakan pengalaman mereka bahwa mereka telah sungguh-sungguh

Tabel 4.2 Teknik untuk Menjual Asuransi Mikro

Konsumen yang telah ada atau konsumen sebelumnya	- o Dengarkan konsumen untuk mengetahui apa yang menurut mereka menjadi manfaat atau fitur yang penting - o Mengumpulkan studi kasus untuk pemasaran testimonial - o Pelajari mengapa konsumen memilih untuk tidak membeli produk sukarela atau tidak memperbarui polis mereka
Calon Konsumen	- o Mengetahui pemahaman konsumen mengenai asuransi dan melakukan edukasi saat dibutuhkan - o Mengetahui pengalaman mereka sebelumnya dan prasangka yang mereka miliki, dan saat kedua hal tersebut bersifat negatif, jelaskan perbedaannya dengan layanan LKM yang kita berikan - o Mengidentifikasi strategi pemecahan masalah yang telah ada untuk resiko yang dijamin dan bandingkan efektifitasnya dengan asuransi - o Memperkuat permintaan yang lemah (terutama pada individu yang beresiko rendah) melalui kekuatan imajinasi dengan secara halus mengingatkan mereka mengenai kerentanan yang mereka miliki
Produk	o Tunjukkan fitur produk yang menurut konsumen LKM menarik (yakni; biaya yang rendah, mekanisme pembayaran yang mudah, prosedur klaim yang responsif, dll).
Lembaga	- o Proyeksikan LKM/ penyedia layanan asuransi sebagai lembaga yang solid dan berkelanjutan - o Sampaikan bahwa organisasi memiliki reputasi yang tanpa cela, menepati janjinya dan memperdulikan konsumennya
Petugas pemasaran	- o Ketahui produk dan lembaganya – berbicara dengan penuh keyakinan dan kebanggaan - o Buatlah pesan yang bersifat pribadi dengan berbicara dari pengalaman - o Tunjukkan penghormatan yang sangat tinggi kepada konsumen - o Bersungguh-sungguh, dapat dipercaya, peduli dan berempati.

memperoleh manfaat dari produk asuransi. Pendekatan ini menunjukkan pengalaman orang-orang yang mewakili target pasar secara masuk akal (atau anggota beresiko rendah dari populasi yang menjadi target, karena merekalah yang menjadi penekanan pemasaran), sehingga calon konsumen dapat menghubungkan pengalaman tersebut dengan kehidupan mereka dan dengan situasi mereka. Pendekatan pemasaran ini tidak dapat bekerja untuk sebuah produk yang benar-benar baru, karena belum ada pengalaman yang dapat disampaikan, tetapi kesaksian dapat dikumpulkan selama fase awal sehingga mereka siap untuk diluncurkan.

Untuk membuat standar mengenai pesan pemasaran di seluruh bagian organisasi, dan untuk berkomunikasi secara efektif dengan nasabah yang tidak terdidik dan buta huruf, beberapa organisasi mengembangkan **presentasi dengan ilustrasi** yang dibuat dalam lembar *flipchart* yang dilaminasi dan tersedia di semua kantor. Organisasi lain menggunakan lagu sebagai alat berkomunikasi dan untuk memperkuat pesan utama.

Petugas Pemasaran. Petugas bagian pinjaman adalah kunci bagi penjualan asuransi yang efektif. Sebagai juru bicara lembaga, petugas bagian pinjaman harus memahami ciri-ciri lembaga yang pokok: dapat diandalkan, peduli, dan dapat dipercaya. Karena sebagian besar petugas bagian pinjaman tidak benar-benar menganggap dirinya sebagai petugas pemasaran, tambahan produk asuransi sukarela akan memerlukan perubahan budaya dan pendekatan yang mungkin hanya akan dicapai melalui pelatihan intensif, pemodelan dan pembentukan. Akan menjadi bijaksana bagi LKM untuk menyewa sebuah konsultan yang memiliki keahlian di bidang pemasaran untuk bekerja dengan staf lapangan dalam memoles isi presentasi dan metode penyampaian mereka – inilah yang dilakukan oleh FINCA Uganda (saat asuransi GPA mereka masih bersifat sukarela) dan organisasi mereka mengalami peningkatan yang dramatis, bukan hanya dalam penjualan asuransi, tetapi juga peningkatan yang besar dalam pinjaman.

Pada beberapa LKM, **hubungan kekuasaan** yang tidak setara antara petugas dan nasabah mungkin menunjukkan sebuah tantangan bagi penjualan asuransi. Beberapa petugas bagian pinjaman menganggap mereka memiliki hubungan penguasaan terhadap nasabah mereka – mereka memiliki sesuatu (pinjaman) yang diinginkan nasabah, sehingga staf dapat berperilaku, secara sengaja atau tidak sengaja, sebagai atasan. Hubungan kekuasaan ini semakin buruk karena pada umumnya petugas bagian pinjaman memiliki pendapatan yang lebih besar dan pendidikan yang lebih baik daripada konsumennya. Hubungan yang tidak seimbang ini tidak kondusif untuk penjualan asuransi. Petugas bagian pinjaman perlu mempelajari bagaimana untuk menghindari sikap menjadi majikan dan perilaku merendahkan; mereka perlu untuk memperlakukan calon nasabah sebagai rekan setara atau bahkan tetua yang harus dihormati.

Penyaringan nasabah

Kecuali untuk polis **Lanjutan**, semua produk asuransi yang dicakup dalam manual ini dikeluarkan bersamaan dengan pinjaman. Sebagai konsekuensinya, penyaringan resiko kredit diprioritaskan pada penyaringan asuransi. Bagaimanapun juga, terdapat dua karakteristik yang harus ditambahkan pada kriteria untuk dapat menerima pinjaman, atau yang harus diperkuat secara lebih tegas dalam perlindungan asuransi, yaitu usia dan kesehatan.

Banyak LKM memiliki batas usia maksimum dan setiap orang yang berusia di atas batas tersebut tidak diizinkan untuk menerima pinjaman. Namun dalam prakteknya batas ini tidak selalu diterapkan. Petugas bagian kredit mengungkapkan bahwa saat peminjam memulai program tersebut, dia berusia di batas usia tersebut, sehingga dia tidak dapat dikeluarkan begitu saja saat dia berumur 65 tahun; atau bahwa

nasabah tua memiliki resiko kredit yang lebih kecil karena mereka lebih terpercaya; atau bahwa mereka tidak akan bisa mencapai target produktivitasnya jika mereka tidak melayani segmen pasar yang besar ini. Argumen ini perlu diperimbangkan dengan kesimpulan yang diperoleh dari analisis aktuarial. Saat menawarkan asuransi, kebijakan peminjaman yang sebelumnya mungkin bersifat relatif fleksibel harus dipertegas untuk menyesuaikannya dengan kriteria asuransi.

Tanpa adanya asuransi, petugas bagian pinjaman mengidentifikasi hanya ada sedikit orang sakit yang mengajukan pinjaman – resiko mereka untuk tidak dapat melunasi pinjaman terlalu besar. Ketersediaan asuransi, meskipun hanya berupa **Penghapusan Kredit** karena **Meninggal**, akan membuat beberapa orang sakit tertarik untuk meminjam karena pinjaman mereka akan dihapuskan saat mereka meninggal. Jadi meskipun masuk akal untuk menganggap bahwa penyaringan kredit cukup untuk tujuan penyaringan asuransi, dalam kenyataannya resiko seleksi nasabah yang merugikan berarti bahwa petugas bagian pinjaman perlu untuk mempertegas sensitifitas mereka pada penyaringan **kesehatan**. Hal ini mungkin berarti meminta para pelamar pinjaman untuk melengkapi kuesioner kesehatan atau menandatangani sebuah pernyataan yang menyatakan bahwa mereka memiliki kesehatan yang baik. Hal ini juga berarti bahwa petugas bagian pinjaman harus dilatih untuk mengenali potensi resiko kesehatan melalui pengamatan sepintas lalu.

Pelayanan

Dalam bisnis asuransi, penjualan tanpa pelayanan akan dengan cepat menurunkan penjualan. Penting bagi petugas bagian pinjaman untuk menyadari adanya hubungan langsung antara reputasi mereka dalam melakukan pelayanan dan penjualan mereka. Saat orang-orang berpenghasilan rendah telah akrab dengan asuransi, mereka seringkali memiliki persepsi negatif karena pemrosesan klaim yang lambat dan penolakan klaim secara halus. LKM harus menemukan jalan keluar dari masalah ini dan membuktikan dirinya sebagai penyedia layanan asuransi yang berbeda. Untuk membedakan dirinya dengan penyedia layanan asuransi tidak terpercaya dan perusahaan asuransi lain yang banyak dikritik, LKM harus membangun (dan menjaga) komitmen yang kuat untuk menyelesaikan proses klaim dalam periode waktu yang pendek, biasanya kurang dari seminggu.¹⁸

Pelayanan asuransi memiliki tiga aspek: verifikasi klaim, penerimaan (atau penolakan) klaim dan pemrosesan klaim.

Verifikasi klaim. Dalam asuransi jiwa, penerima manfaat biasanya perlu menyerahkan sertifikat kematian sebagai bukti bahwa peristiwa yang diasuransikan benar-benar terjadi. Dalam klaim kecacatan, penerima manfaat perlu menyerahkan catatan dokter sebagai bukti. Jika memungkinkan, akan bijaksana untuk melampirkan dokumentasi pendahuluan dari verifikasi pihak kedua, seperti sebuah surat dari ketua kelompok, atau, dalam pinjaman perorangan, sebuah surat dari ketua keagamaan atau pejabat politik.

Persyaratan dokumentasi perlu untuk menyeimbangkan dua tujuan: a) memberikan bukti mengenai peristiwa yang diasuransikan dari dua pihak yang independen, b) tanpa menyebabkan kesulitan yang tidak semestinya bagi penerima manfaat selama mereka menghadapi waktu-waktu yang sulit. Misalnya, jika proses untuk mendapatkan sertifikat kematian mengharuskan perjalanan selama satu jam dengan bus ke ibu kota provinsi dan biaya yang besar untuk badan yang mengeluarkan sertifikat itu, maka LKM harus mempertimbangkan dokumentasi alternatif yang lebih murah dan lebih mudah didapat, tetapi tidak mudah untuk dipalsukan.

18 Untuk menyediakan pelayanan yang baik dan terkemuka, sebuah LKM harus mencoba untuk melampaui harapan nasabah. Pertimbangkan untuk mempublikasikan penyelesaian klaim dalam waktu tujuh hari, sementara mereka menerapkan target internal untuk menyelesaikan klaim dalam waktu tiga atau empat hari

Petugas bagian pinjaman bertanggungjawab untuk menentukan apakah dokumentasi klaim valid. Dalam beberapa kasus, hal ini tidak membutuhkan pekerjaan tambahan. Jika petugas bagian pinjaman tinggal di dalam komunitas atau dia akrab dengan nasabah, dia mungkin telah mengetahui bahwa klaim tersebut sah. Pada beberapa kasus lain, petugas bagian pinjaman perlu untuk mengunjungi keluarga yang mengajukan klaim untuk meyakinkan bahwa di sana sungguh-sungguh sedang mengalami suasana duka cita. Kunjungan ini seharusnya tidak ditunjukkan sebagai sebuah usaha untuk memverifikasi klaim, tetapi sebagai sebuah kunjungan sosial untuk menghormati seseorang. Pada kenyataannya, sebuah kunjungan pada keluarga atau kehadiran pada pemakaman dapat menjadi bagian dari prosedur standar, bahkan jika petugas bagian pinjaman telah mengetahui bahwa nasabahnya benar-benar meninggal. Kunjungan ini adalah sebagai cara untuk menunjukkan kepedulian lembaga kepada keluarga dan komunitas. Selain itu, kunjungan ini juga mungkin akan menjadi peluang pemasaran yang baik – mungkin anggota keluarga yang ditinggalkan akan tertarik untuk mengajukan pinjaman untuk melanjutkan bisnis keluarga.

Dalam produk-produk **Manfaat Tambahan, Jiwa Tambahan, Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan** dan **Lanjutan**, terdapat kemungkinan besar bahwa para penerima manfaat akan menyampaikan kematian kepada petugas bagian pinjaman dan tunduk pada aturan untuk menyerahkan dokumentasi yang diperlukan (menganggapnya tidak teralalu memberatkan) karena mereka akan mendapatkan sesuatu. Bagaimanapun, dalam **Penghapusan pinjaman karena meninggal**, dorongan untuk menyediakan bukti bahwa peristiwa yang dijamin terjadi, tidak sekuat seperti sebelumnya, karena penerima manfaat tidak mendapatkan pembayaran apapun. LKM perlu untuk menyelesaikan potensi masalah ini tanpa mendorong dirinya ke arah kecurangan staf – yakni; verifikasi seharusnya tidak berasal dari dokumentasi yang dikeluarkan oleh petugas bagian pinjaman karena mereka memiliki dorongan untuk menghapuskan pinjaman yang bermasalah dan besar dari buku mereka.

Menerima (atau Menolak) Klaim. Terutama selama beberapa tahun pertama operasionalisasi, saat LKM - penyedia layanan asuransi membangun reputasinya, ia perlu untuk meminimalisasi atau bahkan menghilangkan penolakan klaim. Reputasi ini dicapai dengan membuat kriteria yang seksama, tegas dan eksplisit untuk penerimaan atau penolakan klaim, menyampaikan kriteria ini dengan jelas kepada para nasabah dan kemudian memperkuatnya.

Target pasar sangat mungkin telah memiliki kecurigaan terhadap penyedia layanan asuransi, sehingga jika terdengar kabar bahwa LKM (atau mitranya) menolak klaim secara tidak adil, hal ini akan menyebabkan kerusakan reputasi organisasi yang tidak dapat diperbaiki. Berita buruk menyebar jauh lebih cepat dibandingkan berita baik. Anggota komunitas sepertinya lebih menyukai untuk membicarakan mengenai satu klaim yang ditolak LKM, dan keluarga miskin yang menderita, daripada 25 pembayaran klaim yang diproses selama kurang dari satu minggu. Karena sifat permintaannya yang lemah, satu penolakan klaim yang tidak adil akan menghilangkan setiap peluang keberhasilan asuransi sukarela dalam komunitas tersebut. Tantangan dan peluang **hubungan masyarakat** dirangkum dalam Kotak 4.8.

Pembayaran Klaim. Proses pembayaran dibedakan antara polis pembayaran saldo pinjaman dan produk-produk lain. Dalam Penghapusan Pinjaman karena meninggal dan Penghapusan Pinjaman karena cacat, tidak terdapat pembayaran yang nyata; manfaatnya secara mendasar adalah transaksi akunting yang menghapuskan saldo pinjaman yang tersisa. Dalam kasus Penghapusan pinjaman karena meninggal, disarankan bagi LKM untuk menyampaikan sebuah surat resmi pada anggota keluarga yang ditinggalkan untuk menyampaikan pernyataan bela sungkawa atas nama LKM dan seluruh karyawannya, dan memberikan informasi kepada anggota keluarga yang ditinggalkan bahwa mereka tidak bertanggungjawab atas pinjaman orang yang meninggal karena sudah ditutup oleh polis asuransinya.

Surat ini akan mencapai berbagai tujuan hubungan masyarakat, kontrol internal dan manajemen hubungan.

Kotak 4.8.

Tantangan dan Peluang Hubungan Masyarakat dari Asuransi Mikro

Manual ini secara berulang menekankan pentingnya membangun nilai hubungan masyarakat yang positif dan meminimalisasi pemberitaan yang buruk. Penekanan ini penting karena asuransi mikro ditujukan pada para nasabah yang menerima asuransi dengan tidak terlalu antusias. Humas yang baik diperlukan untuk memperkuat lemahnya permintaan, sedangkan setiap pemberitaan yang negatif akan menghilangkan permintaan yang terbatas.

Asuransi mikro terutama rentan terhadap pemberitaan yang negatif pada ranah berikut:

- **Penolakan klaim:** Klaim yang ditolak menempatkan dirinya sebagai sebuah ancaman terbesar bagi sebuah penyedia layanan asuransi karena cerita tentang organisasi yang mengingkari janjinya akan tersebar dengan cepat. Empat alasan utama mengapa penyedia layanan asuransi menolak klaim adalah: a) pengecualian, b) kebingungan berkenaan dengan peristiwa yang diasuransikan, c) peristiwa terjadi di luar periode waktu (mungkin dikarenakan lewat waktu dan tidak-diperbarui), dan d) kecurangan nasabah. Rancangan produk harus didorong untuk meminimalkan kemungkinan ketiga penyebab pertama hal tersebut terjadi. Sebagai tambahan, sebuah investasi yang signifikan dalam edukasi nasabah diharapkan akan menghindari kesalahpahaman. Jika sebuah klaim ditolak karena kecurangan nasabah, penyedia layanan asuransi harus memiliki bukti yang tidak dapat disangkal yang dapat digunakannya untuk melawan keluhan nasabah atau penerima manfaat.
- **Pembayaran klaim yang terlambat:** Pemberitaan yang negatif juga mungkin muncul dari pembayaran klaim yang terlambat, sehingga penyedia layanan asuransi harus memiliki sistem yang dapat mempercepat pembayaran klaim-klaim yang sah.
- **Rancangan produk:** Jika produk terlalu rumit atau penentuan harganya tidak transparan, maka akan memperkuat prasangka negatif yang dimiliki masyarakat. Kesederhanaan dan keterbukaan harus menjadi landasan dalam merancang produk.
- **Pertanggungjawaban wajib:** Asuransi yang diwajibkan menghasilkan kerentanan humas yang lain, terutama jika penentuan harganya tidak dilakukan secara transparan. Penyedia layanan asuransi mikro harus mengawasi tingkat ketidakpuasan dan melakukan wawancara kepada mereka yang berhenti untuk menentukan kontribusi yang diberikan oleh pertanggungjawaban wajib pada musibah yang dihadapi nasabah.

Sebagai alternatifnya, penyedia layanan asuransi harus mengejar peluang hubungan masyarakat yang berpengaruh, misalnya:

- **Pembayaran klaim:** Saat penyedia layanan asuransi melakukan pembayaran klaim, ia harus menghasilkan pemberitaan informal dalam skala tertentu. Tujuannya adalah untuk menghasilkan sebuah efek demonstratif, untuk menunjukkan pada orang-orang yang ragu bahwa penyedia layanan asuransi menepati janjinya dan benar-benar membayarkan klaim. Tujuannya adalah untuk mengubah orang-orang yang skeptis terhadap asuransi menjadi bagian dari nasabah asuransi.

- **Verifikasi klaim:** Tanggapan yang segera atas permintaan klaim, dalam bentuk kunjungan verifikasi, adalah langkah pertama yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa penyedia layanan asuransi memiliki kepedulian yang seimbang terhadap pelayanan dan penjualannya – yang akan memberikan bukti bahwa pendapat masyarakat yang umum berkembang adalah salah.

Pada polis **Manfaat Tambahan, Tambahan Jiwa, dan Lanjutan**, beberapa usaha diperlukan untuk meminimalkan kemungkinan pembayaran akan diterima oleh tangan yang salah. Pada kasus-kasus tersebut, akan menjadi gagasan yang baik bagi manajer cabang untuk langsung menyampaikan surat bela sungkawa dan cek pembayaran pada penerima manfaat, hal ini dilakukan demi tujuan hubungan masyarakat dan kontrol internal. Sebuah pembayaran langsung ke dalam rekening tabungan penerima manfaat akan mengurangi biaya transaksi dan memberikan kontrol pencegahan yang lebih kuat, tetapi tidak memiliki nilai hubungan masyarakat – mungkin cara ini akan menjadi metode pembayaran paling baik saat LKM tidak perlu lagi untuk menunjukkan kepada komunitas bahwa ia membayar klaim dan membayarkannya dengan cepat.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|--|---|
| ✓ Layanan purna-jual | ✓ Strategi pemasaran |
| ✓ Penolakan klaim | ✓ Hubungan kekuasaan |
| ✓ Verifikasi klaim | ✓ Hubungan masyarakat |
| ✓ Keluhan-keluhan yang umum disampaikan | ✓ Hubungan resiko |
| ✓ Efek demonstratif | ✓ Penyaringan terhadap usia dan kesehatan |
| ✓ Lembar pertanyaan yang sering diajukan | ✓ "Menjual" asuransi wajib |
| ✓ Presentasi dengan ilustrasi | ✓ Insentif staf |
| ✓ Asuransi informal | ✓ Motivasi staf |
| ✓ Asuransi yang tidak terpercaya | ✓ Pemasaran testimonial |

Bacaan Lebih Lanjut tentang Operasi Asuransi

Bidang asuransi mikro untuk LKM adalah bidang yang masih baru sehingga baru ada sedikit informasi mengenai praktek terbaik untuk bagian lapangan dan pendukung di kantor di samping manual ini. Bagaimanapun juga, terdapat banyak sumber informasi mengenai persoalan operasi untuk asuransi umum. Akan berguna untuk mengikuti informasi umum mengenai persoalan penjualan, pemasaran dan manajemen sumber daya manusia.

Untuk informasi mengenai pengawasan internal, rujuklah:

- Champion, A. 2000. "Improving internal control: a practical guide for microfinance institutions." Washington DC: MicroFinance Network.

*Lampiran 4***Merespon Resiko Kematian – Pengalaman CETZAM dalam Melakukan Pendidikan Nasabah dan Pemasaran**

Studi kasus berikut muncul sebagai sebuah lampiran dalam naskah yang ditulis oleh Lemmy Manje dan Craig Churchill, "The Demand for Risk-Managing Financial Services in Low-income Countries: Evidence from Zambia," dipublikasikan pada tahun 2002 oleh Program Sosial Keuangan ILO. Naskah ini dapat diunduh dari www.ilo.org/socialfinance.

CETZAM adalah salah satu lembaga keuangan mikro terbesar di Zambia. Pada tahun 1999, CETZAM mengalami tingkat nasabah yang keluar sebanyak 25 persen, tingkat yang seimbang dengan program lain dalam wilayah tersebut, tetapi lebih tinggi dari targetnya yang 15 persen. Penyelidikan melalui survai nasabah yang berhenti menunjukkan bahwa sebagian besar nasabah menemukan kesulitan untuk memenuhi kewajiban pinjamannya dikarenakan oleh sakit, pemakaman salah satu anggota keluarga, atau masalah bisnis.

Pemakaman diidentifikasi sebagai masalah yang terbesar, maka CETZAM melakukan sebuah survai mendalam untuk memverifikasi ini dan menentukan bagaimana CETZAM dapat membantu. Hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar nasabah menginginkan bantuan atas pengeluaran mereka saat melakukan pemakaman.

CETZAM memutuskan untuk memperkenalkan Skema Asuransi Manfaat Pemakaman yang dikelola oleh Perusahaan Asuransi NICO, sebuah penyedia layanan asuransi lokal. Skemanya kemudian disebut dengan NTULA, yang berarti, "untuk mengangkat beban saya." NTULA diperkenalkan pada awal Oktober tahun 2000 dan diwajibkan untuk semua nasabah CETZAM. Reaksi awal dari para nasabah adalah positif karena mereka merasa bahwa skema asuransi tersebut akan menyelesaikan masalah yang selama ini menekan mereka.

Menurut Manajer Keuangan CETZAM, "NTULA tidak hanya bermanfaat bagi para nasabah kami, tetapi juga bagi CETZAM karena ia melindungi portofolio pinjaman dan menurunkan tingkat keluarnya nasabah."

Pada bulan Juli 2001, sebanyak 1.740 nasabah terdaftar dalam skema ini, dan sebanyak 159 nasabah memperoleh manfaat melalui klaim. Lalu CETZAM menyadari bahwa terdapat kesalahpahaman mengenai periode asuransi. Beberapa nasabah memiliki kesulitan untuk memahami bahwa asuransi hanya berlaku secara khusus di dalam periode polis; dan jika peristiwa yang diasuransikan terjadi di luar periode waktu, maka mereka tidak akan mendapatkan manfaatnya. Beberapa nasabah merasa bahwa hal tersebut tidaklah adil. Pengalaman ini menunjukkan pentingnya edukasi nasabah saat memperkenalkan sebuah produk asuransi untuk rumah tangga berpenghasilan rendah.

Pengalaman awal tersebut menunjukkan adanya kebutuhan penyesuaian terhadap skema, karena skema tersebut tidak menentukan siapa yang disebut sebagai tertanggung. Pada awalnya, para

nasabah mengambil keuntungan dari hal ini yang menghasilkan banyaknya klaim. CETZAM dan Asuransi NICO menyadari kebutuhan untuk mendefinisikan siapa yang disebut sebagai tertanggung, tetapi hal ini memunculkan sebuah perdebatan yang rumit terkait dengan struktur rumah tangga di Zambia.

Meskipun Asuransi Manfaat untuk Pemakaman CETZAM baru dilahirkan, penentuan harganya nampak diterima baik oleh para nasabahnya. Premi bulanannya yang sebesar US\$1.20 mencakup 6 orang, disanggupi oleh para nasabahnya. Pembayaran manfaat CETZAM sebesar ZMK 500.000 (US\$132) sangat sesuai dengan rata-rata biaya yang dibutuhkan nasabah dalam melakukan pemakaman.

Skema Asuransi Manfaat untuk Pemakaman NTULA – CETZAM

CAKUPAN PERTANGGUNGAN Kematian dari seorang nasabah dan kematian tanggungan sampai lima orang.

PELIMPAHAN RESIKO DAN TANGGUNG JAWAB

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Mengemukakan kekuatan dan tantangan dari enam tipe pelimpahan pekerjaan kepada pihak luar (*outsourcing*)
- ☐ Menemukan elemen kritis dalam melakukan identifikasi mitra asuransi
- ☐ Mengenali peran dan tanggung jawab mitra dalam melakukan kontrak kerja berbagai produk asuransi.

Banyak LKM yang dikelola oleh tim profesional yang ahli dalam layanan pemberian kredit, dan mungkin juga tabungan. Organisasi ini pada umumnya mengenali hal terbaik yang dapat mereka lakukan dan mereka juga mengetahui keterbatasan yang mereka miliki. Orang-orang dengan pendapatan rendah tentu memerlukan lebih dari pinjaman dan tabungan. Mereka menghadapi berbagai tantangan yang tidak dapat terselesaikan dengan memiliki rekening pinjaman dan tabungan. Namun demikian LKM yang pragmatis akan menerima kenyataan, bahwa mereka tidak dapat melayani seluruh ataupun sebagian besar dari kebutuhan klien, setidaknya tidak oleh mereka sendiri.

Pelimpahan pekerjaan kepada pihak luar (*outsourcing*) – adalah hubungan formal di mana sebagian fungsi dari bisnis dilakukan oleh perusahaan luar atau konsultan – memungkinkan LKM untuk memusatkan diri pada bisnis utamanya sambil meningkatkan jangkauan layanan yang diberikan kepada kliennya. Sebagai contoh, beberapa LKM bekerja sama dengan pusat pelatihan sehingga mereka dapat secara tidak langsung menawarkan jasa pengembangan bisnis kepada klien.

Pelimpahan pekerjaan juga membantu untuk mempertahankan struktur biaya usaha (*overhead*) menjadi ramping dengan menggunakan tenaga ahli teknis eksternal pada saat diperlukan. Beberapa LKM mengontrakkan pengembangan sistem informasi manajemen kepada perusahaan piranti lunak; yang lainnya mengontrakkan riset pasar kepada universitas atau lembaga penelitian.

Untuk kedua alasan tersebut, pengontrakan merupakan solusi yang menarik dalam asuransi mikro. Suatu kerjasama atau hubungan pengontrakan dengan perusahaan asuransi akan memungkinkan LKM menawarkan kepada kliennya menu jasa lebih luas tanpa menambah biaya usaha. Dengan asuransi, mungkin juga ada keuntungan ketiga; LKM dapat mengurangi tingkat resiko dengan mengontrakkan seluruhnya (atau sebagian) kepada jasa asuransi dan reasuransi.

Pelimpahan pekerjaan mempunyai potensi untuk menghasilkan situasi *win-win-win* bagi LKM, kliennya dan jasa asuransi:

- Bagi **LKM**, beberapa tanggung jawab asuransi ditemukan pada Tabel 2.1 – termasuk penetapan harga, desain produk dan pemenuhan peraturan hukum – dapat dikontrakkan untuk mengurangi tekanan kepada LKM. Hubungan pengontrakan dapat juga mempercepat pengembangan produk dan proses peluncuran.
- Bagi **nasabah**, penelitian menunjukkan bahwa produk asuransi mikro yang didesain oleh ahli asuransi umumnya memberikan nilai lebih besar dengan biaya lebih rendah dibandingkan produk yang dihasilkan oleh LKM sendiri (Brown and Churchill 2000)
- Untuk **perusahaan asuransi**, hubungan dengan LKM membuka peluang untuk pasar baru yang tidak dapat diraih sendiri. Hubungan dengan LKM menjadikan asuransi mikro menguntungkan bagi pihak asuransi dan juga dapat menghasilkan hubungan masyarakat yang positif.

Di samping keuntungan tersebut, pelimpahan memiliki keterbatasan potensial. Manajemen pelimpahan mengharuskan LKM untuk bergantung kepada perusahaan atau perorangan lain, dimana LKM memiliki kendali yang terbatas. Apabila hubungan tersebut tidak berjalan baik, LKM hanya dapat memberikan

Dalam beberapa keterbatasan, untuk hampir semua produk asuransi, kelebihan dari *outsourcing* melampaui kekurangannya

janji kepada konsumennya untuk kemudian akan ditolak oleh pihak asuransi – ini adalah pengalaman dari SEWA seperti ditunjukkan pada studi kasus pada lampiran 2. Kedua, pengontrakan tidak gratis; hubungan pelimpahan menyertakan pengalihan beberapa potensi pendapatan dan pengeluaran dari LKM kepada mitranya. Ketiga, di beberapa lingkungan LKM mengalami kesulitan mendapatkan mitra kerja yang sesuai atau meyakinkan pihak asuransi untuk bermitra dengannya (meskipun dengan sedikit usaha dan pemasaran yang persuasif dapat mengurangi hambatan potensial ini).

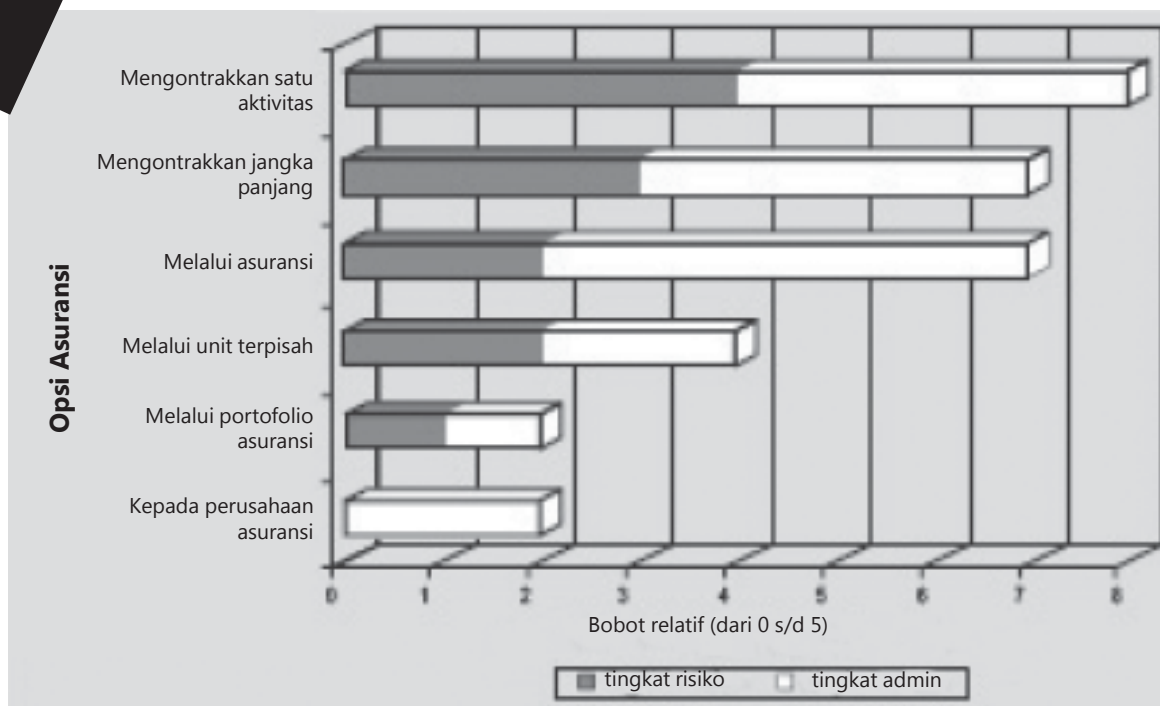
Asuransi LKM melalui pelimpahan pekerjaan kepada pihak luar dapat dirancang dengan berbagai cara. Bab ini akan mengkaji enam tipe hubungan pelimpahan pekerjaan:

1. Pelimpahan bisnis kepada asuransi
2. Pelimpahan resiko melalui portofolio asuransi
3. Pelimpahan resiko melalui reasuransi
4. Pelimpahan kepada unit bisnis terpisah
5. Pelimpahan kegiatan proses asuransi jangka panjang tertentu
6. Pelimpahan salah satu kegiatan kepada konsultan

Gambar 5.1 membandingkan berbagai tingkat resiko dan beban administratif masing masing opsi pelimpahan. Ini merupakan indikasi dasar relatif berdasarkan skala nol sampai lima, dengan nol adalah tanpa resiko dan beban administrasi.

**Gambar
5.1.**

***Resiko Relatif dan Beban Administrasi pada Opsi
Pelimpahan Asuransi***



Pembahasan berikut terhadap enam aliran opsi dari yang paling tidak beresiko (pelimpahan bisnis kepada perusahaan asuransi) sampai yang paling beresiko (melimpahkan salah satu aktivitas kepada konsultan).

5.1. Pelimpahan Bisnis kepada Perusahaan Asuransi

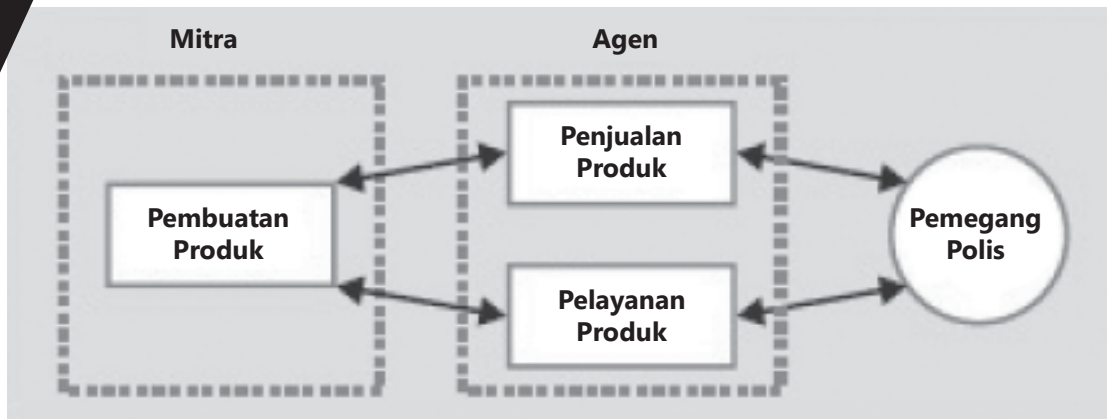
Pendekatan yang paling tidak beresiko untuk menawarkan asuransi mikro oleh LKM adalah dengan pelimpahan seluruh bisnis kepada asuransi resmi. Hubungan ini, seperti pada gambar 5.2, biasanya disebut sebagai **model mitra-agen** (*partner-agent model*).

LKM bertindak sebagai agen asuransi, **menjual asuransi** kepada klien LKM atas nama perusahaan asuransi dan mendapatkan komisi sebagai imbalannya; LKM juga bertanggung jawab atas **layanan produk**, yang meliputi verifikasi klaim dan pengajuan permintaan klaim.

Perusahaan asuransi 'memproduksi' produk asuransi, meliputi penetapan fitur produk, seperti kejadian yang diasuransikan, waktu tunggu, pengecualian, dan pembatasan serta keuntungan.

**Gambar
5.2.**

Model Mitra-Agen



Meskipun perusahaan asuransi bertanggung jawab mengolah produk, perusahaan harus bekerjasama dengan agen (LKM) untuk mengembangkan layanan yang sesuai, karena agenlah yang paling mengetahui pasar. Berdasarkan diskusi antara LKM dan pemberi asuransi, ditambah dengan penelitian informasi pasar yang dimiliki oleh LKM, asuransi akan menghasilkan desain produk yang sesuai.

Karena pemberi asuransi mengasumsikan segala resiko, juga bertanggung jawab untuk menjaga cadangan, membayar klaim dan mematuhi peraturan hukum. Hubungan pemberi asuransi - agen ini menunjukkan metode umum pelaksanaan asuransi dan telah terbukti efektif dengan seluruh produk asuransi termasuk: jiwa, kesehatan, kecacatan, dan perumahan.

Arus Keuangan

Dua contoh dari pelimpahan bisnis asuransi kepada asuransi formal dijelaskan dalam Kotak 5.1. Dengan menggunakan kedua contoh ini, bagian ini menjelaskan aliran dana (lihat gambar 5.3) antara klien, agen dan penanggung untuk pembayaran premi dan klaim

**Kotak
5.1.****Contoh Model Mitra-Agen**

AIG di Uganda telah mengembangkan polis Kelompok Kecelakaan Pribadi bagi nasabah LKM. Produk ini awalnya ditawarkan kepada orang-orang berpenghasilan kecil melalui FINCA Uganda. FINCA melakukan hubungan langsung dengan nasabah dengan menjual dan melayani produk wajib, sedangkan pemberi asuransi (AIG) melakukan semua kegiatan kantor-pendukung. Polis tersebut mencakup Penghapusan Kredit karena Kematian dan Kecacatan, plus manfaat tambahan bagi nasabah yang meninggal, suami mereka dan anak-anak sampai 4 orang bila kematiannya disebabkan oleh kecelakaan. AIG saat ini menyediakan polis yang serupa melalui LKM lain di Uganda dan Tanzania. Contoh ini dijelaskan di Lampiran 5.

SEWA bekerjasama dengan dua perusahaan asuransi dalam menyediakan pertanggungan jiwa dan kecelakaan sukarela bagi nasabahnya. Skema ini tidak terkait dengan kegiatan pinjaman mereka. SEWA mengelola interaksi dengan nasabah, sementara Life Insurance Company dan New Indian Insurance mengelola klaim dan menanggung resiko. SEWA bekerjasama dengan dua perusahaan asuransi untuk memperoleh pertanggungan yang lebih lengkap bagi nasabahnya, di mana satu asuransi menanggung kematian karena kecelakaan dan yang satunya menanggung kematian karena sebab apa pun.

Pembayaran Premi Nasabah

Langkah pertama adalah untuk mendapatkan premi dari nasabah kepada agen. Proses pembayaran premi bisa jadi merupakan biaya transaksi terbesar bagi asuransi mikro sehingga mekanismenya perlu dirancang untuk meminimalkan biaya ini. Untuk mengatasi kendala ini, kedua organisasi mengaitkan pembayaran premi dengan jasa keuangan lainnya.

Daripada meminta pembayaran premium yang kecil, SEWA membolehkan klien untuk menabung yang dapat digunakan untuk membayar premi tahunan. Rancangan ini menurunkan biaya transaksi karena hanya satu pembayaran premi tahunan pada saat yang sama, serta mengakomodasikan aliran kas tidak tetap dari rumahtangga berpendapatan rendah. Satu kemungkinan kekhawatiran dari pendekatan ini adalah masalah potensi manajemen likuiditas yang mungkin muncul jika beberapa klien mengambil tabungan yang signifikan pada waktu yang sama. Bahkan lebih inovatif, SEWA juga menawarkan **asuransi rekening tabungan** di mana bunga pada rekening dengan jumlah minimum yang cukup digunakan untuk membayar premi, sehingga menghilangkan biaya transaksi pembayaran premi.

FINCA Uganda memasukkan pembayaran premi kedalam *biaya* lain, yaitu bunga pinjaman. Dalam pengaturan ini, pada saat nasabah mungkin mengetahui tingkat bunga berapa yang mereka bayar, mereka menjadi tidak waspada berapa kenaikan tingkat bunga untuk membayar premi asuransi. Meskipun ini mungkin metode pembayaran yang paling mudah, tapi tidak memberikan transparansi bagi nasabah maupun LKM.

Seperti telah didiskusikan pada bab 3, untuk keempat asuransi-yang dihubungkan dengan produk kredit di dalam manual ini, LKM direkomendasikan untuk mengurangi premi dari jumlah kredit atau memberikan kredit sedikit lebih besar mencakup jumlah premi dan kemudian mengurangkannya. Untuk produk lanjutan, direkomendasikan untuk pengurangan secara otomatis dari rekening tabungan.

Pembayaran Premi Agen

Premi kemudian perlu diteruskan agar sampai kepada pemberi asuransi. FINCA melakukan pembayaran bulanan kepada AIG untuk polis kelompok yang berdasarkan pada besarnya akad kredit baru pada periode tersebut. SEWA melakukan pembayaran premi tahunan untuk polis perorangan. Umumnya, pembayaran premi tahunan lebih murah dibandingkan dengan jumlah pembayaran bulanan, tetapi mungkin tidak sesuai dengan aliran kas LKM.

Klaim

Mengenai klaim, permohonan pada awalnya disiapkan oleh penerima atau anggota kelompok dan disampaikan kepada LKM melalui petugas kredit. Setelah dilakukan verifikasi klaim, petugas kredit mengirimkan permohonan kepada kantor pusat LKM, dan kemudian diteruskan kepada pemberi asuransi. Pemberi asuransi membayar klaim kepada LKM, yang kemudian membayarkannya kepada penerima manfaat (meskipun langkah akhir ini tidak perlu dalam polis **Penghapusan Kredit** karena **Kematian dan Kecacatan**).

Proses klaim dapat bertele-tele dan menyebabkan penundaan yang tidak perlu. LKM didorong untuk melakukan eksperimen merampingkan sistem pemrosesan klaim sejauh mereka tidak meningkatkan kerawanan organisasi terhadap kecurangan.

Satu kemungkinan bagi LKM untuk memelihara cadangan kecil klaim (mungkin dimodali oleh pihak asuransi) sehingga dapat membayar kepada penerima/manfaat secara langsung, dan kemudian mengadakan rekonsiliasi dengan pihak asuransi tiap akhir bulan. Pendekatan ini dapat menghilangkan penundaan klaim yang dilakukan oleh mitra asuransi. Ini juga akan mengurangi biaya transaksi perusahaan asuransi, yang hanya perlu melakukan pembayaran klaim sebulan sekali. Pengaturan ini hanya akan berjalan apabila pihak asuransi dan LKM memahami betul dokumen klaim dan prosedur verifikasi – atau jika LKM mau menanggung resiko untuk membayar sendiri setiap klaim yang kemudian ditolak oleh pihak asuransi.

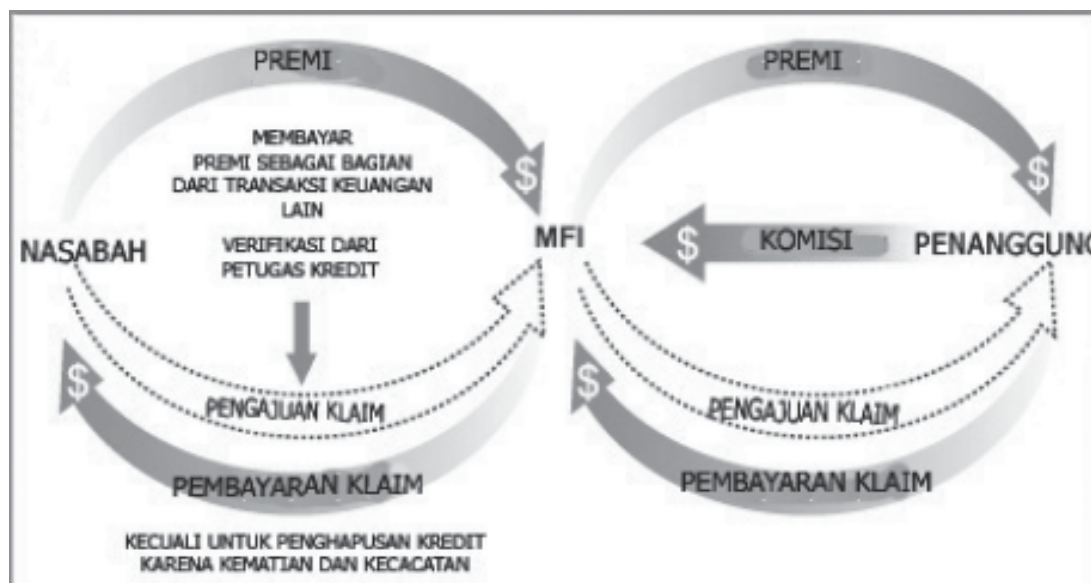
Komisi

Satusatunya aliran keuangan lain pada model mitra-agen adalah pembayaran **komisi**. Komisi, baik dibayar bulanan atau tahunan, dapat dikurangkan dari pembayaran premi sebelum diserahkan ke pihak asuransi, atau dapat dibayarkan kembali kepada LKM; alternatif pertama nampaknya lebih efisien.

Menemukenali Mitra

Keputusan kritis dalam model pelimpahan ini adalah mengenai pemilihan mitra asuransi. Sebelum bertemu dengan calon penyedia asuransi, LKM harus mempertimbangkan daftar pertanyaan pada tabel 5.1. Pertanyaannya tidak susah dan cepat bila digunakan untuk seleksi, dan memberikan pokok-pokok pembicaraan dalam mengawali diskusi dengan mitra potensial.

Merujuk pada pertanyaan pertanyaan ini akan membantu LKM untuk memilih asuransi yang dapat melayani kebutuhan nasabah. Juga dapat menggunakan pertanyaan yang sesuai dari tabel ini untuk menyusun penawaran lelang yang dapat dibagikan kepada pihak asuransi, sambil LKM meneliti isu reputasi dan peraturan.

Gambar 5.3.***Mengikuti Uang: Transaksi Keuangan Mitra-Agen*****Tabel 5.1 Daftar Pertanyaan Uji Kelayakan untuk Menemukanali Mitra Asuransi**

Pertanyaan	Apa yang sebaiknya dicari LKM
Bagaimana reputasinya?	Harus lembaga yang kuat yang membayar klaim tepat waktu. Cek pemegang polis apakah mereka mempunyai pengalaman yang positif
Bagaimana pembiayaan perusahaan asuransi?	Perusahaan Asuransi sebaiknya dibiayai dari pendapatannya, dan sebaiknya memiliki portofolio yng stabil dan konservatif
Bagaimana pengalaman klaim dan rekam-jejak pembayaran klaimnya	Mereka harus membayar sebagian besar klaim dalam waktu sebulan dan bersedia untuk menjamin pembayaran cepat (dalam dua minggu garansi dan upaya membayar dalam waktu satu minggu) atas klaim dari nasabah LKM. Sebaiknya melakukan pengecekan setelah finalisasi hubungan terjadi.
Bagaimana ketertarikan pihak asuransi kepada pasar berpendapatan rendah?	Mereka tidak hanya harus menunjukkan ketertarikan tetapi juga memiliki contoh pekerjaan yang berlangsung dengan pasar ini atau paling tidak upaya untuk bekerja pada pasar ini
Apakah pihak asuransi akan menyesuaikan produknya dengan preferensi nasabah miskin?	Mereka kemungkinan akan mengurangi lingkup pertanggungan, menurunkan harga produk secara proporsional, bahkan menyesuaikan beberapa prosedur untuk memfasilitasi transaksi antara LKM dengan penanggung
Apakah pihak asuransi bersedia untuk membuat komitmen jangka menengah atau jangka panjang?	Jenis hubungan ini akan memerlukan waktu untuk matang. Apabila pihak asuransi tidak bersedia untuk membuat komitmen paling tidak untuk tiga tahun, ini tidak bermanfaat bagi LKM untuk memulai hubungann. Catatan: pihak asuransi tidak terikat

panjang dengan LKM?

pada persyaratan awal selama periode tersebut, hanya harus terus bekerja dengan LKM dan nasabahnya

Apakah pihak asuransi bersedia membayar komisi untuk LKM sebagai agen?

Untuk usaha yang jangka pendek, pihak asuransi biasanya membayar komisi agen kepada LKM lima sampai duapuluh persen dari premi.¹⁹ LKM harus mendapatkan porsi yang cukup dalam melakukan kegiatan sebagai agen.

Apakah terdapat isu berhubungan dengan peraturan yang harus diikuti oleh pihak asuransi?

LKM harus mengkaji laporan tahunan asuransi dan membahas kepatuhan terhadap peraturan dengan komisi asuransi. Beberapa perusahaan asuransi memperkerjakan *ombudsman* untuk berinteraksi dengan publik. Apabila tersedia, LKM sebaiknya mendiskusikan kepatuhan kepada peraturan dan komplain konsumen yang sering diajukan.

Apakah pihak asuransi memberikan LKM tanggung jawab memverifikasi klaim?

Tidak direkomendasikan untuk pihak asuransi melakukan verifikasi klaim. Kedua mitra harus memiliki pemahaman tertulis mengenai bukti apa yang diperlukan oleh pihak asuransi. Dokumentasi perjanjian harus dapat diakses oleh masyarakat miskin, dengan lengkap

Dapatkah pihak asuransi meminimalkan jumlah pengecualian tanpa merusak keberlanjutan rencana?

Pada umumnya, LKM memiliki kesulitan memberikan informasi kepada klien tentang produk-produk yang kompleks. LKM tidak hanya menjelaskan konsep asuransi, tetapi juga harus membantu nasabah memahami produk asuransi. Semakin mudah produk, semakin mudah menjual dan mengadministrasikan produk tersebut

Negosiasi dengan Mitra Potensial

Seperti pada hubungan bisnis lain, kedua pihak akan menegosiasikan untuk kepentingan mereka masing-masing. Dalam negosiasi antara pihak asuransi dan LKM, pihak asuransi biasanya memiliki alasan yang sama seperti yang dicari LKM dari pihak asuransi pada pertama kali – LKM tidak mengetahui bagaimana mengelola perusahaan asuransi.

Karena negosiator LKM perlu untuk menjaga kepentingan klien dan lembaga, penting bahwa mereka mewakili konstituen secukupnya. Untuk menyeimbangkan keuntungan dengan perusahaan asuransi, wakil dari LKM harus:

- Mengenal aspek kunci dari bisnis asuransi, dan
- Datang dengan perlengkapan yang cukup terinci tentang kegiatan mereka sendiri.

Mengenai informasi dasar asuransi, negosiator harus mengenal dasar dasar seperti dijelaskan pada bab 1 dan fitur produk seperti diringkas pada seksi 3.2.

Sebagai tambahan, negosiator harus memiliki informasi cukup tentang portofolio mereka sendiri meliputi:

- Data sejarah pertumbuhan dan proyeksi realistis di masa depan

¹⁹ Dengan bisnis asuransi jiwa yang berjangka waktu beberapa tahun, pihak asuransi kadang membayar agense jumlah besar komisi di muka. LKM harus tahu bahwa bila klien tidak memperbarui polisnya setelah tahun pertama, pihak asuransi akan mengambil kembali **surplus komisi** yang dibayarkan kepada agen di tahun pertama. Jadi, akan lebih mudah bagi LKM untuk mengambil komisi secara konsisten berdasarkan persentase pada tiap pembaharuan

- Untuk asuransi jiwa, jumlah sebenarnya nasabah yang meninggal paling tidak selama tiga tahun terakhir (lebih baik jika dilengkapi data usia dan jender)²⁰
- Ide dasar apa yang ingin ditawarkan oleh produk asuransi dan fitur produk LKM berdasarkan riset pasar.

Butir terakhir dari negosiasi: LKM jangan minta belas kasihan perusahaan asuransi. LKM memiliki daya tawar yang kuat karena memiliki seluruh pasar baru bagi pihak asuransi. Meskipun untuk polis yang kecil, pihak asuransi harus mempertimbangkan kemungkinan melayani ribuan konsumen baru tanpa mengeluarkan biaya – untuk beberapa produk asuransi, biaya perolehan menunjukkan bagian besar biaya administratif. Semakin besar LKM, semakin kuat posisinya. Sepuluh ribu klien baru akan berbunyi lebih keras dalam ruang negosiasi dibandingkan seribu.

“Ketahui musuhmu dan ketahui dirimu; dalam seratus pertempuran, anda tidak akan terkalahkan” Sun Tzu

Peran dalam Kemitraan

Dalam tahap akhir negosiasi, LKM dan pihak asuransi akan menetapkan siapa melakukan apa. Daftar kegiatan asuransi pada Tabel 5.2 meliputi peran yang disarankan untuk masing-masing pihak, perlu dicatat bahwa tanda minus (-) menunjukkan tidak ada peran, atau tanda plus (+) menunjukkan tingkat upaya. Untuk masing-masing hubungan, dan untuk masing-masing produk, kombinasi peran sepertinya sedikit berbeda – contoh untuk produk **Tambahan Manfaat**.

Beberapa tugas merupakan tanggung jawab yang jelas dari satu pihak tetapi juga memerlukan keterlibatan dari pihak lain. Penetapan harga, sebagai contoh, adalah bagian pihak asuransi, tetapi LKM harus membantu pihak asuransi untuk memahami pasar dengan lebih baik sehingga pihak asuransi dapat mengembangkan produk/gabungan produk yang sesuai..

Selama uji-coba dan tahap awal, penting untuk memiliki laporan pertemuan berkala yang sering diadakan untuk memastikan bahwa sistem berjalan pada kedua belah pihak. Pertemuan-pertemuan tidak harus formal, dan harus cukup singkat dan berfokus pada proses saling-hubungan. Pertemuan dapat membahas isu sebagai berikut:

- **Rekam-jejak Tertulis:** Mengkonfirmasi bahwa dokumen dikirim dan dikembalikan seperti akad, permohonan klaim dan laporan kinerja, jelas dan mencakup seluruh informasi yang diperlukan (dan tidak ada informasi berlebihan).
- **Arus Kas:** Membuat arus kas seperti dalam kontrak dalam hal waktu dan komposisi, dan seluruh kalkulasi dibuat dengan benar.
- **Persepsi Klien:** Catat apa kata klien tentang produk dan jasa.
- **Ketepatan Waktu:** Capai kesepakatan dalam hal jumlah maksimum hari yang diperlukan untuk proses klaim dan pantau kepatuhan

Mitra juga seharusnya memiliki evaluasi formal pertemuan, sekali tiap triwulan untuk tahun pertama dan kemudian tengah tahunan, untuk memungkinkan kedua belah pihak mengevaluasi tujuan mereka dan mendiskusikan kekurangan mereka. Pertemuan ini menciptakan forum rutin untuk mendiskusikan isu lebih besar dalam hubungan ini. Setelah periode eksperimen awal, kesempatan forum untuk mendiskusikan potensi produk baru, demikian juga kebutuhan untuk kebijakan harga dan/atau

20 Kemungkinan data kejadian resiko kesehatan dan kecacaan tatau kehilangan properti akan sulit diperoleh.

penyesuaian cakupan pertanggungan. Apabila diperlukan perubahan, strategi implementasi juga harus dikembangkan, dengan memberikan waktu yang cukup bagi staf dan klien untuk memahami kebijakan harga, cakupan pertanggungan atau penyesuaian lainnya.

Tabel 5.2 Peran dan Tanggung Jawab dalam Pelimpahan Produk Asuransi Jiwa Tambahan

Elemen Hubungan	Peran LKM	Peran Pihak Asuransi
Penyaringan awal Klien	+++	-
Desain Produk	+	+++
Analisis resiko	-	+++
Penetapan Harga	+	+++
Pelatihan staf tentang konsep asuransi	+++	+
Pengetesan	++	+++
Persiapan akad	+	++
Promosi ke Nasabah	+++	-
Membantu Nasabah dengan Persiapan Asuransi (a.l. penetapan penerima manfaat)	+++	-
Pemrosesan aplikasi asuransi	+	+++
Pengumpulan premi	+++	-
Pencatatan Transaksi	+	+
Pemantauan Nasabah	+++	-
Membantu Aplikasi Klaim	+++	-
Pemeriksaan Klaim dan Penilaian	++	++
Pembayaran Klaim	+	++
Mobilisasi modal	-	+++
Asuransi kembali	-	+++
Audit Internal	+	++
Resolusi konflik	++	+++
Penelitian Pasar dan Umpan-Balik	+++	-
Kewajiban Hukum (spt pelaporan)	-	+++
Pengembangan Pasar Baru	+	-
Isu Peraturan	-	++

Persepsi Kekuatan dan Tantangan

Melimpahkan bisnis kepada pihak asuransi memiliki banyak keuntungan, dan beberapa tantangan seperti dirangkum pada Tabel 5.3. Isu kunci untuk LKM adalah mereka tidak menanggung resiko, menghemat beban administratif, dan mereka masih memperoleh komisi sambil memenuhi kebutuhan nasabah - tanpa menciptakan struktur bisnis baru.

Tabel 5.3 Kekuatan dan Tantangan dari Pelimpahan Bisnis

Kekuatan	Tantangan
- Resiko agen sangat terbatas - Efisiensi operasional secara signifikan tercapai	Beberapa input mungkin diperlukan untuk menarik perhatian pihak asuransi ke pasar "mikro", terutama untuk menanggung yang lebih kompleks (spt., kesehatan atau rumah)
Memerlukan sedikit keahlian sebagai agen daripada menjalankannya sendiri	Manajemen hubungan diperlukan untuk memastikan pelaksanaan yang lancar
Mencapai sinergi maksimum karena masing-masing mitra fokus pada masing-masing keahliannya	Aturan yang adil untuk semua harus dinegosiasikan mengharuskan manajemen LKM untuk memahami asuransi
Pihak asuransi memiliki akses kepada pasar reasuransi	Masing masing pihak tergantung kepada kualitas pihak lain.
Pihak asuransi memiliki akses cadangan signifikan bila dibutuhkan	Konflik dapat terjadi jika pihak asuransi membayar telat klaim atau tidak membayar sama sekali
LKM mendapatkan komisi tanpa resiko, sedangkan pihak asuransi mendapatkan keuntungan	Isu peraturan tentang agen asuransi mungkin memerlukan negosiasi dengan komisi asuransi nasional, tetapi kurang menjadi isu dibandingkan dengan izin asuransi

5.2. Pelimpahan Resiko melalui Asuransi Portofolio

Pilihan kedua pelimpahan pekerjaan bagi LKM adalah membeli polis portofolio kredit untuk menutup peminjam yang meninggal. Pengaturan ini menurunkan resiko dari kematian klien dan memerlukan tanggung jawab administratif yang terbatas. Polis menutup kematian peminjam akan berjalan seperti asuransi lain yang mungkin LKM telah dilakukan, seperti asuransi wajib atau asuransi kendaraan. Dengan opsi pelimpahan pekerjaan ini, LKM dapat menghindari seluruh kegiatan asuransi kecuali konfirmasi kematian. Pada umumnya LKM harus membayar sedikit biaya atau jumlah minimum, berarti tetap menanggung sebagian resiko kematian, meskipun secara signifikan berkurang.

Meskipun portofolio asuransi adalah opsi pelimpahan pekerjaan, relevansinya terbatas. Pembelian asuransi untuk menutup resiko kematian memerlukan pembayaran kepada pihak asuransi tidak hanya untuk menutup premi resiko, tetapi juga biaya operasi. Jadi akan terlihat lebih murah bagi LKM untuk menghapuskan sisa kredit yang hilang karena kematian. Dengan aturan pelimpahan pekerjaan, proteksi utama bagi LKM adalah dari kerugian yang sangat besar, misalnya sebagian klien meninggal karena bencana alam atau wabah, dimana pemberi asuransi harus melakukan reasuransi. Portofolio asuransi akan bisa dipahami pada saat LKM beroperasi di kawasan berresiko tinggi atau berkonsentrasi pada kredit besar dimana pembayaran dari cadangan akan menjadi bencana bagi LKM.

Bentuk pelimpahan ini memberikan proteksi tambahan marjinal bagi LKM dan nasabahnya. Pada kenyataannya, beberapa peminjam diharuskan memiliki polis Penghapusan Kredit (lihat boks 5.2). Opsi

ini juga tidak menciptakan landasan bagi LKM untuk menawarkan produk asuransi lain dimasa depan—portofolio asuransi memberikan proteksi sama seperti **Penghapusan Kredit**, tetapi tidak memfasilitasi akses lanjutan kepada produk **Manfaat Tambahan, Jiwa Tambahan**, ataupun **Asuransi Lanjutan**.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| ✓ Metode Pembayaran Klaim | ✓ Metode pembayaran premi |
| ✓ Menarik kembali pembayaran | ✓ Menciptakan produk |
| ✓ Mengontrakkan ke pihak luar | ✓ Layanan produk |
| ✓ Model Mitra-agen | ✓ Memilih mitra asuransi |
| ✓ Aturan Kerjasama dan Tanggung jawab | ✓ Pengajuan lelang |

Kotak 5.2.

Mengharuskan Nasabah Mencari Asuransinya Sendiri

Asuransi Penghapusan Kredit kadangkala dipandang sebagai pemangsa. Biasanya dijual sebagai asuransi wajib, dan dibandingkan dengan manfaat yang langsung diperoleh dari asuransi berjangka, kadangkala lebih mahal. Skema ini di banyak negara disatukan dengan pinjaman kepada kelompok berpendapatan rendah karena mereka memiliki jaminan yang terbatas, menambahkan keraguan akan reputasinya. Kalau bukan wajib, hanya ada sedikit klien yang akan membelinya.

Untuk menyelesaikan dilema ini, PRODIA, sebuah LKM di Burkina Faso, mengharuskan klien dengan kredit besar untuk membeli kredit yang menutup Penghapusan Kredit (dengan PRODIA sebagai penerima manfaat) dari asuransi komersial yang mereka pilih. Meskipun suatu elemen keharusan masih ada, ketiadaan bagi hasil atau komisi antara PRODIA dengan asuransi ini berarti bahwa PRODIA tidak dapat dituduh sebagai pemangsa, dan biaya polis dapat dipertahankan pada tingkat yang sedang.

5.3. Pelimpahan kepada Unit Terpisah

Opsi ketiga bagi LKM adalah untuk membentuk anak-perusahaan atau perusahaan terpisah di mana dapat dilakukan pelimpahan kegiatan utama asuransi. Beberapa organisasi seperti CARD Bank di Filipina (lihat kotak 5.3) mulai menawarkan bisnis asuransi di dalam LKM. Setelah beberapa pengalaman dan analisis lebih lanjut, mereka mengenali bahwa bisnis asuransi menghadapi resiko tinggi untuk stabilitas LKM. Pada kasus ini, salah satu gagasan adalah untuk membentuk badan hukum tersendiri untuk menawarkan dan mengelola bisnis asuransi mikro. Ini memisahkan resiko asuransi dari posisi modal LKM.

Proses pelimpahan pekerjaan ke unit terpisah yang informal adalah mirip dengan pelimpahan kepada perusahaan asuransi formal. Karena LKM bukan pemberi asuransi, ia menanggung resiko yang terbatas;

unit terpisah berlaku sebagai pemberi asuransi, menanggung resiko serta pengembangan teknis dan pengelolaan produk asuransi. Pelimpahan kepada unit terpisah paling dapat diaplikasikan untuk LKM besar yang beroperasi pada lingkungan di mana peraturan asuransi mengakomodasi pengaturan ini.

SEWA juga mempertimbangkan untuk mendirikan bisnis terpisah di mana dapat melimpahkan jasa asuransinya saat ini. Keinginannya adalah untuk memisahkan resiko asuransi dengan menciptakan koperasi asuransi yang dimiliki oleh kliennya. SEWA sejak saat itu memutuskan menolak membentuk perusahaan asuransinya sendiri karena alasan peraturan, termasuk modal minimum yang lebih dari US\$20 juta.

Kotak 5.3.

Produk Anuitas CARD yang Berbahaya

CARD mendirikan Members' Mutual Fund pada tahun 1994 untuk bertindak sebagai dana asuransi bagi para peminjamnya. Dimulai dengan premi 5 sen per minggu, yang memberikan \$50 untuk penguburan apabila ada kematian dan \$50 untuk isteri/suami dan anak-anak yang resmi. Karena produk ini sangat menguntungkan, CARD memperluas manfaatnya dengan menawarkan pembayaran kecacatan \$10 per bulan untuk 3 bulan bagi luka kecelakaan dan pensiun \$20 per bulan untuk 5 tahun bagi orang yang berusia lebih dari 60 tahun – semua dengan tarif premi yang sama.

Tanggapan atas produk tersebut sangat besar. Antara 1995 dan 1997 keanggotaan meningkat dari 12.000 menjadi 27.000. Pendapatan premi CARD meningkat besar. Organisasi seperti ini menemukan sumber pendapatan baru. Meskipun demikian profil anggota secara cepat berubah. Penelitian pada tahun 1997 menunjukkan bahwa jumlah terbesar dan sedang bertambah adalah anggota di atas usia 50 tahun. Sekitar 40 persen dari klien dalam 5 tahun akan dapat mengumpulkan manfaat pensiun. Proyeksi pembayaran manfaat menunjukkan habisnya dana dan membuat bank bangkrut. CARD memberikan respons pertama dengan meningkatkan premi 10 sen per minggu.

Sejak tahun 1999, tidak mungkin lagi bagi LSM Philipina untuk mengoperasikan secara legal mutual fund atau perusahaan asuransi. Dana asuransi kemudian didaftar sebagai unit terpisah, CARD-Mutual Benefit Association atau CARD-MBA. Jajaran direksi juga terpisah, terdiri dari petugas yang berasal dari anggota, yang mengelolanya. Penting bagi CARD untuk membentuk "tembok-api" guna menghindarkan LKM dari kewajiban menanggung beban.

CARD melakukan pemecahan secara hukum untuk melepaskan diri dari kewajiban hukum. Langkah pertama dari unit baru adalah melakukan studi aktuarial untuk menetapkan tingkat harapan hidup dan proyeksi pembayaran manfaat.

Diangkat dari Churchill, Hirschland dan Painter (2002)

Untuk pelimpahan kepada unit asuransi mikro terpisah, LKM perlu untuk membentuk suatu unit. Untuk memisahkan pemberi asuransi dari LKM, pertimbangkan berikut ini:

- Mayoritas kapitalisasi dari sumber-sumber non-LKM untuk menjaga LKM dari kerugian karena pinjaman; umumnya unit tersebut akan dibentuk sebagai koperasi
- Bentuklah pengurus baru yang terpisah dari LKM. LKM harus diwakili, tetapi tidak untuk mengendalikan dewan direksi baik melalui kedudukan ketua atau mayoritas.
 - Secara fisik pisahkan kegiatan pemberi asuransi dari LKM
 - Rekrut dan kembangkan staf yang terpisah dan khusus yang berasal dari bisnis asuransi
 - Secara hukum daftarkanlah sebagai perusahaan terpisah dan
 - Patuhi peraturan asuransi nasional

"Asuransi bukan lelucon!" Jaime
Aristotle Aip, direktur eksekutif
CARD

Begitu perusahaan sudah terbentuk, aliran keuangan dan transaksi adalah sama seperti pelimpahan pekerjaan kepada perusahaan asuransi formal.

Tabel 5.4 Kekuatan dan Tantangan: Pelimpahan kepada Unit Terpisah

Kekuatan	Tantangan
- Pemberi asuransi yang baru mungkin lebih fleksibel dalam mengembangkan dan menciptakan produk yang sesuai bagi pasar LKM dibandingkan dengan pemberi asuransi tradisional - Resiko terpisah dari LKM namun LKM masih dapat mendapatkan pelayanan bagi kliennya dan dapat mempengaruhi kegiatan pemberi asuransi	- LKM harus mendirikan perusahaan asuransi - Membuat perusahaan asuransi baru bagi bisnis LKM tidak efisien apabila ada pemberi asuransi yang mau melakukannya - Apabila unit asuransi terpisah berada di luar peraturan akan menimbulkan resiko tambahan - Pemberi asuransi baru tidak dapat memperoleh pengalaman resiko lokal dari pemberi asuransi yang ada dan kemungkinan akan memberikan harga lebih konservatif sehingga memberikan beban lebih kepada nasabah.

5.4. Pelimpahan Resiko melalui Reasuransi

Reasuransi adalah asuransi bagi perusahaan asuransi. Ini membantu untuk menyebarkan dan/atau membatasi resiko dari pemberi asuransi langsung. Reasuransi mengurangi kerentanan pemberi asuransi kepada resiko yang mungkin disebabkan oleh bencana alam atau wabah penyakit. Ini penting terutama bagi pemberi asuransi yang kecil dengan modal yang terbatas dan karena itu tidak dapat melayani nasabah besar atau dalam jumlah banyak. Reasuransi dapat menstabilkan keuangan pemberi asuransi dengan menetapkan suatu batas kerugian, di atas jumlah mana kerugian akan ditanggung pemberi reasuransi. Pengaturan ini meningkatkan kepastian dari pengeluaran dan keuntungan pemberi asuransi.

Reasuransi juga memiliki fungsi bantuan teknis dan pengawasan. Reasuransi ingin memastikan bahwa mitra asuransi mereka membuat keputusan *underwriting* yang baik, menentukan harga produk dengan layak dan mempunyai alat efektif untuk mengendalikan resiko seperti bahaya moral dan seleksi terbalik.

Pada umumnya penilai reasuransi akan mengevaluasi jangkauan seluruh usaha mitra asuransi primer. Pengelola reasuransi akan mengevaluasi stabilitas lembaga dan keuangan, kebijakan dan prosedur perusahaan asuransi dan kualitas staf dan manajemen. Mereka juga akan mengevaluasi secara cermat kinerja dan ketentuan jaminan untuk produk yang secara sengaja diasuransikan ulang, dan menyarankan perubahan yang harus dilaksanakan.

Kondisi yang paling sesuai untuk mereasuransikan asuransi mikro adalah **polis kelebihan agregat (*aggregate excess*)**, di mana pengasuransi setuju untuk menutup klaim total melalui suatu batas nilai dari tampungan polis keseluruhan²¹. Sebagai contoh, suatu pengasuransi menerima polis reasuransi *aggregate excess* dengan batas nilai US\$100,000. Bila pengasuransi menderita kerugian total selama masa perjanjian sebesar US\$150,000, maka perusahaan reasuransi harus menutup US\$50,000. Bila kerugian agregat hanya mencapai US\$75,000, pengasuransi harus menutup sendiri seluruh kerugiannya. Dengan kebijakan *aggregate excess*, keuntungan dan kerugian pada umumnya saling menutup setiap tahun.

Pengasuransi mikro dengan kinerja yang cukup dan modal terbatas harus sedapat mungkin mencari reasuransi yang mau membantu. Sayangnya, asuransi mikro yang informal tidak akan mendapatkan akses ke pasar asuransi —Suatu kemungkinan pengecualian barangkali melalui kemitraan dengan perusahaan asuransi, di mana reasuransi formal melakukan peran reasuransi bagi pengasuransi LKM.

Tabel 5.5 Kekuatan dan Tantangan Pelimpahan melalui Reasuransi

Kekuatan	Tantangan
• Hubungan reasuransi dapat meningkatkan stabilitas dari pemberi asuransi • Reasuransi membatasi pembagian resiko dari pemberi asuransi mikro, yang dapat membantu LKM pemberi asuransi untuk berkembang • Pemberi asuransi mikro dapat memiliki akses kepada ahli underwriter • Pengawasan asuransi ulang dapat menjaga profesionalitas dari pemberi asuransi mikro	• LKM harus pemberi asuransi • Hanya sedikit reasuransi yang mau menerima reasuransi bagi pengasuransi informal.

5.5 Pelimpahan Kegiatan Tertentu dengan Kontrak Jangka Panjang

Jenis pelimpahan yang ke lima adalah mengontrak suatu lembaga konsultan untuk melaksanakan fungsi-fungsi asuransi tertentu. Beberapa aktivitas asuransi dapat dilimpahkan kepada pihak luar secara berkelanjutan, termasuk diantaranya:

²¹ Polis "*stop loss*" hampir sama, di mana reasuransi menutup kerugian sampai persentase tertentu dari total premi

- **Seleksi calon nasabah** (*underwriting*) dapat dilakukan oleh pemberi asuransi atau reasuransi, paling tidak sampai LKM mempunyai ahlinya sendiri.
- **Penetapan Harga** dapat dilimpahkan kepada aktuaris yang dapat membantu dalam penilaian resiko, penetapan tarif awal dan pemeringkatan pengalaman yang berjalan.
- **Pengawasan Intern** dapat dikontrakkan kepada perusahaan audit, yang dapat mendesain sistem pengendalian internal dan melakukan audit intern secara teratur.
- **Pengumpulan Premi dan Pembayaran Klaim** dapat diproses di bank seperti halnya beberapa LKM membayarkan kredit dan mengumpulkan pembayaran cicilan.
- **Manajemen Data**, termasuk penyimpanan informasi dan analisis, dapat dilakukan oleh perusahaan teknologi informasi.
- **Riset Pasar** dapat dikontrakkan kepada perusahaan pemasaran atau universitas.

Bagaimana Bekerjanya

Pelimpahan kegiatan tertentu biasa dilakukan oleh LKM. Umumnya bank digunakan untuk mengumpulkan dan membayarkan kredit dan mengambil simpanan nasabah, karena bank pada umumnya memiliki pemrosesan uang, keamanan dan struktur investasi yang lebih baik daripada LKM. Riset pasar biasanya juga dikontrakkan keluar oleh LKM yang menginginkan data pemasaran yang bagus tetapi tidak ingin untuk mengganggu kegiatan mereka atau melakukan investasi dalam bakat staf untuk melakukan analisis terhadap informasi.

Melalui pelimpahan aktifitas asuransi melalui kontrak jangka panjang, LKM dapat melimpahkan tugas tertentu kepada organisasi maupun perorangan yang ahli dalam bidang tersebut. Seluruh resiko asuransi, meskipun demikian, tetap pada LKM. Seluruh kegiatan asuransi, kecuali yang dikontrakkan ke pihak luar adalah tanggung jawab LKM – dan meskipun kegiatan dilimpahkan, LKM harus tetap mengawasi dan mengelolanya. Pengelolaan dengan pelimpahan pekerjaan menjadi paling sesuai bagi LKM yang menginginkan untuk membentuk perusahaan asuransi terpisah nantinya, tetapi belum memiliki volume pemegang polis atau keseluruhan pertanggungan yang cukup. Sekali bisnis asuransi telah mencapai skala tertentu, LKM dapat memutuskan bahwa telah cukup pendapatan yang untuk memperkerjakan ahli asuransi sendiri.

Pemilihan Kontraktor

Langkah awal dalam seleksi kontraktor adalah memahami kebutuhan lembaga. Penilaian yang jujur tentang LKM sendiri berdasarkan pada kegiatan asuransi (lihat Tabel 5.2 dan 2.1) akan membantu menemukan kekurangan lembaga sendiri dan bidang di mana kontrak jangka panjang mungkin diperlukan. Perlu diingat bahwa melakukan kontrak bisa membayar mahal. LKM dengan jumlah kelemahan yang banyak di bidang asuransi seyogianya hanya bertindak sebagai agen asuransi yang formal daripada melakukan bisnis asuransi sendiri.

Apabila LKM memilih untuk memperkerjakan kontraktor, harus mencari orang atau organisasi yang memenuhi standar. Pendekatan paling baik adalah melakukan penawaran lelang dengan menyebutkan secara spesifik apa yang harus diselesaikan, dan kemudian mengirim tender ke beberapa kontraktor potensial untuk tujuan pembandingan. Saat menerima proposal dari kontraktor yang tertarik, LKM harus menilai mereka menggunakan sistem penilaian yang menekankan pada aspek kegiatan paling

signifikan. Gambar 5.4. menunjukkan contoh penilaian yang dapat digunakan untuk memilih perusahaan penelitian pasar.

Formulir penilaian ini meliputi seluruh kriteria kunci bagi kontraktor untuk memenuhi kebutuhan penelitian pasar oleh LKM. Skala nilai dan butir yang dinilai akan berbeda antara satu lembaga dengan yang lain dan tiap pencarian—hal paling penting adalah untuk menemukan isu paling penting bagi LKM dan untuk menggunakan pendekatan objektif dalam menilai calon.

**Gambar
5.4.**

Contoh Formulir Penilaian Proposal

LKM Anu						
Penilaian Proposal Penelitian Pasar						
Peringkat Seleksi						
Tujuan: Perusahaan atau perorangan yang memiliki pengalamancukup dalam metodologi penelitian pasar dan memiliki reputasi kuat untuk melaksanakan penelitian pasar atas produk Asuransi Jiwa Terjamin (Secure Life Insurance)						
	ID Proposal	1	2	3	4	5
Reputasi peneliti/perusahaan	Baik=5, Rata -rata=3, tidak ada=0					
Pengalaman dalam penelitian pasar	Rata2 per orang; Tidak ada=0, <1th=1, 1-2th=3, >2th=5					
Pengalaman penelitian pasar dalam isu LKM	Rata2 per orang; Tidak ada=0, <ith=1, 1-2th=3, >2th=5					
Pengalaman penelitian pasar dalam isu asuransi	Rata2 per orang; Tidak ada=0, <1th=1, 1-2th=3, >2th=5					
Biaya	< anggaran=3; >anggaran=1					
Keanggotaan dalam asosiasi profesional	Tidak=0; lokal=1; nasional=3; internasional=5					
Pelatihan khusus kepada anggota tim	1 poin untuk tiap 2 pelatihan dalam metode kuantitatif atau kualitatif					
Pengalaman dengan teknik penelitian	Tidak=0; kuantitatif saja=2, kuantitatif saja=4; keduanya=5					
	Total skor					

Tabel 5.6 Kekuatan dan Tantangan Pelimpahan dengan Kontrak Jangka Panjang

Kekuatan	Tantangan
• Jika LKM dapat melaksanakan hampir seluruh kegiatan asuransi, tambahan dari kontraktor jangka panjang dapat melengkapi keahlian yang diperlukan • Keuntungan bersih (jika ada dan bersih dari fee kontraktor) seluruhnya untuk LKM • Bekerja dengan kontraktor yang konsisten akan membangun pengetahuan mereka tentang bisnis asuransi LKM yang akan meningkatkan efektifitas kontraktor sepanjang waktu tersebut	• LKM tetap harus menciptakan bisnis asuransi internal • Semua resiko tetap ada pada LKM • LKM perlu tahu dengan jelas tentang bagaimana tindakan mereka dalam kaitannya dengan hukum asuransi nasional • Kualitas yang konsisten akan sulit dibuktikan untuk mempertahankan kontraktor

5.6. Pelimpahan Kegiatan Tertentu kepada Konsultan

Pelimpahan salah satu kegiatan ke konsultan sama seperti pengontrakan kegiatan jangka panjang. LKM “memiliki” bisnis asuransi dan memperkirakan adanya resiko. Dengan kontrak jangka panjang, LKM perlu secara objektif menilai kekurangan dan berusaha mengajukan proposal untuk mengisi celah tersebut.

Perbedaan dengan pilihan sebelumnya adalah bahwa konsultan atau perusahaan konsultan hanya melakukan satu tugas. Tidak ada hubungan yang berlanjut. Beberapa kegiatan asuransi yang dapat dilakukan oleh konsultan adalah sebagai berikut;

- **Desain produk, Analisa Resiko dan Penetapan Harga:** Seorang konsultan asuransi atau aktuaris dapat dipekerjakan dengan berbasis salah satu bidang sesuai dengan isu tersebut. Tenaga profesional seperti itu sebaiknya di kontrak setidaknya sekali setiap tahun untuk mengevaluasi desain, resiko dan penetapan harga. Selama tahun pertama, pengkajian ulang harus dilakukan setelah enam bulan pertama.
- **Pelatihan staf.** Pelatihan awal untuk staf tentang konsep asuransi dan dasar-dasar asuransi dapat di kontrakkan kepada lembaga pelatihan asuransi.
- **Uji coba:** Spesialis pengembangan produk dan uji coba dapat melakukan uji produk dengan melibatkan staf LKM.
- **Persiapan Kontrak :** Seorang pengacara dapat dipekerjakan untuk menyiapkan akad asuransi.

Seperti halnya aktivitas pelimpahan jangka panjang, LKM masih harus mengembangkan usaha asuransi dan melaksanakan segala aktivitas perusahaan asuransi. Juga aktivitas yang dikontrakkan harus dapat diawasi oleh manajemen asuransi LKM. Untuk sebagian besar produk dasar yang disampaikan pada manual ini (**Penghapusan Kredit karena Kematian dan Kecacatan**), pelimpahan aktivitas tunggal pada konsultan merupakan pilihan yang dapat diterima.

Tabel 5.7. Kekuatan dan Tantangan Pelimpahan kepada Konsultan

Kekuatan	Tantangan
- Jika LKM dapat melakukan seluruh aktivitas tapi aktivitas sangat teknis asuransi, konsultan jangka pendek dapat melakukan salah satu tugas bagi lembaga - Keuntungan bersih (jika ada dan bersih dari fee konsultan) seluruhnya untuk LKM - Bekerja dengan konsultan pada keahlian kunci asuransi akan membantu LKM untuk meningkatkan kemungkinan sukses dalam bisnis asuransi	- LKM akan tetap harus membentuk bisnis asuransi intern - Seluruh resiko tetap pada LKM - Begitu konsultan sudah tidak ada, LKM harus berdiri sendiri, mengelola seluruh bisnis asuransi

5.7. Kesimpulan

Dengan adanya semua pilihan melakukan pelimpahan pekerjaan (kecuali untuk asuransi portofolio), LKM harus mengeluarkan energi yang cukup besar dalam mengelola hubungan. Pada kasus yang termudah, mempekerjakan konsultan jangka-pendek, LKM harus mengawasi aktivitas dan mengkonfirmasi kepatuhan sesuai kontrak. Memelihara hubungan jangka panjang — dengan mitra asuransi, reasuransi dan kontraktor— memerlukan kerja tambahan. Pengalaman sejauh ini menunjukkan bahwa semua usaha sangat berharga. . Klien mendapatkan produk yang lebih baik dengan harga yang lebih murah, LKM turut atau secara nyata melimpahkan sebagian atau semua resiko dan/atau tanggung jawab kepada ahli asuransi dan industri asuransi mendapatkan akses dan kesempatan kepada pasar berpendapatan rendah.

Selain keenam hal yang disampaikan di atas, terdapat kombinasi lain yang mungkin menghasilkan peluang melakukan kontrak kerja yang efektif. Tujuan utama bab ini adalah mendorong LKM untuk menganalisis kapasitas dirinya dalam mengembangkan dan mengelola usaha asuransi mikro dan kemudian mempertimbangkan upaya untuk meminimalkan resiko dan beban administrasinya. Untuk memilih opsi *outsourcing*, LKM perlu melihat produk apa yang akan ditawarkan (sedikit banyak berdasarkan temuan riset pasar), dan penilaian objektif terhadap kapasitas dirinya untuk menyediakan produk asuransi dalam lingkungan hukum yang berlaku.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|------------------------------|---|
| ✓ Polis kelebihan agregat | ✓ Pemilihan kontraktor |
| ✓ Kelebihan atau pengurangan | ✓ Polis penghentian kerugian (<i>stop-loss</i>) |
| ✓ Asuransi portofolio | ✓ Anak-perusahaan atau perusahaan terpisah |
| ✓ Reasuransi | ✓ Penawaran Lelang |

Bacaan Lebih Lanjut mengenai Pelimpahan Pekerjaan

Beberapa sumber berharga yang dapat membantu persiapan untuk negosiasi dengan mitra potensial atau menyediakan lebih detail tentang *outsourcing* di antaranya:

- Brown, W., C. Green and G. Lindquist, 2000, "A Cautionary Note for Microfinance Institutions and Donors Considering Developing Microinsurance Products," USAID/MBP, Bethesda MD, www.mip.org.
- Brown, W., C. Churchill, 1999, "Providing Insurance to Low-Income Households, Part 1: A Primer on Insurance Principles and Products," USAID/MBP, Bethesda MD, www.mip.org.
- McCord, M.J., 2000b, "Microinsurance in Uganda: a case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision -AIG/FINCA Uganda -group personal accident insurance," Nairobi, Kenya: MicroSave-Africa, www.microinsurancecentre.com.
- McCord, M.J., J. Isern and S. Hashemi, 2001, "Microinsurance: A Case Study Of An Example Of The Full Service Model Of Microinsurance Provision, Self-Employed Women's Association," Nairobi, Kenya: MicroSave Africa, <http://www.microinsurancecentre.org>.

*Lampiran 5***Model Mitra-Agen di Uganda**

Studi kasus ini diangkat dari tulisan Michael McCord " Microinsurance in Uganda: A case study of an example of partner-agent model of microinsurance provision – AIG/FINCA Uganda –group personal accident insurance" yang dapat dipetik dari www.microfinancecenter.com.

Salah satu dari ratusan hambatan penyediaan asuransi pada pasar baru, khususnya kelompok miskin, adalah bagaimana menemukan jalur pelayanan yang efisien. Beberapa LKM memiliki cara penawaran yang efisien kepada kelompok miskin dan ingin menawarkan produk asuransi berkualitas kepada klien mereka, tetapi mereka tidak memiliki keahlian dan tenaga untuk mengembangkan dan mengelola suatu produk asuransi. Perusahaan asuransi memiliki produk dan sumberdaya, tetapi tidak memiliki cara untuk mencapai pasar tersebut. Kaitan antara aset dan kebutuhan tersebut membuat hubungan antara MFI dan pemberi asuransi menjadi potensi kemitraan yang sempurna.

Pada tahun 1995, manajemen FINCA Uganda (FU) menyadari konsekuensi negatif ketika klien meninggal dengan pinjaman yang belum lunas. Ketika peminjam meninggal, akumulasi tabungan yang ada digunakan untuk melunasi pinjaman, dan mekanisme jaminan kelompok diaktifkan untuk menyelesaikan pelunasan pinjaman, kalau diperlukan—ini yang lazim terjadi. Dengan demikian, klien yang ditinggalkan kehilangan keduanya, teman dan uang.

Pada beberapa kejadian, kondisi tersebut membuat kelompok menjadi tergoncang dan menyebabkan masalah tunggakan. Petugas kredit mengalami kesulitan dengan keluarga yang kehilangan anggotanya secara tiba-tiba, khususnya ibu rumah tangga (seluruh nasabah FU adalah perempuan).

Manajemen FU berpendapat bahwa produk asuransi mungkin dapat menolong menyelesaikan masalah tersebut. Manajemen juga berpendapat bahwa suatu produk (asuransi) mungkin dapat membedakan antara LKM dari para pesaingnya. Manajemen FINCA Uganda mempersiapkan mekanisme logistik dengan mana asuransi kecelakaan pribadi berkelompok atau asuransi jiwa mungkin bisa dijalankan. Mereka mengumpulkan data dasar tingkat kematian nasabah dan ringkasan dari rencana pengembangan FU. Dengan informasi tersebut mereka mencoba menarik penyedia asuransi untuk menyediakan asuransi jiwa yang mereka inginkan. Dua perusahaan asuransi, termasuk AIG yang pertama, menolak gagasan tersebut.

Ketika direktur baru AIG Uganda tiba, direncanakan untuk memperkenalkan gagasan itu kepadanya, dan setelah kaji-ulang dari penasehat hukumnya, dia setuju untuk bermitra dengan FU. Walaupun terdapat sedikit data untuk menilai pasar tersebut, AIG memutuskan bahwa gagasan tersebut mempunyai kelebihan, karena produk yang diusulkan sesuai dengan jalur kelompok kecelakaan pribadi yang dimiliki AIG. Motivasi untuk memulai kemitraan bagi keduanya (FU dan AIG) disimpulkan pada Tabel 5.8.

Tabel 5.8. Tujuan Utama Kedua Pihak

Kekuatan	Tantangan
• Menjangkau pasar baru (pasar mikro) • Menghasilkan keuntungan	• Meningkatkan retensi nasabah • Meningkatkan moral kelompok yang anggotanya meninggal • Mengembangkan kelebihan melebihi pesaing

AIG tidak dapat menawarkan asuransi jiwa berjangka sesuai harapan FU, karena tidak memiliki izin untuk asuransi jiwa. Di Uganda, seperti di negara lain, industri asuransi terbagi menjadi dua bidang pengaturan; asuransi jiwa dan nonjiwa. Untuk mendapatkan izin salah satu bidang di Uganda, perusahaan diharuskan memiliki sekitar US1juta. AIG menemukannya tidak cukup pasar asuransi jiwa di Uganda untuk menjamin investasinya. Jadi, pertanggung jawaban kematian sangat terbatas akibat adanya peraturan.

Pengembangan Produk dan Desain

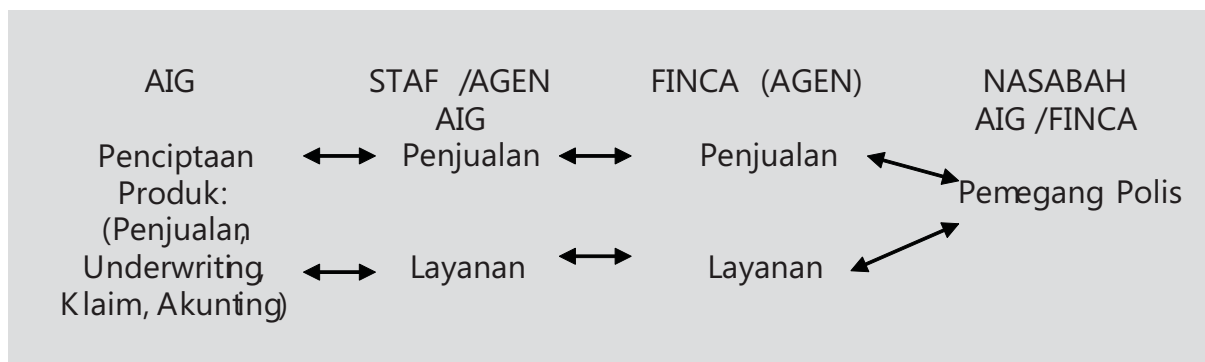
AIG menerima dasar informasi pasar yang disediakan manajemen FU. Hanya sedikit penelitian yang sebenarnya dilakukan untuk persiapan produk ini karena AIG memperkirakan bahwa biaya penelitian akan jauh lebih besar daripada potensi klaim. Pihak asuransi menganggap dirinya terlindung dari kerugian secara signifikan, karena beberapa faktor:

- AIG memandang bahwa ini merupakan bagian polis dari portofolio Kelompok Kecelakaan Pribadi, bukan sebagai produk baru
- Pihak asuransi meyakini bahwa daur asuransi jangka pendek (kredit 4 bulan) mengurangi resiko karena ini dapat membatalkan polis setelah selesai satu daur.
- AIG memiliki cadangan lebih dari cukup untuk menutup setiap permasalahan tanpa memberikan dampak yang signifikan pada perusahaan.

Bagi AIG "penelitian" pasar yang efektif adalah analisis bulanan sehubungan dengan polis, seperti halnya riset aksi atau belajar sambil bekerja. Biaya pengembangan produk ditekan minimum karena AIG hanya menyesuaikannya dengan produk yang sudah ada. Biaya akan lebih besar jika LKM menawarkan produknya sendiri karena harus membuat unit baru untuk mengakomodasi bisnis baru.

Alokasi tugas juga distruktur untuk meminimisasi total waktu yang diperlukan dalam penjualan dan layanan produk. Karena AIG menanggung resiko, ia membuat keputusan akhir pada penetapan biaya dan struktur produk, dan menangani seluruh klaim. FU, karena memiliki orang-orang yang berada di lapangan bersama klien setiap minggu, melakukan pemasaran dan koordinasi klaim dan berlaku sebagai jalur informasi untuk dan dari klien. Dokumen transaksi antara dua perusahaan hanya dokumen yang telah digunakan oleh FU untuk keperluan lain.

Sekali hal pokok telah disetujui, agen AIG memberikan sesi pelatihan ke staf FU dan peluncuran produk dilakukan. Rincian dari kegiatan untuk Kelompok Polis Kecelakaan Pribadi ditunjukkan pada Gambar 5.5

Gambar 5.5 Asuransi Kelompok Kecelakaan Pribadi AIG/FINCA Uganda

Bagi AIG, kebijakan dan operasi mereka menganggap kegiatan ini merupakan satu jenis polis. Dari perspektif staf dan akuntansi, kegiatan AIG bermitra dengan FU adalah mirip dengan rekening lain yang besar. Manajemen AIG meyakini bahwa polis ini, meskipun bukan yang paling bernilai, adalah merupakan lima besar dalam hal nilai premi.

AIG menghitung resiko berdasarkan data tingkat kematian FU, sama halnya mengkaji statistik untuk Uganda. Tambahan komponen biaya, termasuk perkiraan biaya usaha (10 persen dari harga premium), komisi agen (20 persen dari harga premi), merupakan struktur komponen biaya yang lazim pada kelompok asuransi kecelakaan AIG.

Perhitungan AIG menghasikan tarif tetap untuk produk tersebut. Untuk menyampaikan harga ke klien dengan cara yang menunjukkan berubahnya resiko, diputuskan untuk mengaitkan tarif dengan portofolio kredit, karena itulah sumber variasinya. Jadi, asuransi dihargai sebagai premi sekali-bayar-per daur kredit kepada klien sebesar 1 persen dari jumlah kredit awal. Meskipun bunga yang harus dbayar juga ditutup oleh asuransi, ini tidak langsung dibebankan kepada harga.

Hasil

Tarif awal terbukti lebih dari mencukupi, dan di tahun 1999 diturunkan separo sedangkan pertanggungannya dinaikkan.

Tujuan AIG adalah untuk mendapatkan keuntungan dalam rentang harapan mereka, dan untuk menawarkan produk kepada pasar berpendapatan rendah tanpa perlu menghadapi sendiri tantangan untuk bekerja dengan masyarakat miskin, seperti intensitas tenaga kerja, margin nominal yang rendah, dan usaha keras untuk memasarkan. Dengan bekerja sama dengan FINCA, AIG secara dramatis meniadakan pagar pembatas untuk masuk ke pasar termaksud. Dari sisi keuntungan, mereka menelaah rekening secara triwulanan, menilai premi dan biaya operasional untuk memastikan bahwa keuntungan berada pada rentang yang dapat diterima untuk Produk Kelompok Kecelakaan Pribadi.

Dengan cara sederhana, pihak asuransi menyesuaikan produk dengan kebutuhan khusus FU khususnya menyangkut pekerjaan administratif, janji untuk menerima konfirmasi kematian dari FU, dan untuk memroses klaim dalam 7 hari. Ini mendorong staf mereka untuk memerhatikan perjanjian dan pada tidak mengakibatkan kenaikan biaya apapun.

Hasil keuangan diringkas pada tabel 5.9, menunjukkan bahwa skema ini menghasilkan keuntungan yang tinggi, khususnya pada tahap awal, dengan struktur lebih sederhana.

Juni 1999, polis dasar diperluas ke anggota keluarga dan tarif yang dibayar ke AIG diturunkan dari 1 persen menjadi 0,5 persen dari nilai pokok per daur kredit. Hasil dari penyesuaian terlihat pada penerimaan yang turun dari 63 persen di tahun 1997 dan 1998 menjadi 34 persen di tahun 2000. Manajemen AIG mengidentifikasi bahwa rasio yang dapat diterima untuk tiap polis GPA untuk kerugian adalah d"40 persen dan rasio keuntungan e"30 persen. Meskipun dekat dengan batas ini, skema ini masih berada pada rentang yang diterima oleh manajemen AIG.²²

Tabel 5.9. Informasi Keuangan dari Asuransi Kelompok Kecelakaan Pribadi AIG/FU²³

Tahun Fiskal	Premium yang dikumpulkan US\$	Kerugian Klaim US\$	Rasio Kerugian %	Biaya Admin %	Komisi %	Rasio Keuntungan US\$	Estimasi Keuntungan US\$	Nilai Tukar
1997	2.908	209	7,2	10	20	62,8	1.826	1.050
1998	21.7396	1.515	7	10	20	63,0	13.702	1.300
1999	30.000	3.784	12,6	10	20	57,4	17.216	1.460
2000	33.760	12.241	36,3	10	20	33,7	11.391	1.800

Apakah tujuan AIG sudah tercapai? Di samping menguntungkan, AIG percaya bahwa produk ini telah menghasilkan nilai hubungan masyarakat yang besar dan mempromosikan perilaku yang positif terhadap asuransi. Sebagai contoh, AIG selalu hadir pada pemakaman dari jenazah yang diasuransikan dan ini menghadirkan saksi yang banyak untuk melihat dampak positif dari asuransi. Sebagian dari pertumbuhan korporasi AIG terkait dengan produk ini, adalah ketertarikan beberapa nasabah pasar tingkat atas kepada AIG dari promosi semacam ini.

Sebagai bukti kepercayaan terhadap keuntungan produk asuransi mikro, AIG secara aktif memasarkan GPA kepada LKM di wilayah lain.

²² Tingkat keuntungan yang didiskusikan pada artikel ini adalah keuntungan underwriting saja. Tidak ada pendapatan bunga baik langsung maupun perkiraan masuk dalam perhitungan ini

²³ Sumber data adalah dokumen internal dari AIG dan perhitungan dilakukan oleh penulis.

PENGAWASAN MANAJEMEN

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Menjelaskan metode-metode untuk mencatat transaksi akunting dasar bagi berbagai pilihan pelimpahan pekerjaan (outsourcing) yang berbeda
- ☐ Menjelaskan persoalan manajemen keuangan dasar untuk investasi dan permodalan dalam bisnis asuransi
- ☐ Menggambarkan persoalan kunci mengenai pemantauan kinerja operasional sebuah asuransi
- ☐ Memperkenalkan rasio-rasio kunci untuk memantau kinerja operasional sebuah asuransi

Dalam asuransi, pengawasan keuangan adalah hal yang menentukan dalam memantau dan mengelola kinerja bisnis. Bab ini dibagi menjadi tiga seksi yang menunjukkan aspek-aspek pokok dari pengawasan manajerial. Seksi pertama menjelaskan tentang transaksi akunting untuk pilihan penggunaan pihak luar yang berbeda yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya. Seksi yang kedua membahas persoalan-persoalan manajemen keuangan dalam investasi dan permodalan. Terakhir, pemantauan kinerja akan didiskusikan dalam seksi ketiga, termasuk rasio kinerja, penentuan biaya unit dan penelusuran klaim.

6.1 Transaksi Akunting

Akunting asuransi dapat menjadi sangat kompleks karena beberapa alasan, meliputi hukum perpajakan yang rumit, produk jangka-panjang, pemberian komisi di awal yang menjadi subyek penarikan kembali, dan arus pendapatan yang tertunda atau berubah-ubah. Untungnya, produk-produk yang dijelaskan dalam manual ini tidak terlalu rumit karena mereka berjangka pendek dan memiliki pengaturan pendapatan yang terbuka.

Manual ini merinci lima produk asuransi: Penghapusan Pinjaman karena Kematian, Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan, Manfaat Tambahan, Tambahan Jiwa dan Lanjutan. Bab sebelumnya membahas enam pilihan penggunaan pihak luar. Seksi ini menggambarkan transaksi debit dan kredit untuk pilihan-pilihan penggunaan pihak luar tersebut, yang digabungkan menjadi tiga jenis. Yang paling sederhana adalah asuransi portofolio dasar. Jenis kedua adalah penyerahan bisnis asuransi kepada sebuah perusahaan asuransi. Yang ketiga dan paling rumit adalah dalam hal LKM sendiri menjadi penyedia layanan asuransi.

Karena pentingnya pengawasan dan penentuan harga yang sesuai untuk produk asuransi, maka perlu untuk membuat satu set buku yang terpisah untuk bisnis asuransi jika LKM menjadi penyedia layanan asuransi. Dalam kasus-kasus lain (menyerahkan bisnis asuransi pada pihak luar atau membeli asuransi portofolio) pencatatan transaksi di dalam buku utama LKM telah mencukupi, walau harus menggunakan rekening-rekening khusus yang terkait dengan bisnis asuransi.

Transaksi untuk Asuransi Portofolio

Transaksi akunting yang paling mudah adalah untuk asuransi portofolio pinjaman. Transaksi akunting menggambarkan pembayaran premi oleh LKM pada penyedia layanan asuransi dan pemrosesan klaim, seperti yang dirinci di dalam Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Transaksi dengan Asuransi Portofolio²⁴

	Debit	Kredit
1. Pembayaran premi (oleh LKM kepada penyedia layanan asuransi)	Asuransi yang dibayarkan di muka (A)	Bank (A)
2. Premi bulanan yang harus diterima (bila digunakan premi bulanan)	Pengeluaran asuransi portofolio (E)	Asuransi yang dibayarkan di muka (A)
3. Pemberitahuan klaim	Klaim asuransi yang tertunda (A) Pengeluaran klaim asuransi (untuk kelebihan atau kekurangan yang tidak dicakup asuransi) (E) Pendapatan asuransi (untuk pertambahan bunga antara tanggal kematian dan pengajuan klaim) (I)	Rekening pinjaman (A) (dari peminjam yang meninggal) Piutang Bunga (A) (terkait bunga yang masih harus diterima dari pinjaman)
4. Penerimaan klaim	Bank (A)	Klaim asuransi yang tertunda

Premi

LKM pada umumnya akan membayarkan premi setiap tiga bulan, semi-tahunan atau tahunan. Diskon seringkali ditawarkan untuk pembayaran tahunan, meskipun pembayaran bulanan akan lebih baik bagi aliran dana LKM. Jika LKM melakukan pembayaran di muka, maka hal ini dianggap sebagai pengeluaran yang dibayarkan di muka (1) dan kemudian ditambahkan sebagai pengeluaran bulanan (2). LKM yang membayarkan premi bulanan tidak perlu menggunakan metode akrual (accrual); mereka hanya perlu mendebit "pengeluaran asuransi portofolio" secara langsung dan meng-kredit "Bank".

²⁴ Perhatikan setiap rekening mengindikasikan tipe rekening umum dengan A, L, I atau E, yang mewakili Assets (aset), Liabilities (kewajiban), Income (pendapatan) dan Expenses (pengeluaran), secara berurutan.

Klaim

Untuk pemberitahuan klaim (3), LKM harus mencatat transaksi saat pengajuan klaim diterima dari lapangan, alih-alih menunggu sampai penyedia layanan asuransi membayar klaim. Dalam transaksi ini, saldo yang tersisa dan piutang bunga yang masih harus diterima dari pinjaman dihapuskan saat tanggal kematian. Jika LKM menggunakan akunting akrual, pembetulan mungkin diperlukan untuk mengembalikan bunga yang masih harus diterima setelah kematian.

Sebagai sebuah contoh, LKM ABC memiliki asuransi portofolio yang membayarkan delapan puluh persen dari pokok dan bunga saat peminjam meninggal dunia. Seorang nasabah meninggal pada tanggal 1 Maret dengan (saldo) pokok yang tersisa sebesar US\$22.50 dan bunga sejumlah US\$1.75. LKM mendapat pemberitahuan tentang kematian nasabah pada tanggal 16 Maret saat saldo pinjaman yang tersisa adalah US\$22.50 dan US\$2.25. (Catat bahwa status angsuran pinjaman tidak relevan dalam pertanggungjawaban, dan bahwa bunga jatuh tempo telah dicatat oleh LKM.) Transaksi tersebut akan terlihat sebagai berikut:

Voucher 55-001**Jurnal Voucher 55-001**

Rekening	Debit	Kredit
Klaim Asuransi yang tertunda $(22.50 + 1.75) \times 0.8$ (A) (Catatan: menunjukkan klaim yang dapat diperoleh dari penyedia layanan asuransi)	19.40	
Pengeluaran klaim asuransi $((22.50 + 1.75) \times 0.2)$ (E) (Catatan: Porsi klaim yang tidak dicakup asuransi yakni eksekusi/kelebihan)	4.85	
Pendapatan bunga $(2.25 - 1.75)$ (I) (Catatan: Pengembalian bunga yang telah diterima antara tanggal kematian dan tanggal klaim)	0.50	
Rekening Pinjaman (A) (Catatan: Pokok pinjaman pada tanggal kematian)		22.50
Piutang Bunga yang masih harus diterima (A) (Catatan: Bunga yang dicatat sebagai Piutang pada tanggal klaim)		2.25
Total:	24.75	24.75

Klaim asuransi atas kematian Nyonya XYZ. Tanggal kematian = 1 Maret 2000. Klaim disampaikan ke asuransi XYZ pada tanggal 17 Maret 2000.

Dengan menempatkan klaim di dalam rekening aset "Klaim Asuransi yang Tertunda", maka akan lebih mudah bagi manajemen untuk menelusuri pembayaran dari perusahaan asuransi dan mengawasi lamanya pemrosesan klaim – hal ini berlaku untuk semua pilihan penggunaan pihak luar.

Sebuah metode yang agak lebih mudah adalah dengan menghapus-bukukan nilai pinjaman dengan cadangan kerugian pinjaman pada tanggal kematian. Hal ini akan diperlakukan seperti halnya kerugian pinjaman yang lain dengan mendebit rekening cadangan dan mengkredit portofolio pinjaman. Pada

waktu yang bersamaan, bunga yang masih harus diterima akan dikembalikan dari pendapatan bunga. Bagaimanapun juga, penting untuk mencatat nilai klaim akibat kematian terpisah dari penghapusan bukuan yang lain. Demikian juga, penyedia layanan asuransi yang menggunakan metode ini harus membuat secara terpisah sebuah "Cadangan untuk Kemungkinan Klaim Kematian Nasabah" sebagai sebuah rekening kontra (atau cadangan) dari rekening pinjaman. Menggunakan contoh di atas, transaksi untuk menghapuskan pinjaman Nyonya X adalah sebagai berikut:

Voucher 55-001.1

Jurnal Voucher 55-001.1

Rekening	Debit	Kredit
Cadangan untuk Kemungkinan Klaim Kematian Nasabah (Kontra – A) (Catatan: Ini adalah penghapusan pokok pinjaman)	22.50	
Pendapatan Bunga (I) (Catatan: Pengembalian total bunga yang telah dibukukan pada rekening ini sampai tanggal pemberitahuan. Anggap jurnal ini dibukukan pada tanggal pemberitahuan.)	2.25	
Rekening Pinjaman (A) (Catatan: Pokok pinjaman pada tanggal kematian)		22.50
Piutang Bunga yang masih harus diterima (Catatan: Bunga yang masih harus diterima dibukukan sebagai piutang pada tanggal pemberitahuan dan pembukuan.)		2.25
Total:	24.75	24.75

Klaim asuransi atas kematian Nyonya XYZ. Tanggal kematian = 1 Maret 2000.

**Kotak
6.1.**

**Contoh Warkat Pembukuan (Voucher) dan
Pembukuan Terpisah**

Untuk tujuan penyederhanaan, contoh *voucher* yang ditunjukkan dalam manual ini menggambarkan transaksi dari satu perusahaan. Meskipun LKM tidak menggunakan pihak luar untuk bisnis asuransinya, bagaimanapun juga ia tetap harus membuat pembukuan terpisah untuk aktivitas asuransinya. Pembukuan terpisah mengharuskan transaksi asuransi yang ditunjukkan di atas (premi dan klaim) dicatat dalam dua voucher jurnal; satu ke dalam buku utama LKM dan dua ke dalam buku asuransi. Ketika ada transaksi di antara dua bisnis itu, rekening "intra-perusahaan" seperti "pembayaran dari LKM (atau LKM penyedia asuransi)" dan "pembayaran untuk LKM (atau LKM penyedia asuransi)" harus digunakan. Rekening-rekening tersebut seringkali membawa kesulitan waktu rekonsiliasi jika tidak dikelola dengan hati-hati. Karena itu, rekening-rekening tersebut harus direkonsiliasikan dan dibersihkan setiap hari.

Transaksi untuk Pelimpahan Bisnis Asuransi

Bagi LKM yang melimpahkan bisnis asuransinya kepada pihak luar dan bertindak sebagai agen asuransi, transaksi akunting pada dasarnya menggambarkan lalu-lintas dana ke dan dari penyedia layanan asuransi. Tabel 6.2 merangkum transaksi-transaksi yang sering terjadi untuk hubungan kerja ini.

Tabel 6.2. Transaksi untuk LKM Sebagai Agen

	Debit	Kredit
1. Pembayaran premi (diambil dari pendapatan pinjaman)		
1.a. Pencairan Pinjaman	Rekening Pinjaman (A)	Bank (A) Premi asuransi yang ditahan untuk Pembayaran (L) (hutang kepada penyedia layanan asuransi)
1.b. Premi Asuransi Portofolio Pinjaman dibayarkan kepada penyedia layanan asuransi (saat komisi telah dikurangkan dari pembayaran)	Premi asuransi yang ditahan untuk Pembayaran (L)	Bank (A) Pendapatan Komisi Asuransi (I)
2. Pembayaran premi (dibayarkan secara tunai)		
2.a. Pembayaran premi oleh nasabah	Kas (A)	Premi asuransi yang ditahan untuk Pembayaran (L)
2.b. Pembayaran kepada penyedia layanan asuransi (jumlah semua pembayaran di dalam periode tersebut) (saat komisi telah dikurangkan dari pembayaran)	Premi asuransi untuk Pembayaran (L)	Bank (A) Pendapatan Komisi Asuransi (I)
3. Pemberitahuan klaim kepada penyedia asuransi (menghapuskan saldo rekening pinjaman)	Klaim Asuransi yang tertunda(A)	Rekening pinjaman (A) Piutang Bunga (A)
4. Penerimaan klaim (untuk pencairan penghapusan pinjaman karena kematian)	Bank (A)	Klaim Asuransi yang tertunda (A)
5. Penerimaan komisi (jika perjanjian tidak membolehkan pengambilan komisi dari premi yang dibayarkan kepada penyedia layanan asuransi)	Bank (A)	Pendapatan Komisi Asuransi

Premi dan klaim yang diterima dikumpulkan oleh LKM dan diserahkan kepada penyedia layanan asuransi setelah terkumpul, biasanya bulanan. Pembayaran klaim diproses oleh penyedia layanan asuransi dan diserahkan kepada penerima manfaat melalui LKM (untuk Manfaat Tambahan, Tambahan Jiwa dan Lanjutan), atau dibayarkan kepada LKM sebagai penerima manfaat, dalam kasus Penghapusan Pinjaman karena Kematian dan Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan.

Premi

Pembayaran premi dapat dikumpulkan setidaknya dalam tiga cara. Untuk produk yang berdasarkan pinjaman – Penghapusan Pinjaman karena Kematian, Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan, Manfaat Tambahan dan Tambahan Jiwa – LKM dapat menarik premi dari jumlah pinjaman yang dibayarkan kepada nasabah mereka. Misalnya, jika tarif premi adalah 0.50 persen dari besar pinjaman yang diberikan dan pengajuan pinjaman adalah sebesar US\$150, maka transaksi akan dicatat sebagai berikut:

Jurnal Voucher 55-002		
Rekening	Debit	Kredit
Rekening Pinjaman (A)	150.00	
Bank (A)		149.25
Premi Asuransi yang ditahan untuk Pembayaran (L)		0.75
Total:	150.00	150.00

Pencairan Pinjaman nomor 32-1492 untuk Tuan QRS.

Dengan pendekatan ini, LKM perlu menjelaskan kepada para nasabah mengapa mereka tidak menerima seluruh pinjaman yang mereka ajukan, keuntungannya, ini adalah sebuah mekanisme yang efektif yang tidak rentan terhadap kecurangan. Variasi lain adalah dengan menambah jumlah pinjaman dengan jumlah premi, maka dalam contoh ini, pinjaman akan menjadi \$150.75, yang memungkinkan nasabah untuk menerima jumlah pinjaman sesuai yang mereka inginkan. Bagaimanapun juga, pada kedua kasus tersebut, nasabah perlu membayar bunga premi.

Pilihan kedua, digunakan dalam polis lanjutan, adalah untuk mengumpulkan premi dari nasabah secara tunai. Jika pendekatan ini digunakan dalam empat produk yang lain, akan menghindarkan kesalahpahaman mengenai perbedaan antara jumlah yang dicairkan dan yang diminta. Namun hal ini akan menciptakan resiko tambahan dan inefisiensi karena transaksi tunai manual membutuhkan waktu bagi staf untuk mengumpulkan uang, menulis tanda terima, dan mungkin juga perlu untuk membawa pembayaran ke tempat lain untuk disimpan.

Pilihan ketiga, membebaskan premi melalui suku bunga, adalah sesuai untuk asuransi wajib dan dari perspektif akunting mungkin lebih efisien daripada metode pembayaran premi yang lain, meskipun ini tidak transparan. Pada contoh sebelumnya, LKM mengumpulkan premi melalui suku bunga, transaksi pembayaran akan terlihat tanpa pembayaran premi. Premi akan dibukukan pada saat pertama pembayaran nasabah. Misalnya, bagi sebuah LKM dengan dua puluh persen suku bunga tetap, meminjamkan US\$150 yang dapat dibayarkan dalam enam angsuran bulanan yang tetap, pembayaran pertama adalah sebagai berikut:

Voucher 55-003**Jurnal Voucher 55-003**

Rekening	Debit	Kredit
Bank (A) $(US\$150/6 + (US\$150 \times 0.20)/6)$	30.00	
Rekening pinjaman (A) $(US\$150/6)$		25.00
Piutang Bunga (A) $(US\$150 \times 0.20)/6 - (US\$150 \times 0.005)$		4.25
Premi asuransi yang ditahan untuk Pembayaran (L) $(US\$150 \times 0.005)$		0.75
Total:	30.00	30.00
Angsuran pertama dari Pinjaman no 32-1492 untuk Tn. QRS, termasuk pembayaran premi asuransi		

Komisi

Komisi asuransi LKM dapat dihitung dalam dua cara. Yang pertama adalah dengan mengurangi komisi dari pembayaran premi pada penyedia layanan asuransi. Metode ini memungkinkan LKM untuk memperoleh komisi secara lebih cepat dan menghemat beberapa langkah bagi LKM dan penyedia layanan asuransi. Sebagai contoh, jika LKM mengasuransikan seratus nasabah, masing-masing meminjam US\$150 selama bulan tersebut, dan LKM menerima komisi sebesar 15 persen dari tarif premi sebesar setengah persen dari nilai pinjaman, maka pembayaran LKM kepada penyedia layanan asuransi akan dibukukan sebagai berikut (jurnal voucher 55-004):

Voucher 55-004**Jurnal Voucher 55-004**

Rekening	Debit	Kredit
Premi asuransi untuk Pembayaran (L) $(1000 \times US\$150 \times 0.005)$	750.000	
Bank (A)		637.50
Pendapatan Komisi Asuransi Jiwa (I) $(1000 \times US\$150 \times 0.005 \times 0.015)$		112.50
Total:	750.000	750.000
Angsuran pertama dari Pinjaman no 32-1492 untuk Tn. QRS, termasuk pembayaran premi asuransi		

Pilihan lain adalah menerima pembayaran komisi dari penyedia layanan asuransi untuk periode yang telah dirancang sebelumnya, seperti per tiga bulan atau per tahun. Bagaimanapun juga, pilihan cara ini membutuhkan lebih banyak pekerjaan administrasi dibandingkan jika langsung menarik komisi dari pembayaran premi.

Klaim

Permintaan klaim ditangani dalam tiga langkah. Pertama, petugas bagian pinjaman (dengan bantuan kelompok peminjam jika memungkinkan) memverifikasi keabsahan klaim. Kedua, LKM memastikan bahwa klaim lengkap, biasanya melalui pemeriksaan oleh administrator kantor pusat. Langkah ketiga adalah menyerahkan dokumentasi kepada penyedia layanan asuransi.

Karena penyedia layanan asuransi telah terkenal lambat dalam melakukan pembayaran klaim, LKM dan penyedia layanan asuransi harus menyepakati sebuah tenggat waktu maksimum antara pengajuan dan pembayaran klaim. LKM dapat mengawasi pemenuhan perjanjian ini dengan membuat sebuah daftar klaim yang tertunda. Jadi dianjurkan bahwa sebuah transaksi dicatat saat klaim disampaikan kepada penyedia layanan asuransi (yang harus dilakukan dalam dua hari setelah penerimaan klaim). Transaksi tersebut akan terlihat sebagai berikut: untuk seorang peminjam sebesar US\$150 yang meninggal setelah melakukan dua pembayaran dari enam angsuran yang seharusnya dilakukan (dalam contoh ini, peminjam juga memiliki sebuah polis Manfaat Tambahan sebesar US\$200):

Jurnal Voucher 55-005		
Rekening	Debit	Kredit
Klaim asuransi jiwa yang tertunda	320.00	
Klaim asuransi untuk penerima manfaat (L) (Manfaat Tambahan)		200.00
Rekening Pinjaman (A) (Pinjaman US\$150 – 2 pembayaran angsuran yang diterima sebesar @US\$25)		100.00
Piutang Bunga (A) ($US\$150 \times 0.20/6 \times 4$ bulan)		20.00
Total:	320.00	320.00
Pembayaran angsuran pertama untuk Pinjaman nomor 32 – 1492 untuk Tuan QRS, termasuk pembayaran asuransi		

Saldo sebesar US\$320.00 akan tetap menjadi saldo sampai penyedia layanan asuransi membayar klaim. Rekening ini harus dicatat dengan hati-hati untuk mengawasi waktu transaksi klaim. Sebuah contoh mengenai transaksi akunting untuk klaim yang diselesaikan ditunjukkan dalam Jurnal Voucher 55-006:

Voucher 55-006**Jurnal Voucher 55-006**

Rekening	Debit	Kredit
Bank (A)	320.00	
Klaim Asuransi Jiwa yang tertunda (A)		320.00
Total:	320.00	320.00
Penerimaan hasil klaim dari Asuransi Jiwa ABC atas Pinjaman nomor 32-1492 untuk Tuan QRS yang meninggal pada tanggal 1 Juni 2001.		

Klaim dapat diselesaikan lebih cepat jika LKM melakukan pembayarannya sendiri. Untuk memperlancar pembayaran klaim, jika penyedia layanan asuransi telah setuju untuk menerima penilaian klaim oleh LKM, sebuah LKM dapat langsung membayar si penerima manfaat asuransi sebelum menerima dana dari penyedia asuransi. Idealnya, LKM dapat menegosiasikan sejumlah dana tunai sebelum realisasi dari penyedia layanan asuransi untuk membayar klaim. Lalu dalam basis bulanan, penyedia layanan asuransi akan menambah jumlah di rekening saat ia memroses akumulasi klaim dalam periode tersebut. Tanpa prapembayaran dari penyedia layanan asuransi, LKM harus memutuskan apakah manfaat pelayanan konsumen yang diberikannya seimbang dengan biaya yang dikeluarkan untuk melakukan pembayaran di muka, dan seimbang pula dengan resiko kemungkinan penolakan pembayaran oleh mitranya. Pembayaran klaim untuk penerima manfaat akan dicatat sebagai berikut:

Voucher 55-007**Jurnal Voucher 55-007**

Rekening	Debit	Kredit
Bank (A)	200.00	
Klaim asuransi jiwa yang harus dibayarkan untuk penerima manfaat		200.00
Total:	200.00	200.00
Pembayaran bagian penerima manfaat dari hasil klaim untuk Pinjaman nomor 32-1492 untuk Tuan QRS yang meninggal pada tanggal 1 Juni 2001.		

Transaksi untuk LKM sebagai Penyedia Asuransi

LKM yang melakukan sendiri bisnis asuransinya perlu untuk mengembangkan sebuah daftar rekening yang khusus dan satu set buku besar pembantu. Buku-buku asuransi ini akan digabungkan dengan buku simpan pinjam saat LKM mempersiapkan laporannya rekeningnya, setidaknya sebulan sekali.

Beberapa sistem akunting akan melakukan konsolidasi ini secara harian. Manajemen harus melakukan pemeriksaan secara teratur terhadap buku-buku asuransinya.

Banyak dari rekening neraca dan rugi-laba sama dengan yang digunakan untuk pinjaman dan tabungan. Kas, bank, investasi, aset tetap, piutang, hutang, gaji staf dan pengeluaran operasional lainnya, pendapatan investasi dan rekening modal, semua akan dibutuhkan. Terdapat pula beberapa rekening khusus yang akan dibutuhkan untuk asuransi, seperti yang ditunjukkan dalam Tabel 6.3.

Tabel 6.3 Rekening Baru yang Penting untuk Kegiatan Asuransi

Asset	Kewajiban
(1) Klaim asuransi jiwa yang tertunda	(2) Premi asuransi yang ditahan untuk pembayaran
(3) Klaim asuransi jiwa yang tertunda dari penjamin ulang (reinsurer)	(2) Klaim asuransi untuk penerima manfaat
	(3) Klaim Penghapusan Pinjaman karena Kematian yang tertunda
	(3) Klaim Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan yang tertunda
	(3) Klaim Manfaat Tambahan yang tertunda
	(3) Klaim Tambahan Jiwa yang tertunda
	(3) Klaim Polis Lanjutan yang tertunda
	(3) Hutang Premi Resuransi
	(3) Premi yang Belum Jatuh Waktu – Penghapusan Pinjaman karena Kematian
	(3) Premi yang Belum Jatuh Waktu – Penghapusan Pinjaman Karena Kecacatan
	(3) Premi yang Belum Jatuh Waktu –Manfaat Tambahan
	(3) Premi yang Belum Jatuh Waktu –Tambahan Jiwa
	(3) Premi yang Belum Jatuh Waktu –Lanjutan
Pengeluaran	Pendapatan
(1) Pengeluaran Asuransi Portofolio	(2) Pendapatan Komisi Asuransi
(3) Pengeluaran Klaim Penghapusan Pinjaman karena Kematian	(3) Pendapatan Premi Polis Asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kematian
(3) Pengeluaran Klaim Penghapusan Pinjaman karena kecacatan	(3) Pendapatan Premi Polis Asuransi Penghapusan Pinjaman Karena Kecacatan
(3) Pengeluaran Klaim Manfaat Tambahan	(3) Pendapatan Premi Polis Asuransi Manfaat Tambahan
(3) Pengeluaran Klaim Tambahan Jiwa	(3) Pendapatan Premi Polis Asuransi Tambahan Jiwa
(3) Pengeluaran Klaim Polis Lanjutan	(3) Pendapatan Premi Polis Asuransi Lanjutan
(3) Premi Asuransi yang dibayarkan kepada penjamin ulang	(3) Klaim yang dibayar oleh Reasuransi

Daftar ini belum terlalu panjang, tetapi sudah mencakup rekening-rekening yang dibutuhkan dalam melakukan pembukuan yang sederhana untuk asuransi. Catat bahwa setiap produk memiliki rekeningnya sendiri – ini penting untuk membantu manajemen dan menganalisis produk asuransi.

Beberapa transaksi khusus untuk LKM yang melakukan sendiri bisnis asuransi jiwa dirangkum dalam Tabel 6.4.

Setiap produk asuransi perlu memiliki rekeningnya sendiri sehingga penyedia layanan asuransi dapat mengawasi pengalaman asuransi dan menelusuri keuntungan produk.

Tabel 6.4 Transaksi Khusus dalam Asuransi Jiwa

Transaksi bagi LKM yang melakukan bisnis asuransi (akan dibukukan dalam satu set buku besar pembantu dan kemudian dikonsolidasikan)

	Debit	Kredit
1. Pembayaran premi (diambil dari nilai pinjaman)		
Pencairan pinjaman	Rekening Pinjaman (A) (dapat ditambah untuk mengakomodasi premi atau dikurangi)	Bank (A) (dalam kasus ini, pembayaran dilakukan dengan cek) Premi yang belum lewat waktu (L)
2. Pembayaran premi (dengan tunai)		
Pembayaran dari nasabah	Kas (A)	Premi yang belum lewat waktu (L)
3. Pembayaran dari bunga (transaksi ini akan terjadi dengan pembayaran pertama dari nasabah)		
Pembayaran pinjaman dari nasabah (termasuk pembayaran premi)	Bank (A)	Rekening Pinjaman (A) Piutang Bunga (A) Bagian bunga yang diantisipasi akan berkurang sebesar jumlah premi. Premi yang belum lewat waktu
4. Pengajuan klaim yang diterima	Pengeluaran Klaim Asuransi Jiwa (E)	Klaim asuransi jiwa yang tertunda (L)
5. Pembayaran Klaim	Klaim Asuransi Jiwa yang tertunda	Bank (A) Rekening pinjaman (A) Piutang Bunga yang masih harus diterima(A), (atau gabungan dari rekening2 ini tergantung produknya)
6. Pendapatan dari produk (membutuhkan rekening yang terpisah menurut produk)	Bank (A)	Pendapatan produk jenis (I) (misalnya, Pendapatan Bunga Asuransi Jiwa)
7. Pengeluaran karena produk (membutuhkan rekening terpisah menurut produk dan alokasi waktu staf yang spesifik)	Pengeluaran produk jenis (E) (Hal ini juga mencakup biaya aktivitas asuransi yang dilimpahkan ke pihak luar)	Bank (A)
8. Alokasi pendapatan per bulan (HARUS dihitung dengan menggunakan sistem akrual yang dikomputerisasi)	Premi yang belum lewat waktu (L)	Pendapatan Premi Asuransi Jiwa (I)

Premi

Seperti saat bekerjasama dengan sebuah perusahaan asuransi, premi dapat dikumpulkan dalam tiga cara. Dalam akunting, perbedaan untuk LKM yang melakukan sendiri bisnis asuransinya adalah, tidak mengkreditkan pada rekening kewajiban "Premi Asuransi yang ditahan untuk Pembayaran", tapi akan mengkredit rekening kewajiban "Premi yang Belum Lewat Waktu" dan uangnya akan tetap berada dalam organisasi. Pada setiap akhir bulan, porsi yang diperoleh dari premi tersebut ditransfer dari rekening pasiva ke rekening pendapatan.

Untuk mencatat pendapatan premi sesuai yang diperoleh, maka akan diperlukan untuk menggunakan sistem akrual yang memunculkan pendapatan yang diperoleh dari premi setidaknya setiap bulan. Sistem ini diperlukan karena pendapatan yang pasti dibutuhkan tidak hanya untuk tujuan akunting, tetapi juga merupakan input yang penting dalam kalkulasi tarif premi. Tanpa tahu persis berapa banyak yang LKM hasilkan dari premi, maka akan sangat sulit untuk menentukan harga dengan akurat.

Transaksi untuk mencatat pendapatan adalah debit pada rekening "Premi yang Belum Lewat Waktu" dan kredit pada rekening "Pendapatan Premi Asuransi Jiwa" untuk setiap produk asuransi jiwa. Hal ini harus dilakukan berdasarkan basis yang sama seperti bunga yang masih harus diterima untuk portofolio pinjaman (yaitu 360 hari, 365 atau 366 hari).

Klaim

Pada kelima produk asuransi yang ditunjukkan dalam manual ini, sebuah cadangan klaim tidak diperlukan. Klaim dapat diperlakukan sebagai pengeluaran langsung. Misalnya, klaim untuk seorang nasabah dengan polis **Manfaat Tambahan** akan diperlakukan dalam cara berikut. Dalam contoh ini, saat nasabah meninggal, pinjamannya memiliki satu kali tunggakan pembayaran, saldo pokok sebesar US\$135 dan bunga terhutang sebesar US\$9. LKM sebagai penyedia layanan asuransi juga membayarkan US\$200 untuk polis **Manfaat Tambahan**. Perhatikan bahwa klaim Produk **Asuransi Penghapusan Pinjaman** karena **Kematian** dan Asuransi **Manfaat Tambahan** dikeluarkan dalam rekening yang berbeda.

Voucher 55-008

Jurnal Voucher 55-008

Rekening	Debit	Kredit
Pengeluaran Klaim Asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kematian (E)	144.00	
Pengeluaran Klaim Asuransi Manfaat Tambahan (E)	200.00	
Rekening Pinjaman (A)		135.00
Piutang Bunga (A)		9.00
Bank (A)		200.00
Total:	344.00	344.00

Pembayaran klaim pada kematian Tuan FGH

Klaim tidak dibayarkan dari cadangan, sebagaimana untuk kerugian pinjaman yang lain. Apa yang sebenarnya terjadi dalam laporan rugi-laba adalah bahwa klaim untuk bulan itu diimbangi dengan pendapatan yang diperoleh bulan itu.

Sebagaimana dicatat dalam Bab 1, beberapa jenis cadangan dapat digunakan dalam bisnis asuransi. Bagaimanapun juga, metode pengeluaran langsung yang dianjurkan adalah baik untuk LKM dan lebih mudah dikelola. Metode ini mencatat semua transaksi secara jelas terpisah untuk memfasilitasi aktivitas analisis dan penentuan harga.

Reasuransi

Beberapa LKM sebagai penyedia layanan asuransi dapat melakukan pengasuransian ulang, baik dari penyedia asuransi utama yang bertindak sebagai penjamin ulang atau dari penjamin ulang formal. Bab sebelumnya mendiskusikan persoalan dan manfaat mengenai reasuransi sebagai sebuah pilihan bagi LKM yang bertindak sebagai penyedia asuransi (lihat seksi 5.4). Satu jenis produk reasuransi yang paling sesuai bagi LKM adalah **polis penghentian kerugian** (*stop loss policy*), di mana si penjamin ulang mengambil semua resiko di atas jumlah tertentu sebagai imbalan dari premi yang dibayarkan oleh LKM yang menyediakan layanan asuransi.

Sebagai sebuah contoh, HIJ-Re (HIJ-Penjamin Ulang) setuju untuk menjamin ulang polis Manfaat Tambahan yang disediakan oleh LKM PQR. Perjanjiannya adalah bahwa saat PQR telah membayar US\$10,000 untuk klaim tahun itu, HIJ-Re akan membayar semua klaim tambahan yang diajukan. Untuk perlindungan asuransi ini, PQR membayar premi pengasuransian ulang ke HIJ-Re sebanyak lima persen dari premi yang diperoleh oleh LKM, pembayaran itu dilakukan secara bulanan. Pada bulan Januari, US\$700 dibayarkan untuk klaim dan total premi yang diterima adalah US\$1,200. Transaksi pengasuransian ulang adalah sebagai berikut²⁵:

Voucher 55-009

Jurnal Voucher 55-009

Rekening	Debit	Kredit
Premi asuransi jiwa yang dibayarkan kepada penjamin ulang (E)	60.00	
Premi Reasuransi yang masih harus dibayar (L)		60.00
Premi Reasuransi yang masih harus dibayar (L)	60.00	
Bank (A)		60.00
Total:	120.00	120.00
Premi yang dibayarkan kepada HIJ-Re untuk bulan Januari. Premi total = US\$1,200' premi reasuransi adalah 5% dari total pendapatan premi (US\$1200 x .05 = US\$60).		

25 Transaksi ini mengasumsikan bahwa klaim dicatat saat dibayarkan ke dalam rekening Klaim dan premi dicatat saat diterima ke dalam rekening Premi.

Kemudian pada bulan November, klaim adalah sebesar US\$900 dan premi sebesar US\$1,400. Bagaimanapun juga, klaim dari bulan Januari sampai Oktober adalah sebesar US\$9,700. Karena akumulasi klaim sampai tanggal ini sudah melampaui US\$10,000 maka pertanggungan reasuransi sudah dapat diperoleh. Transaksi pada bulan November adalah sebagai berikut:

Voucher 55-010		
Jurnal Voucher 55-010		
Rekening	Debit	Kredit
Premi asuransi jiwa yang dibayarkan kepada reasuransi (E)	70.00	
		70.00
Premi Reasuransi yang masih harus dibayar (L)		70.00
Premi Reasuransi yang masih harus dibayar (L)	70.00	
		600.00
Bank (A)		740.00
Klaim yang tertunda di reasuransi	600.00	
Klaim reasuransi		
	Total:	740.00
Premi yang dibayarkan kepada HIJ-Re (reasuransi) untuk bulan November. Premi total = US\$1,400, premi yang disetujui 5%. Klaim juga diajukan kepada HIJ-Re untuk Polis Manfaat Tambahan yang dimiliki PQR sebab telah melewati ambang yang disepakati yaitu US\$10,000.		

Perhatikan bahwa pembayaran premi kepada penjamin ulang terus berlangsung bahkan setelah LKM mulai melakukan klaim kepada penjamin ulang. Mengurangkan kedua transaksi ini tidak dianjurkan demi menjaga integritas dan kejelasan rekening.

6.2 Manajemen Keuangan

Dalam manajemen keuangan sebuah bisnis asuransi mikro, isu kuncinya adalah investasi dan kapitalisasi. Persoalan ini kritis bagi LKM sebagai penyedia asuransi karena modal memiliki peran yang penting untuk melindungi bisnis dan pihak yang dijamin. Godaan bagi LKM untuk menggunakan dana asuransi untuk mendanai portofolio pinjaman mereka adalah sebuah praktek yang berbahaya yang menempatkan kedua bisnis dalam resiko besar.

Investasi

Penyedia layanan asuransi pada umumnya memiliki dua arus pendapatan. Yang pertama berasal dari premi, setelah dikurangi klaim dan biaya operasional. Yang kedua adalah dari pendapatan investasi yang diperoleh dari investasi premi.

Pada dasarnya, penyedia layanan asuransi bertindak seperti sebuah bank. Dana diterima sebagai pasiva jangka panjang, dan penyedia layanan asuransi memperoleh pendapatan dari dana tersebut melalui investasi yang menghasilkan bunga. Penting dalam investasi tersebut untuk menyesuaikan jangka waktu aset yang diharapkan dengan permintaan dana yang diproyeksikan, yakni untuk memastikan terdapat likuiditas cukup untuk melakukan pembayaran pada saat jatuh temponya. Demikian pula, investasi asuransi memerlukan fungsi **manajemen aset dan kewajiban** yang kuat, seperti pentingnya ia bagi lembaga keuangan yang menawarkan pinjaman jangka menengah dan panjang demi mengelola dengan hati-hati posisi likuiditasnya.

Seringkali strategi untuk mencapai keuntungan penyedia asuransi hanyalah sebatas mencapai titik impas atau mendapatkan sedikit keuntungan dari aktivitas asuransinya, lalu mereka mengusahakan keuntungan yang signifikan dari investasinya. Penyedia layanan asuransi menerima sedikit pendapatan dari pokok bisnis asuransi karena keuntungan yang besar akan berdampak langsung pada biaya produk, dan karena itu akan kurang kompetitif. Strategi investasi yang bijak membantu penyedia layanan asuransi untuk tetap menekan harga. Dengan premi yang rendah, sebuah penyedia asuransi akan lebih kompetitif, dan dapat menarik lebih banyak dana untuk investasi, menciptakan sebuah **lingkaran bisnis yang baik**. Bagaimanapun juga, kesempatan untuk investasi yang menguntungkan adalah terbatas untuk LKM yang menawarkan polis jangka pendek. Meskipun demikian, LKM penyedia asuransi harus tetap menginvestasikan surplus premi dan cadangan, sambil mengenali kepentingan manajemen aset-kewajiban dan meminimalkan resiko.

Perusahaan asuransi seringkali menaruh dana dalam investasi yang relatif aman, seperti obligasi perusahaan papan atas atau badan pemerintah, juga cenderung membatasi ekspose mereka terhadap resiko yang signifikan dari ekuitas. Tergantung pada negara, dan peraturan devisanya, maka akan bijaksana untuk menanamkan dananya di luar negeri dalam mata uang yang stabil. Bagaimanapun juga, lembaga harus berhati-hati dalam pendekatan ini karena melibatkan dua resiko, resiko investasi dan devisa – keduanya memerlukan keterampilan khusus dalam pengelolaannya.

Salah satu alasan pokok untuk memisahkan bisnis tabungan dan pinjaman dari bisnis asuransi adalah untuk mencegah agar aktivitas asuransi tidak mengancam kestabilan LKM, dan sebaliknya. Banyak terdapat alasan untuk berhati-hati terhadap resiko yang disebabkan oleh asuransi, sebagaimana yang diceritakan dalam Kotak 5.4 tentang kelangsungan hidup Bank CARD yang terancam bahaya karena bisnis asuransinya.

LKM penyedia asuransi sepertinya akan memiliki pilihan investasi yang terbatas, tidak hanya dikarenakan jangka waktu polis mereka yang pendek, tetapi juga karena hanya terdapat sedikit pilihan investasi yang beresiko rendah. Karena keterkaitan antara tabungan, pinjaman dan juga bisnis asuransi, maka akan terlihat cukup beralasan untuk menginvestasikan surplus dana ke dalam portofolio pinjaman—kesempatan investasi yang relatif aman dengan laba yang tinggi. Bagaimanapun juga, penginvestasian dana asuransi ke dalam portofolio pinjaman bukanlah sebuah strategi manajemen keuangan yang baik, karena akan menyebabkan pengumpulan resiko dua bisnis, dan akan menjadi lebih buruk lagi karena saling terkaitnya dana tersebut.

Bukanlah hal yang baik untuk menginvestasikan dana asuransi ke dalam portofolio pinjaman.

Menurut strategi, kerugian dalam satu bisnis seharusnya tidak mempengaruhi bisnis yang lain. Investasi dana asuransi ke dalam portofolio pinjaman menempatkan kedua divisi terancam resiko. Bisnis peminjaman berada dalam resiko karena bisnis asuransi dapat membutuhkan dana dengan segera dengan pemberitahuan yang mendadak untuk membayar gelombang besar klaim; bisnis asuransi rentan terhadap kemunduran yang tidak diharapkan dalam kualitas portofolionya. Lebih penting lagi, kedua

bisnis perlu dipisahkan sehingga keseluruhan organisasi dapat didiversifikasikan dengan tepat dan setiap bagian memiliki resiko yang terbatas.

Saat merencanakan investasi, likuiditas harus dipertimbangkan. Dana yang tersedia harus mencakup aktivitas asuransi (operasional dan klaim) setidaknya untuk dua bulan. Perlindungan ini akan mencukupi untuk sebuah bisnis asuransi mikro yang kecil, bagaimanapun juga, likuiditas akan membutuhkan sebuah asesmen khusus kasus per kasus.

Kapitalisasi

Bagi penyedia layanan formal, permodalan adalah alat yang penting untuk melindungi perusahaan asuransi dan para pemegang polisnya. Ia dapat pula menjadi investasi yang signifikan untuk sebuah bisnis (lihat Seksi 2.4). Secara khusus, penyedia layanan asuransi perlu memulai kegiatannya dengan investasi modal minimal, dan kemudian memelihara rasio-rasio modal yang ada. Persyaratan modal minimum dapat menghambat masuknya LKM ke dalam pasar asuransi, seperti dalam kasus SEWA, atau menjadi tidak ekonomis seperti dalam kasus AIG di Uganda. AIG batal mengajukan izin asuransi jiwa di Uganda karena melihat sedikitnya kesempatan untuk memperoleh laba yang sesuai dibandingkan dengan persyaratan modal awalnya yang sebesar US\$1 juta.

Setiap orang yang ingin melakukan bisnis asuransi harus sudah terdaftar dan melakukan semua aktivitas asuransi di dalam struktur hukum nasional. Pada kasus LKM, modal ini terpisah dari modal untuk bisnis tabungan dan pinjaman mereka, dan harus tercatat dalam pembukuan asuransinya. Dalam kasus di mana sebuah LKM dapat mengelola asuransi secara sah di luar peraturan, maka harus terdapat pertimbangan yang serius mengenai tingkat permodalan yang diperlukan.

Dalam praktek, produk Asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kematian** dan Asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan** secara umum dapat dikelola di dalam LKM di luar peraturan asuransi, dan cukup dilindungi oleh modal dan cadangan dana LKM, karena mereka adalah produk internal yang hanya mempengaruhi LKM. Bagaimanapun juga, saat ini semakin banyak negara yang memasukkan LKM ke dalam regulasi keuangan, sehingga sepertinya produk Asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kematian** dan Asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan** akan berada di bawah pengawasan peraturan pemerintah.

Sebuah LKM dengan tambahan kegiatan asuransi yang menyediakan produk asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kematian** dan Asuransi **Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan** harus menempatkan modal yang cukup untuk operasinya.

6.3 Pemantauan

Untuk bisnis simpan pinjamnya, LKM secara agresif memantau aktivitas keuangannya, kualitas portofolio, efisiensi, pertumbuhan dan faktor resiko seperti resiko kecurangan dan konsentrasi. Pemantauan memungkinkan manajer untuk memahami bisnisnya sepanjang waktu. Mereka menyusun sistemnya, prosedurnya dan Sistem Informasi Manajemennya (SIM), sehingga mereka memperoleh informasi manajemen di ujung jarinya. Prioritas yang sama bagi informasi yang tepat waktu dan akurat yang dibutuhkan untuk mengelola bisnis asuransi.

Data apa yang dibutuhkan untuk memantau sebuah bisnis asuransi?

1. **Laporan keuangan** untuk mengkaji-ulang posisi keseluruhan dan likuiditas bisnis asuransi secara keseluruhan, termasuk:

- Neraca
 - Laporan laba- rugi
 - Laporan arus kas
2. **Analisis proyeksi dibandingkan aktual** untuk membandingkan kinerja LKM sebagai penyedia asuransi dengan proyeksinya.
 3. **Laporan klaim**, dengan rincian mengenai pihak yang dijamin, untuk memahami struktur dan volume klaim.
 4. **Data mengenai pihak yang ditanggung**, untuk setiap produk asuransi, untuk menilai karakteristik portofolio asuransi terhadap asumsinya, dan untuk menemukan tren yang signifikan. Hal ini penting karena pergantian komposisi tampungan asuransi dapat mengubah biaya secara drastis. Data mencakup:
 - Usia rata-rata pihak yang ditanggung
 - Rincian gender
 - Jenis bisnis yang diasuransikan
 - Indikator wilayah (mencatat asal pihak yang ditanggung)
 - Jumlah polis
 - Rata-rata saldo dan jumlah pinjaman yang dibayarkan
 5. **Nasabah yang berhenti** dari produk asuransi sukarela, hal ini mencakup karakteristik pihak yang dijamin dan alasan tidak melanjutkan asuransi.

Semua data harus dapat dibandingkan sehingga manajer dapat menilai tren yang ada. Sebagai tambahan, untuk alasan efisiensi, laporan harus datang langsung dari Sistem Informasi Manajemen. Sebagian besar data memiliki penyeimbang yang masuk akal dalam bisnis pinjaman, sehingga sepertinya informasi dapat dihasilkan dengan hanya sedikit perubahan pada sistem yang sudah ada. Sebuah LKM dengan sistem manual dan volume nasabah yang besar mungkin menemukan kesulitan untuk mengawasi bisnis asuransinya secara cukup atau efisien.

Perencanaan Anggaran dan Arus Kas

Sebagaimana yang terdapat dalam bisnis simpan pinjam, perencanaan anggaran juga penting dalam asuransi mikro. Perencanaan anggaran membantu manajemen untuk meramalkan kemungkinan tingkat aktivitas asuransi – premi, klaim, penjualan dan operasional layanan – dan kemudian membandingkan hasil aktualnya dengan proyeksi sebelumnya. Jika anggaran berbeda secara signifikan dari kenyataan operasional, maka ia harus dikaji ulang di tengah-tahun. Sebagian penilaian kinerja manajer harus berdasarkan akurasi mereka dalam melakukan proyeksi.

Perencanaan anggaran meliputi **proyeksi arus kas**, yang penting bagi pengelola keuangan untuk memaksimalkan pendapatan dengan tetap mempertahankan tingkat likuiditas. “Tingkat yang masuk akal” ini akan berbeda-beda tergantung pada jenis asuransinya, tetapi tetap harus dimulai secara konservatif yaitu sekitar dua puluh lima persen dari premi. Jumlah ini dapat turun saat tampungan resiko tumbuh dan LKM sebagai penyedia asuransi memperoleh pengalaman dalam bisnis tersebut.

Proyeksi arus kas harus disampaikan dalam sebuah format dua belas bulanan yang terus bergulir. Setiap bulannya, proyeksi harus di nilai ulang berdasarkan hasil aktual, dan satu bulan berikutnya akan ditambahkan. Saat LKM penyedia asuransi membangun sejarah pengalaman klaimnya, maka akan lebih baik untuk memahami faktor resiko dan aspek musiman dalam perlindungan asuransi dan klaim.

Manajer asuransi harus mengenali kebutuhan akan manajemen aset-kewajiban dalam mengembangkan proyeksi arus kas mereka. Karena produk asuransi mikro biasanya berjangka pendek, LKM penyedia asuransi tidak dapat mengharapkan pendapatan investasi yang signifikan dari premi.

Rasio-Rasio

Beberapa rasio kunci digunakan untuk memantau status dan perkembangan bisnis asuransi jiwa. LKM penyedia asuransi harus merekam rasio-rasio ini dan menggunakannya dalam pembuatan keputusan manajerial. Beberapa rasio yang paling penting dirinci dalam Tabel 6.5 (halaman berikut). Meskipun panduan umum untuk rasio ini tersedia, hanya ada pengalaman empiris yang sangat terbatas untuk produk asuransi jiwa yang ditawarkan LKM. Standar kinerja untuk bank komersial tidak berlaku untuk LKM, target rasio untuk penyedia layanan asuransi formal mungkin tidak dapat berlaku secara keseluruhan untuk LKM penyedia asuransi. Bagaimanapun juga, rasio-rasio itu sendiri sangat membantu dalam merekam kinerja.

Biaya-Biaya Kunci yang Dipantau

Dalam bisnis asuransi, manajemen harus memantau beberapa biaya pokok termasuk klaim dan personalia. Kurangnya kewaspadaan terhadap biaya-biaya ini dapat mengakibatkan masalah yang signifikan.

Pemantauan Klaim dan Pengalaman

Nilai klaim adalah biaya pokok yang harus diawasi. Jika klaim jauh lebih banyak daripada yang diramalkan, penghitungan premi mungkin tidak sesuai dengan target, dan mengakibatkan kerugian yang potensial. Penyedia asuransi melakukan penghitungan teknis untuk menentukan tarif premi mereka. Jika salah satu asumsi pokok penghitungan ini, tingkat mortalitas, tidak sesuai target, harga akan tidak mencukupi.

Tingkat mortalitas sulit untuk dihitung untuk nasabah asuransi mikro. LKM seringkali mengalami pertumbuhan yang cepat pada wilayah baru, pasar nasabah baru, dan bahkan kombinasi gender yang baru. Nasabah mereka rentan terhadap perubahan yang serius untuk penghidupan mereka, seperti kemarau, kerusakan sipil atau wabah penyakit. Isu-isu tersebut membuat sulit pramalan kematian dalam pasar ini. LKM mungkin memiliki informasi mengenai kematian nasabah di masa lalu, tetapi variasi yang disebutkan di atas membatasi nilai data tersebut saat meramalkan masa depan. Sebagai tambahan, dalam pinjaman kelompok, anggota memiliki dorongan untuk melarang orang sakit masuk ke dalam kelompoknya, tetapi ketersediaan asuransi jiwa dapat mengurangi kehati-hatian mereka – masalah seleksi terbalik– dan mengakibatkan tingkat kematian yang lebih tinggi daripada yang diharapkan.

Tabel 6.5 Rasio-Rasio Kunci untuk Asuransi Jiwa

Jenis	Penghitungan	Indikator dan Ulasan Umum
Rata-rata hari yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim ("Penundaan Pelaporan")	Jumlah total hari dari tanggal kematian sampai tanggal klaim untuk semua klaim yang diterima dalam satu periode/ jumlah klaim yang diterima dalam periode tersebut	Seharusnya serendah mungkin, tetapi tidak lebih dari dua minggu. Jangka waktu yang lebih lama menunjukkan bahwa penerima manfaat tidak tahu tentang asuransi, bukti kematian terlalu sulit diperoleh, atau staf lapangan tidak cukup cepat bertindak
Rata-rata hari dari pengajuan klaim sampai pembayaran ("Penundaan Pembayaran")	Jumlah total hari dari penerimaan klaim sampai pembayaran klaim untuk semua klaim yang dibayarkan dalam sebuah periode/ jumlah klaim yang dibayarkan dalam periode tersebut	Seharusnya serendah mungkin, tetapi tidak lebih dari dua minggu. Jangka waktu yang lebih panjang menunjukkan penundaan pemrosesan, penyedia asuransi menunda klaim, atau LKM lambat dalam mengajukan permintaan klaim. Beberapa LKM mengakumulasi klaim mereka, yang menyebabkan penundaan yang signifikan dan tidak perlu.
Rasio kerugian	Pengeluaran klaim dalam sebuah periode setelah dikurangi klaim yang dijamin oleh reasuransi/ Premi yang diterima setelah dikurangi premi yang diserahkan kepada reasuransi	Tigapuluh sampai limapuluh persen. Jumlah ini bervariasi dan menunjukkan jenis asuransi jiwa yang disediakan. Saldo meliputi biaya operasional, cadangan dan beberapa keuntungan bersih.
Rasio biaya administrasi	(biaya administrasi/ jumlah total premi yang diterima ditambah penerimaan asuransi lainnya)	Lima sampai tigapuluh persen. Rasio ini bergantung pada jumlah komisi yang diberikan pada staf penjualan. Rasio ini juga mencakup biaya staf, transpor dan biaya lain yang langsung terkait dengan penyediaan asuransi. Biaya tidak langsung yang sesuai juga harus dimasukkan ke dalam biaya ini. Penting untuk memastikan bahwa seluruh biaya dialokasikan (dimuat), untuk menunjukkan seluruh biaya bisnis asuransi, dan tercantum dalam Laporan Laba/ Rugi.
Rasio cadangan	Premi bulan ini* Rata-rata jangka waktu pinjaman / 2	Harus lebih banyak atau setara saldo dalam rekening "premi asuransi jiwa yang belum lewat waktu". Penyebutnya adalah dua karena asumsi bahwa rata-rata pinjaman masih setengah jalan lagi dalam periode pinjaman. Pada sebuah LKM yang tumbuh secara cepat, penyebutnya mungkin akan lebih rendah karena rata-rata pinjaman akan lebih dekat ke pembayarn. Hanya dalam asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kematian dan asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kecacatan , penyebutnya mungkin adalah tiga untuk daur pinjaman jangka pendek.
Margin keuntungan bersih	Pendapatan bersih/ Pendapatan total	Pendapatan bersih adalah premi yang diterima ditambah pembayaran lain dan pendapatan bersih dari premi kepada reasuransi, klaim yang tertunda, biaya operasional dan biaya-biaya lain. Pendapatan total mencakup premi yang diterima, pembayaran kembali dari reasuransi ditambah pembayaran lain dan pendapatan. Pendapatan dan pengeluaran harus seluruhnya dicatat. Penghitungan ini adalah kunci untuk menentukan profitabilitas dari bisnis asuransi.

Sebuah LKM dengan lebih sedikit dari 2,500 nasabah memiliki tampungan resiko yang terbatas dan mungkin mengalami fluktuasi klaim yang besar, demikian pula dalam polis **Jiwa Tambahan**, LKM memiliki informasi yang terbatas mengenai pihak yang dijamin, sehingga meningkatkan resiko.

Karena terdapat banyak variabel dalam asuransi jiwa, maka akan sulit untuk mengembangkan asumsi kematian yang cukup memadai hanya berdasarkan pengalaman LKM, terutama untuk organisasi dengan tampungan resiko yang rendah. Karena keterbatasan ini penting dilakukan pengawasan yang ketat pada tingkat kematian versus proyeksinya.

Asumsi premi harus dicatat dalam basis bulanan. Untuk organisasi yang besar, enam bulan deviasi kenaikan tingkat kematian harus membuat LKM melakukan penghitungan ulang premi. Dua belas bulan kecenderungan tingkat kematian yang menurun juga harus membuat LKM melakukan penyesuaian penentuan harga menurun bergantung pada isu-isu lokal seperti musim. Kredibilitas pengalaman klaim akan menentukan tingkat penyesuaian, seperti yang didiskusikan dalam bab berikutnya.

Biaya Staf

Penyediaan asuransi oleh, atau melalui, LKM harus relatif efisien karena organisasi telah memiliki sebuah struktur lapangan untuk melayani nasabah. Bahkan jika ia efisien, tambahan bisnis asuransi pada puncak bisnis simpan pinjam mungkin akan tetap tidak efisien. Konsekuensinya, penting untuk menelusuri biaya staf yang terkait dengan pelaksanaan asuransi.

Setelah klaim, pengeluaran staf adalah komponen terbesar dalam biaya asuransi. Jika operasi tidak efisien, biaya staf akan menjadi cukup tinggi. Penelusuran biaya staf akan membutuhkan alokasi rinci dan waktu manajemen. Berdasarkan pada kerumitan dan volume aktivitas asuransi LKM, maka mungkin ada atau tidak ada staf yang terkait langsung dan terikat secara penuh pada bisnis asuransi. Bagaimanapun juga, banyak staf seperti halnya melakukan kerja untuk LKM dan unit asuransi, yang akan membutuhkan transaksi dalam perusahaan untuk mengalokasikan biayanya secara tepat. Aktivitas ini penting sehingga LKM dan penyedia asuransi akan memiliki pemahaman menyeluruh mengenai biaya penyediaan asuransi.

Penentuan Biaya Unit

Semua LKM harus menggunakan sebuah sistem penentuan biaya unit untuk mengawasi dan menganalisis bisnisnya. Bank, penyedia asuransi, dan sebagian besar bisnis yang lain menggunakan penentuan biaya per unit untuk memahami di mana pendapatan mereka (dan kerugian) dihasilkan. Analisis ini membantu manajer untuk fokus pada operasi yang membutuhkan bantuan untuk meningkatkan produktivitasnya. Lembaga keuangan seringkali menilai operasi berdasarkan produk dan berdasarkan cabang.²⁶

Terlepas dari metode penyediaan asuransi – penyedia langsung atau rekanan – penting bagi LKM untuk memahami total biaya asuransi. Sebagai penyedia langsung layanan asuransi, premi harus menutup klaim dan semua biaya operasional lain. Sebagai agen, komisi harus menutup biaya operasional.

LKM harus memasukkan seluruh biaya operasional asuransi ke dalam pelaksanaan pembiayaannya. Selain biaya-biaya untuk staf, pengeluaran termasuk porsi biaya transportasi yang secara langsung relevan untuk penyediaan asuransi, seluruh persediaan, dokumen kontrak dan pemasaran, juga penyusutan nilai perabot, peralatan tetap, dan perlengkapan yang digunakan dalam bisnis asuransi. LKM juga harus memasukkan biaya tidak langsung ke dalam bisnisnya. Mungkin akan paling pantas untuk memasukkan biaya usaha lembaga ke dalam biaya langsung bisnis asuransi.

²⁶ MicroSave-Africa menawarkan beberapa dokumen mengenai pembiayaan dan alokasi biaya untuk LKM dalam web sitenya, www.microsave-africa.com.

Memasukkan semua biaya ini, dan mengkajinya terhadap premi yang diterima (atau premi bersih jika menggunakan reasuransi) akan membantu LKM untuk mengukur aspek keuntungan bisnis tersebut. Jika analisis pembiayaan menunjukkan kerugian bersih, belum tentu berarti bahwa aktivitas tersebut harus ditinggalkan – harga harus dinaikkan, biaya dapat diturunkan atau produk dapat disesuaikan. Selanjutnya, lembaga mungkin akan memperoleh beberapa nilai setidaknya dari produk Asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kematian karena bagaimanapun juga, LKM pasti menghadapi kerugian karena kematian nasabahnya.

Sistem Informasi Manajemen

Kebutuhan sistem informasi manajemen untuk asuransi mikro akan sangat bergantung pada model penggunaan pihak luarnya. Sistem yang terkomputerisasi tidak diperlukan sebuah LKM yang memiliki asuransi portofolio. LKM yang bertindak sebagai agen juga tidak membutuhkan solusi sistem informasi manajemen berteknologi tinggi. Saat menggunakan sumber daya luar untuk bisnisnya, mitra asuransi akan menelusuri data yang dirinci. LKM harus mengelola sebuah catatan transaksi dengan penyedia asuransi, yang mungkin meliputi informasi dasar seperti penyebab kematian, aktivitas bisnis, atau data lain yang mungkin dibutuhkan LKM untuk menyelidikannya. LKM harus menelusuri tanggal kematian versus penerimaan klaim, dan penerimaan klaim sampai tanggal pembayaran klaim, yang akan memungkinkan LKM untuk menghitung dua rasio kunci.

Setiap LKM yang menawarkan sendiri asuransinya harus memiliki sistem terkomputerisasi yang mampu mengelola data asuransi. Data dasar yang kokoh diperlukan untuk mencatat karakteristik portofolio asuransi dan meminimalkan kecurangan dan resiko lain. Sebuah data dasar untuk LKM penyedia asuransi harus mampu untuk:

- Melaporkan dan memilah rincian pihak yang dijamin, mencakup umur, jenis kelamin, tanggal permulaan pertanggungan, jangka waktu pertama pertanggungan
- Mencatat pihak yang dijamin berdasarkan jumlah yang dibayarkan dan saldo yang tersisa
- Mengelola pengawasan yang terpisah tetapi terhubung atas setiap produk asuransi, misalnya, polis **Manfaat Tambahan** sukarela hanya dapat dikeluarkan untuk individu yang telah memiliki **Polis Asuransi Penghapusan Pinjaman karena Kematian**
- Membuat warkat akunting untuk bisnis asuransi dan mampu untuk menggabungkannya dengan keuangan LKM lainnya
- Mengidentifikasi tembusan transaksi nasabah
- Membuat daftar terkait pihak yang dijamin
- Membuat daftar penerima manfaat
- Mengamortisasi premi yang dibayarkan berdasarkan jangka waktu pertanggungan
- Mencatat rincian klaim seperti pada titik apa dalam jangka waktu pinjaman si peminjam meninggal, tanggal kematian, tanggal klaim, tanggal pembayaran, klaim, penyebab kematian, jumlah yang dipinjam, dan petugas bagian pinjaman yang bertanggungjawab
- Mencatat klaim dan premi reasuransi
- Menganalisis pengeluaran yang dialokasikan untuk bisnis asuransi

Baik bagi LKM sebagai penyedia asuransi atau hanya sebagai agen, mengawasi bisnis asuransi adalah aktivitas yang penting. Tanpa pengawasan yang cukup, sebuah agen akan kalah saat bernegosiasi dengan mitra penyedia asuransi. Sebagai penyedia asuransi, tidak cukupnya pengawasan dapat menghasilkan penentuan harga yang tidak sesuai, memperberat resiko dan potensi kerugian dalam bisnis.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ Manajemen aset dan kewajiban | ✓ Analisis proyeksi terhadap aktual |
| ✓ Perencanaan anggaran | ✓ Keterlambatan laporan |
| ✓ Kapitalisasi | ✓ Tren musiman |
| ✓ Proyeksi arus kas | ✓ Laporan klaim |
| ✓ Laporan keuangan | ✓ Reasuransi penghentian kerugian |
| ✓ Transaksi akunting asuransi | ✓ Analisis tren |
| ✓ Investasi | ✓ Perhitungan biaya per unit |
| ✓ Keterlambatan pembayaran | ✓ Sistem Informasi Manajemen (SIM) |
| ✓ Rasio-rasio kinerja | |

Bacaan Lebih Lanjut tentang Pengawasan Manajemen

- Bartel, M., M.J. McCord, dan R. Bell, 1994, *"Fundamentals of Accounting for Microcredit Programs,"* GEMINI Technical Note 6. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.pactpub.com.
- Christen, R.P., 1997, *"Banking Services for the Poor: Managing for Financial Success,"* Washington DC: ACCION International, www.accion.org.
- Ledgerwood, J., 1996, *"Financial Management Training for Microfinance Organizations: Finance Study Guide,"* Toronto: Calmeadow, www.pactpub.com.
- Ledgerwood, J. dan K. Moloney, 1996, *"Financial Management Training for Microfinance Organizations: Finance Study Guide,"* Toronto: Calmeadow, www.pactpub.com.

PENETAPAN HARGA

Tujuan dari bab ini adalah untuk:

- ☐ Menjelaskan cara penggunaan pengalaman dasar dalam menetapkan harga produk-produk asuransi yang ada
- ☐ Menggambarkan penyesuaian-penyesuaian yang perlu dilakukan terhadap pengalaman dasar dalam menetapkan harga untuk menghadapi perubahan atau perkembangan-perkembangan terkini
- ☐ Memperkenalkan berbagai teknik dalam menetapkan harga untuk produk-produk baru
- ☐ Mendorong lembaga-lembaga keuangan mikro agar menggunakan aktuaris profesional apabila diperlukan.

Menetapkan harga produk asuransi merupakan salah satu hal yang paling sulit dan paling penting dalam bisnis asuransi. Jika premi ditetapkan terlalu rendah, hal tersebut dengan cepat dapat menggerogoti modal perusahaan; jika harga ditetapkan terlalu konservatif, perusahaan menjadi tidak kompetitif. Jika LKM penjamin tidak menetapkan harga produknya dengan tepat, berarti secara tidak sadar premi ditetapkan terlalu tinggi atau terlalu rendah.

Bab ini memperkenalkan berbagai cara praktis dalam menetapkan harga produk-produk asuransi. Metode penetapan harga secara agregat atau kelompok merupakan cara paling praktis untuk LKM. Bab ini dimulai dengan mengemukakan contoh-contoh dari **Asuransi Penghapusan Kredit** dan **Manfaat Tambahan** untuk menunjukkan cara penetapan harga dengan menggunakan pengalaman dasar. Tanpa bantuan aktuaris, ini merupakan salah satu cara yang dapat digunakan LKM untuk menetapkan harga produk-produk asuransi. Bagian kedua membahas isu-isu yang lebih kompleks dalam penetapan harga berdasarkan pengalaman dasar, misalnya dengan memperhatikan tren-tren dan perubahan-perubahan dalam *subset* portofolio asuransi. Bagian ketiga membahas tentang cara penetapan harga untuk produk-produk yang baru sama sekali, termasuk penggunaan tabel-tabel mortalitas, tetapi direkomendasikan untuk menggunakan tenaga ahli. Bagian terakhir menjelaskan secara singkat tentang penetapan harga dari produk-produk **Penghapusan Kredit karena Kecacatan**, **Asuransi Jiwa Tambahan** dan **Asuransi Lanjutan**.

7.1 Penetapan Harga berdasarkan Pengalaman

Penetapan harga berdasarkan pengalaman (*experience rating*) adalah metode penetapan harga produk di mana penjamin melihat pada sejarah klaimnya sebagai dasar untuk memprediksi apa yang akan terjadi di masa depan. Metode ini mengharuskan LKM menetapkan harga premi dengan didukung pengetahuan teoritis dan rekam jejak yang baik tentang klaim di masa lalu.

Premi yang sedang berlaku merupakan titik tolak. Sebagaimana dibahas pada Bab 1, premi mencakup beberapa unsur, yaitu: a) premi risiko, yaitu perkiraan klaim untuk suatu periode, ditambah b) biaya operasional dan c) kontribusi untuk surplus atau keuntungan, dikurangi d) pendapatan investasi. Idealnya, premi didasarkan pada unsur-unsur tersebut, namun dalam prakteknya banyak LKM yang kadang-kadang menetapkan premi secara agak serampangan, sebagaimana terlihat pada Boks 7.1.

Kotak 7.1.

Menetapkan Premi di Burkina Faso

Sebuah studi baru-baru ini tentang LKM di Burkina Faso menunjukkan suatu kesamaan yang mengejutkan, yaitu masing-masing LKM yang diwawancarai mengenakan pungutan 1% dari total pinjaman sebagai premi untuk Penghapusan Kredit Asuransi karena Kematian. Untuk LKM Caisse Populaire de Cissin besarnya premi ditentukan oleh Fédération, dan sampai sekarang tidak jelas atas dasar apa tarif tersebut ditentukan. Untuk MUFEDE dan Coopec-Galore, premi sebesar 1% ditetapkan secara sesukanya, yaitu karena angka itu dianggap sebagai 'angka kecil dan bagus'. Untuk PRODIA, 1% cukup masuk akal jika dibandingkan dengan yang biasanya dikenakan oleh pelaku-pelaku usaha asuransi komersial. Jadi, dengan kekecualian Caisses Populaires, LKM-LKM di Burkina Faso yang menjalankan bisnis asuransi jiwa nampaknya tidak menjalankan praktek penaksiran secara sadar untuk menetapkan premi yang tepat, tetapi lebih memilih suatu angka yang dianggap masuk akal, dengan harapan dapat menyesuaikannya dari waktu ke waktu jika diperlukan.

Dikutip dari: Aliber dan Ido (2002).

Penetapan harga berdasarkan pengalaman adalah perbandingan antara klaim aktual dengan premi risiko. Analisis ini seringkali mendorong dilakukannya penyesuaian terhadap premi risiko untuk periode berikutnya dengan menggabungkan antara harga aktual dan harga yang diharapkan berdasarkan **tingkat kepercayaan** terhadap sejarah klaim tersebut. Semakin panjang sejarah klaim tersebut, semakin besar tingkat kepercayaan terhadapnya.

Penetapan harga berdasarkan pengalaman mencakup delapan langkah berikut:

- Langkah 1. Informasi:** Tetapkan produk mana yang akan dievaluasi, tentukan periode yang akan diteliti, dan kumpulkan semua informasi yang relevan.
- Langkah 2. Portofolio:** Buat tabulasi rinci portofolio selama periode tersebut.
- Langkah 3. Premi:** Tetapkan besaran premi resiko untuk periode yang sama.
- Langkah 4. Klaim:** Buat sebuah tabel tentang pengalaman klaim tahun lalu (atau periode lain).

- Langkah 5. Perubahan-perubahan di masa lampau:** Perhatikan apakah terjadi perubahan-perubahan besar dalam keuntungan, pasar, atau faktor lainnya yang relevan pada periode tersebut. Lakukan penyesuaian-penyesuaian yang diperlukan.
- Langkah 6. Bandingkan:** Bandingkan antara resiko aktual dan yang diperkirakan.
- Langkah 7. Tingkat kepercayaan:** Tetapkan tingkat kepercayaan berdasarkan pengalaman dan berdasarkan perhitungan teoritis.
- Langkah 8. Perubahan-perubahan yang akan datang:** Perhatikan periode yang akan dicakup dalam asuransi, dan faktor-faktor apa saja yang berbeda antara yang lampau dengan yang akan datang. Sesuaikan besaran risiko yang diperkirakan berdasarkan faktor-faktor tersebut. Juga perhatikan aspek-aspek praktis dan pemasaran. LKM perlu melibatkan aktuaris dalam proses ini sejauh dimungkinkan, namun berbagai informasi yang relevan masih tetap perlu dikumpulkan untuk menjadi bahan bagi para analis asuransi. Bagian terakhir dari uraian ini mengikuti delapan langkah tersebut untuk menjelaskan situasi *experience rating* dalam kondisi yang cukup stabil dimana tidak terdapat kecenderungan atau perubahan-perubahan dalam pola klaim; Bagian 7.2 menggambarkan skenario *experience rating* yang lebih kompleks.

Langkah 1 – Tetapkan Jenis Penelitian yang akan Dilakukan dan Kumpulkan Informasi

Untuk setiap produk asuransi, tetapkan atau kumpulkan informasi berikut:

- 1. Periode penelitian:** Periode penelitian sebaiknya selama mungkin. Jika belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya, maka semua data yang tersedia sebaiknya digunakan. Jika telah dilakukan penelitian atas pengalaman sebelumnya, maka penelitian baru sebaiknya meneliti periode sejak penelitian terakhir. Hasil dari penelitian-penelitian sebelumnya seharusnya dimiliki. Keseluruhan periode penelitian sebaiknya dirinci menjadi beberapa sub-periode semisal triwulanan.
- 2. Peristiwa Bisnis:** Tentukan peristiwa signifikan apa pun yang mungkin mempengaruhi kepesertaan atau pengalaman klaim. Apakah LKM melakukan merger dengan LKM lainnya dan menerima anggota-anggota mereka? Apakah sebagian besar anggota melepaskan keanggotaan karena alasan-alasan tertentu?
- 3. Produk asuransi:** Catat perubahan-perubahan penting yang terjadi yang mempengaruhi produk asuransi, termasuk di dalamnya struktur manfaat, besaran premi, praktek-praktek pertanggungan atau penyaringan atau pemasaran manfaat.
- 4. Jumlah klien:** Tetapkan jumlah pemegang polis pada saat awal dan pada saat akhir periode penelitian serta sub-periode.
- 5. Premi:** Tetapkan besaran premi yang akan dikenakan untuk periode yang bersangkutan untuk manfaat yang telah ditentukan. Tentukan bagaimana besaran premi tersebut dinyatakan: apakah per polis, per unit manfaat atau per unit pinjaman yang telah dicairkan? Untuk periode mana besaran premi tertentu berlaku? Apakah preminya bersifat bulanan atau tahunan, atau per siklus pinjaman? Kumpulkan data mengenai premi-premi yang diterima pada periode waktu yang diteliti. Jika mungkin, LKM menetapkan keuntungan-keuntungan apa yang dapat diperoleh dengan pengenaan premi tersebut, biaya modal, dan sebagainya, serta hapuskan biaya-biaya tersebut (analisis biaya dijelaskan pada Bab 6). Tujuannya adalah menetapkan premi resiko murni untuk periode tersebut, dalam hal ini porsi premi yang harus digunakan untuk membayar klaim.

6. **Klaim:** Tetapkan klaim apa yang telah diajukan selama periode dan sub-periode yang bersangkutan, dan kelompokkan mereka berdasarkan periode waktu terjadinya kematian dan bukan berdasarkan kapan pembayaran klaim dilakukan. Andaikan seseorang dipertanggungjawabkan untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** untuk daur pinjaman dari Januari sampai April dan orang tersebut meninggal pada bulan April dan klaim dibayarkan pada awal Juni. Meskipun pengeluaran terjadi pada bulan Juni, klaim tersebut terkait dengan periode yang dicakup yaitu Januari sampai April. Pencatatan harus dilakukan untuk periode tersebut dan bukannya pada bulan Juni. Jika tidak, maka pengalaman klaimnya menyimpang. Hal ini menjamin kesesuaian antara premi yang dibayarkan dengan klaim.
7. **Administrasi:** Apakah terjadi perubahan penting dalam sistem administrasi yang mungkin mempengaruhi pembayaran klaim? Apakah terjadi tumpukan klaim yang belum dibayarkan? Apakah ada perubahan penting dalam praktek atau sistem menyangkut pinjaman-pinjaman yang bersangkutan?
8. **Resiko-resiko lainnya:** Akhirnya, perhatikan kemungkinan adanya faktor-faktor lainnya seperti bencana alam, perang, dan serangan penyakit menular pada waktu penelitian sedang dilaksanakan. Juga catat faktor-faktor resiko jangka lebih panjang seperti meningkatnya kejadian penyakit HIV/AIDS. Tren-tren yang terjadi dapat mengubah mekanisme penetapan tarif berdasarkan pengalaman dasar dan diperlukan adanya pertimbangan tersendiri.

Langkah 2 – Buat Tabulasi Portofolio Asuransi

Premi resiko mencakup tiga unsur dasar: a) probabilitas klaim, b) manfaat yang dapat dibayarkan pada saat dilakukan klaim, dan c) penasebut yang mengkonversikan premi ke dalam besaran tertentu. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$\text{Tarif Premi Risiko} = \frac{\text{Probabilitas klaim} \times \text{Manfaat yang Diasuransikan}}{\text{Penasebut yang Tepat}}$$

Angka pembilang — probabilitas klaim dikalikan dengan manfaat yang diasuransikan— adalah sama dengan keseluruhan klaim yang diharapkan untuk periode tersebut. Penasebut membantu menyebutkan premi sebagai sebuah tarif yang dikenakan terhadap nasabah. Analisis pengalaman dimulai dengan membuat tabulasi manfaat yang diasuransikan pada periode tersebut dan **penasebut tarif premi**. Untuk produk-produk asuransi di manual ini, ukuran yang paling tepat adalah sebagai berikut:

Produk	Penasebut dari tarif premi	Ukuran dari Manfaat yang Ditanggung
Penghapusan Kredit Karena Kematian	Jumlah pinjaman yang telah dicairkan	Saldo pinjaman plus bunga
Penghapusan Kredit karena Cacat	Jumlah pinjaman yang telah dicairkan	Saldo pinjaman plus bunga
Manfaat Tambahan	Manfaat yang dipertanggungjawabkan per orang	Manfaat yang dipertanggungjawabkan per orang
Asuransi Jiwa Tambahan	Manfaat yang dipertanggungjawabkan per orang	150% dari manfaat pokok yang dipertanggungjawabkan
Asuransi Lanjutan	Manfaat yang dipertanggungjawabkan per orang	Manfaat yang dipertanggungjawabkan per orang

Untuk polis **Manfaat Tambahan** dan **Asuransi Lanjutan** santunan yang diasuransikan adalah jumlah yang ditetapkan dalam akad; untuk **Asuransi Jiwa Tambahan**, santunan yang diasuransikan adalah 150% dari santunan yang diperoleh peminjam (50% untuk satu orang dewasa plus 25% untuk empat orang anak).

Namun demikian, untuk **Penghapusan Kredit karena Kematian** dan **Kecacatan**, jumlah yang diasuransikan agak sulit dihitung karena hal itu tergantung pada kapan dalam masa pinjaman tersebut klien meninggal dan bagaimana LKM menghitung bunga yang hilang, yang seharusnya merupakan pendapatan bagi lembaga seandainya pinjaman dilunasi sesuai jadwal. Setiap LKM seharusnya mengembangkan metodenya sendiri untuk menghitung santunan yang diasuransikan untuk sisa pinjaman yang belum dibayarkan berdasarkan metode penetapan harga dari suatu pinjaman (tetap atau menurun) dan jadwal pengembaliannya (yaitu angsuran tetap berkala, pembayaran sekaligus pada akhir masa pinjaman terdiri dari pokok dan bunga, pembayaran bunga berkala dengan pokok pinjaman pada akhir masa pinjaman, dst) dan jangka waktu pinjaman.

Penyebut diperlukan untuk menampilkan premi dalam bentuk tarif. Untuk polis Asuransi **Manfaat Tambahan**, Asuransi **Jiwa Tambahan**, dan Asuransi **Lanjutan**, penyebutnya sama dengan manfaat. Misalnya, sebuah LKM mungkin menawarkan dua pilihan santunan, dengan membuka peluang bagi klien memilih apakah besarnya pertanggungan \$500 atau \$1000, namun untuk kedua pilihan tersebut nilai premi adalah 1.5 persen dari santunan. Dengan kata lain, premi akan ditetapkan sebesar \$7.50 atau \$15.00. Untuk **Penghapusan Pinjaman karena Kematian** dan **Kecacatan**, premi dinyatakan dalam persentase dari jumlah pinjaman yang telah dicairkan.

Sebuah tabel diperlukan untuk menelusuri informasi portofolio asuransi dan juga data lainnya yang dibutuhkan untuk melakukan *experience rating*. Tabel 7.1 menampilkan dua produk MicroBank, yaitu **Asuransi Jiwa Wajib** dan polis **Manfaat Tambahan**. Bagian "Portofolio" dari tabel tersebut hendaknya menunjukkan yang berikut:

- **Jumlah polis pada awal dan akhir:** Misalnya, MicroBank memiliki 1000 polis aktif **Penghapusan Kredit karena Kematian** pada awal triwulan Januari-Maret, yang merupakan jumlah polis aktif pada 1 Januari 1999. Jumlah polis pada akhir periode tersebut sama dengan jumlah polis pada awal triwulan berikutnya.
- **Jumlah polis pada periode yang bersangkutan:** Karena *experience rating* membandingkan kinerja pada periode tertentu, dan antara sub-periode, jumlah polis seharusnya merupakan rata-rata dari periode tersebut, yaitu jumlah polis aktif pada tanggal awal dari suatu periode ditambah jumlah polis pada akhir periode dibagi dua.²⁷
- **Ukuran awal dan akhir dari penyebut tarif premi:** Untuk **Penghapusan Pinjaman karena Meninggal** dan **Cacat**, ukuran yang digunakan adalah jumlah pinjaman yang dicairkan (bukan sisa pinjaman) untuk semua polis aktif pada awal triwulan. Untuk pertanggungan **Manfaat Tambahan**, dan **Asuransi Lanjutan**, ukurannya adalah jumlah manfaat yang diasuransikan untuk semua polis aktif pada awal triwulan.²⁸
- **Perkiraan penyebut tarif premi untuk periode yang bersangkutan:** Ukuran awal dan akhir dari penyebut tarif dibuat rata-rata untuk memperkirakan penyebut aktual selama periode yang bersangkutan;

27 Metode penyusunan nilai rata-rata ini mengasumsikan bahwa polis-polis tersebut mulai dan berakhir secara seragam selama periode yang bersangkutan. Tanpa adanya -teknik yang lebih canggih, hal ini secara umum cukup memberikan ukuran yang memuaskan kecuali terjadi perubahan yang sangat cepat dalam portofolio selama periode tersebut.

28 Meskipun tidak secara tegas dibutuhkan dalam **Manfaat Tambahan**, sangat perlu untuk mentabulasikan pinjaman pinjaman yang menjadi dasar polis-polis tersebut untuk melihat sejauh mana rata-rata pinjaman yang dicairkan untuk klien-klien yang membeli polis sukarela berbeda dari klien-klien yang tidak membeli polis tsb

- **Ukuran awal dan akhir manfaat yang diasuransikan:** Untuk manfaat-manfaat yang dapat diperoleh dari kredit, ukuran dari santunan yang diasuransikan adalah jumlah dari saldo pinjaman ditambah bunga yang hilang. Untuk Asuransi **Manfaat Tambahan**, manfaat yang ditanggung tidak lain adalah keseluruhan manfaat yang diasuransikan di dalam semua polis aktif pada awal triwulan yang bersangkutan.
- **Perkiraan manfaat yang diasuransikan pada periode yang bersangkutan:** buat rata-rata ukuran awal dan akhir dari manfaat yang dipertanggungkan untuk memperkirakan santunan aktual yang dipertanggungkan selama periode tersebut.

Tabel 7.1 Rincian Portofolio Asuransi MicroBank, 1999

		Formula	T1	T2	T3	T4	T1'00	Jumlah
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit								
Po1 _{cl}	Jumlah Polis (Awal)		1,000	1,150	1,163	1,175	1,095	-
Po2 _{cl}	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan (Awal) – US\$		200,000	253,000	259,349	258,500	262,800	-
Po3 _{cl}	Jumlah Sisa Pinjaman (Awal) – US\$		95,000	126,500	139,560	129,250	120,450	-
Po4 _{cl}	Jumlah Polis selama Periode tersebut*		1,075	1,157	1,169	1,135	-	4,536
Po5 _{cl}	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan selama Periode tersebut* - US\$		226,500	256,175	258,925	260,650	-	1,002,249
Po6 _{cl}	Jumlah Sisa Pinjaman selama Periode tersebut* - US\$		110,750	133,030	134,405	124,850	-	503,035
Po7 _{cl}	Rata-rata Pinjaman yang Dicairkan – US\$	Po5 _{cl} / Po4 _{cl}	211	222	221	230	-	221
Po8 _{cl}	Rata-rata Sisa Pinjaman – US\$	Po6 _{cl} / Po4 _{cl}	103	115	115	110	-	111
Manfaat Tambahan Sukarela								
Po1 _{ab}	Jumlah Polis (Awal)		300	310	325	350	360	-
Po2 _{ab}	Jumlah Santunan yang Diasuransikan (Awal) – US\$		60,000	62,000	65,000	70,000	72,000	-
Po3 _{ab}	Jumlah Polis Periode yang Bersangkutan*		305	318	338	355	-	1,315
Po4 _{ab}	Jumlah Santunan yang Diasuransikan Periode yang Bersangkutan* - US\$		61,000	63,500	67,500	71,000	-	263,000
Po5 _{ab}	Rata-rata Santunan yang Diasuransikan – US\$	Po4 _{ab} / Po3 _{ab}	200	200	200	200	-	200
Po6 _{ab}	Pinjaman Dasar yang Dicairkan (Awal) – US\$		87,000	93,000	96,525	103,250	102,000	-
Po7 _{ab}	Periode Pinjaman Dasar yang Dicairkan* - US\$		90,000	94,763	98,888	102,625	-	387,275
Po8 _{ab}	Rata-rata Pinjaman Dasar yang Dicairkan* - US\$	Po7 _{ab} / Po3 _{ab}	300	306	307	293	-	295
Po9 _{ab}	Tarif yang Disepakati - %	Po3 _{ab} / Po4 _{cl}	28	27	29	31	-	29

* Rata-rata angka awal dan akhir

Dari data ini, angka-angka tambahan yang berikut dihitung untuk mengetahui kecenderungan portofolio.

- **Rata-rata portofolio asuransi per polis:** bagilah pinjaman yang dicairkan (Asuransi **Penghapusan Kredit**) atau santunan yang diasuransikan (**Manfaat Tambahan**) dengan jumlah polis yang bersangkutan.
- **Tarif yang disepakati** (untuk produk-produk sukarela): **Tarif yang disepakati** merupakan persentase dari polis-polis yang memenuhi syarat untuk membeli polis manfaat sukarela, yang benar-benar membeli polis tersebut. Bagilah jumlah polis sukarela dengan jumlah (rekening) pinjaman yang memenuhi syarat untuk memperoleh polis sukarela.

Mengumpulkan data untuk tabel portofolio mungkin memerlukan ekstrak dari data-dasar LKM atau sistem informasi lainnya. Penting untuk menilai apakah data tersebut masuk akal atau tidak. Khususnya, jumlah polis, dapat dibandingkan dengan jumlah polis yang disampaikan dalam laporan keuangan. Jika angka-angkanya, seperti rata-rata pinjaman yang dicairkan, dibuat secara terpisah untuk pelaporan keuangan, maka jumlah yang diperoleh dalam latihan ini dapat dicek kebenarannya dengan jumlah tersebut.

Perhitungan lebih lanjut dapat dibuat hanya bila ada tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap data.

Langkah 3 - Catat Premi-premi yang ada

Berikutnya, tarif premi ditetapkan dan dicatat. Pekerjaan ini memerlukan langkah-langkah berikut:

- **Tarif premi yang dibebankan:** Catat tarif premi yang dikenakan pada periode yang sedang ditinjau. Jika tarif premi berubah-ubah pada periode waktu tersebut, maka periode-periode waktu dengan tarif premi yang berbeda perlu diperlihatkan terpisah.
- **Total premi yang terhimpun:** premi-premi yang terhimpun untuk periode yang sedang dikaji diperlihatkan di bawah. Sebagaimana dibahas pada bagian manajemen keuangan, premi yang dibayarkan di muka pada awal polis harus dialokasikan di seluruh periode yang tercakup. Premi yang terhimpun (*accrued premiums*) merupakan akumulasi seluruh premi yang jatuh waktu (*accruing premiums*) untuk bulan-bulan di dalam periode yang diperiksa.
- **Pengeluaran-pengeluaran:** Untuk mendapatkan jumlah premi yang secara khusus dialokasikan untuk membayar klaim pada periode ini (misalnya porsi dari premi resiko), harus dikurangkan biaya administrasi dan biaya-biaya lainnya dari situ. Pengeluaran-pengeluaran tersebut sebaiknya dinyatakan sebagai persentase dari total premi.
- **Premi resiko yang diterima:** Premi-premi risiko murni diperoleh dengan cara mengurangi cadangan pengeluaran dari premi yang dihimpun pada periode yang bersangkutan.

Tabel 7.2 Data Premi MicroBank, 1999

		Formula	T1	T2	T3	T4	Jumlah
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit							
Pr1 ^{cl}	Tarif Premi (% Pinjaman yang Dicairkan per 4 bulan)		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Pr2 ^{cl}	Jumlah Kumulasi Premi pada Triwulan – US\$	$Pr1_{cl} \times Po5_{cl} \times 3/4$	1,699	1,921	1,942	1,955	7,517
Pr3 ^{cl}	Premi yang Dialokasikan untuk Biaya – US\$	$Pr2_{cl} \times Pr5_{cl}$	119	134	136	137	526
Pr4 ^{cl}	Pengurangan lain - US\$	$Pr2_{cl} \times Pr6_{cl}$	170	192	194	195	752
Pr5 ^{cl}	Tarif Biaya (Biaya/Premi) - %		7	7	7	7	7
Pr6 ^{cl}	Pengurangan lain / Premi - %		10	10	10	10	10
Pr7 ^{cl}	Pengurangan & Biaya per Polis – US\$	$(Pr3_{cl} + Pr4_{cl}) / Po4_{cl}$	0.27	0.28	0.28	0.29	0.28
Pr8 ^{cl}	Premi Risiko Setelah Alokasi Lain-lain – US\$	$Pr2_{cl} - Pr3_{cl} - Pr4_{cl}$	1,410	1,595	1,612	1,623	6,239
Pr9 ^{cl}	Tarif Premi Risiko Efektif per Triwulan - %	$Pr8_{cl} / Po5_{cl}$	0.62	0.62	0.62	0.62	0.62
Manfaat Tambahan Sukarela							
Pr1 ^{ab}	Tarif Premi (% Santunan yang Diasuransikan per 4 Bulan)		1.20	1.20	1.20	1.20	1.20
Pr2 ^{ab}	Jumlah Kumulasi Premi pada Periode yang Bersangkutan – US\$	$Pr1_{ab} \times Po4_{ab} \times 3/4$	549	572	608	639	2,367
Pr3 ^{ab}	Biaya yang Dibayar – US\$	$US\% Pr2_{ab} \times Pr5_{ab}$	82	86	91	96	355
Pr4 ^{ab}	Pengurangan Lain - US\$	$Pr2_{ab} \times Pr6_{ab}$	66	69	73	77	284
Pr5 ^{ab}	Tarif Biaya (Biaya / Premi) - %		15	15	15	15	15
Pr6 ^{ab}	Pengurangan/ Premi Lainnya - %		12	12	12	12	12
Pr7 ^{ab}	Pengurangan & Biaya per Polis – US\$	$(Pr3_{ab} + Pr4_{ab}) / Po3_{ab}$	0.49	0.49	0.49	0.49	0.49
Pr8 ^{ab}	Premi Risiko Setelah Alokasi Lain-lain – US\$	$Pr2_{ab} - Pr3_{ab} - Pr4_{ab}$	401	417	443	466	1,728
Pr9 ^{ab}	Tarif Premi Risiko Efektif per Triwulan - %	$Pr8_{ab} / Po4_{ab}$	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66

Contoh dari MicroBank di atas adalah untuk periode pinjaman empat bulanan dan tarif premi adalah untuk jangka waktu tersebut. Premi yang masih harus diterima merupakan bagian dari premi yang diterima yang dialokasikan untuk tiga bulan dalam triwulan. Konsekuensinya, premi yang terhimpun dalam triwulan tersebut seharusnya sekitar $\frac{3}{4}$ dari total premi yang dibayarkan.

Langkah 4 – Tabulasikan Pengalaman Klaim

Akhirnya, pengalaman klaim itu sendiri dicatat. Penting sekali untuk membandingkan antara **premi dan klaim**, misalnya bahwa klaim muncul dari suatu periode waktu tertentu dibandingkan dengan premi yang diterima pada periode yang sama. Data yang diperlukan adalah jumlah klaim, jumlah keseluruhan klaim yang dibayarkan, dan rata-rata klaim pada periode tersebut. Dari informasi tersebut, dua ratio dapat dihitung:

- **Rasio klaim:** Klaim sebagai persentase dari premi resiko yang dialokasikan.
- **Tarif klaim:** Klaim dibagi dengan portofolio asuransi (jumlah pinjaman yang dicairkan untuk **Penghapusan Kredit**, dan jumlah santunan yang diasuransikan untuk **Manfaat Tambahan**).

Tabel 7.3 Data Klaim MicroBank, 1999

		Formula	T1	T2	T3	T4	Jumlah
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit							
C1 _{cl}	Jumlah klaim yang diajukan		6	12	1	9	28
C2 _{cl}	Jumlah klaim yang diajukan – US\$		1,020	2,160	150	1,260	4,590
Cr3 _{cl}	Rata-rata klaim yang diajukan – US\$	$C2_{cl} / C1_{cl}$	170	180	150	140	164
C4 _{cl}	Tarif klaim per Triwulan - %	$C2_{cl} \times Po5_{cl}$	0.45	0.84	0.06	0.48	0.46
C5 _{cl}	Ratio Klaim - %	$C2_{cl} \times Pr8_{cl}$	72	135	9	78	74
Manfaat Tambahan Sukarela							
C1 _{ab}	Jumlah klaim yang diajukan		1	4	-	3	8
C2 _{ab}	Jumlah klaim yang diajukan – US\$		200	840	-	720	1,760
C3 _{ab}	Rata-rata klaim yang diajukan – US\$	$C2_{ab} / C1_{ab}$	200	210	-	240	220
C4 _{ab}	Tarif klaim per Triwulan - %	$C2_{ab} / Po4_{ab}$	0.33	1.32	0.00	1.01	0.67
C5 _{ab}	Ratio Klaim - %	$C2_{ab} / Pr8_{ab}$	50	201	0	154	102

Perhatikan bahwa rasio klaim juga sama dengan tarif klaim dibagi tarif premi resiko. Rasio tersebut ekuivalen karena tarif klaim dan tarif premi mempunyai penyebut yang sama (jumlah pinjaman yang dicairkan atau jumlah santunan yang diasuransikan), yang dihapuskan pada saat menghitung rasio jumlah klaim terhadap jumlah premi.

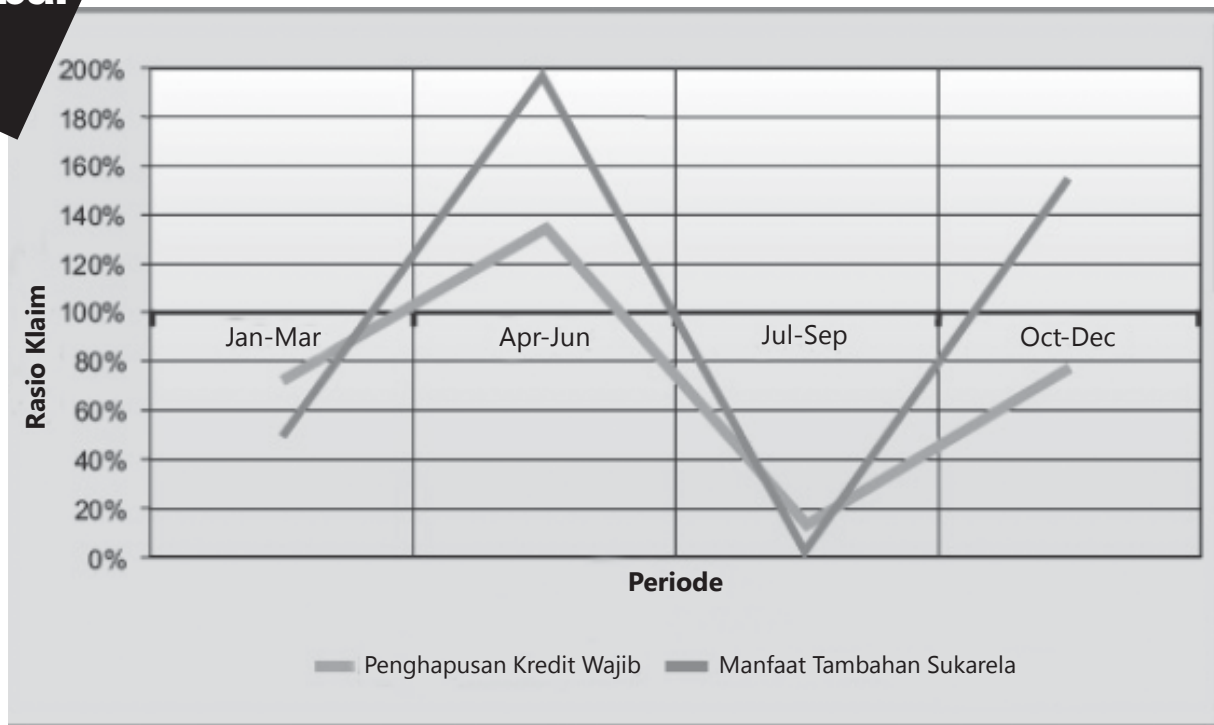
Langkah 5 – Bandingkan Tarif Klaim Aktual dan yang Diharapkan

Grafik 7.1. menunjukkan rasio klaim MicroBank dalam setahun. Fitur yang paling penting dari pengalaman tersebut adalah:

- Rasio klaim **Penghapusan Kredit** pada umumnya di bawah 100%; untuk produk **Manfaat Tambahan** rasionya di atas 100%. Ratio klaim yang lebih tinggi dari 100% menunjukkan adanya kerugian.
- Pengalaman klaim MicroBank berubah-ubah, sesuatu yang cukup masuk akal untuk sebuah portofolio kecil.
- Pengalaman dari **Manfaat Tambahan** sukarela lebih berubah-ubah dibandingkan santunan **Penghapusan Kredit**, tetapi mungkin tidak sebegitu signifikan. Hal ini mungkin disebabkan rendahnya tarif yang ditetapkan dan portofolio yang lebih kecil.

**Gambar
7.1.**

Pengalaman Klaim MicroBank 1999



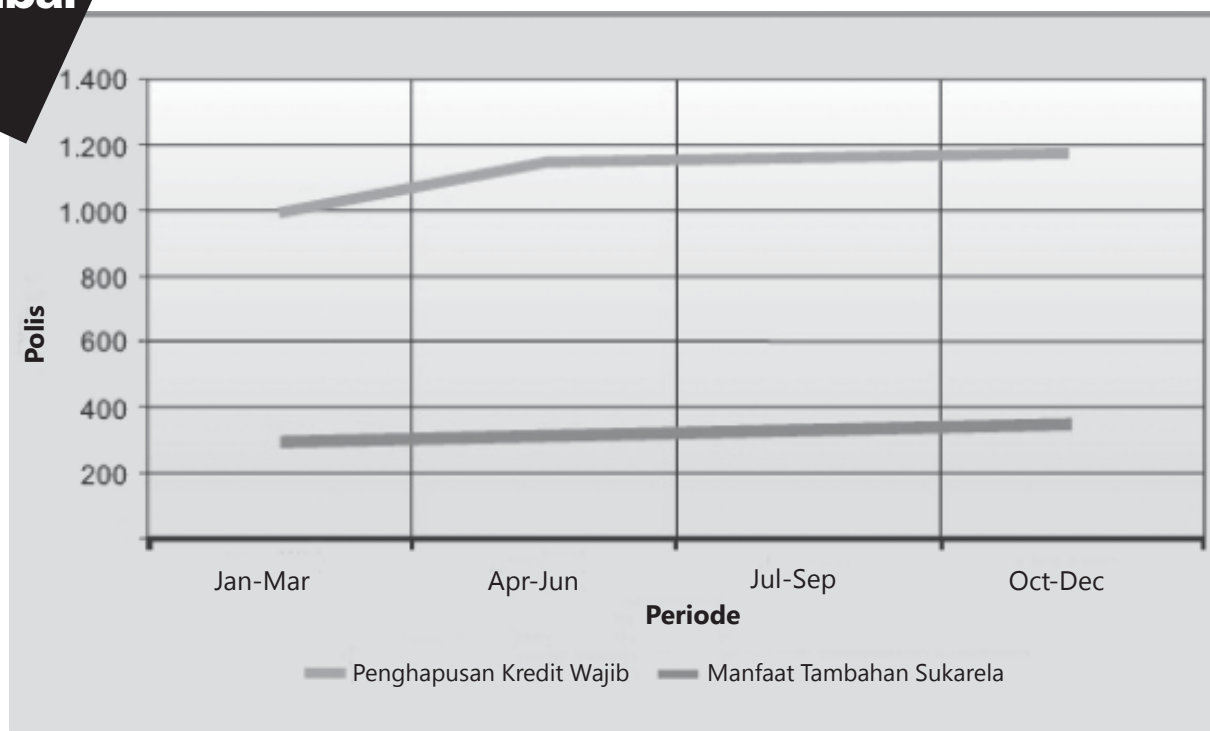
Langkah 6 – Perhatikan Perubahan-perubahan terhadap Faktor-faktor Relevan

Pada tahap ini perlu untuk memeriksa berbagai santunan, kondisi pasar, dan faktor-faktor lainnya untuk mendapatkan petunjuk tentang bentuk rasio klaim. Analisis harus memastikan bahwa santunan-santunan serupa dan kondisi pasar benar-benar diperbandingkan secara akurat, dan kemudian ditentukan penyebab terjadinya tren-tren yang menonjol atau perubahan-perubahan dalam kurva klaim.

Grafik 7.2 memperlihatkan bahwa MicroBank mempunyai jumlah pemegang polis yang stabil untuk kedua tipe yang dicakup pada tahun 1999, sehingga rasio klaim yang bervariasi tidak dapat dikaitkan dengan jumlah klien yang berfluktuasi. Pada tahun 1999, diasumsikan bahwa tidak terdapat perubahan-perubahan terhadap santunan, pasar nasabah atau faktor relevan lainnya. Namun demikian, sampai kredibilitas data dapat ditetapkan, tidak mungkin untuk mengatakan berapa besar bobot yang harus diberikan pada berbagai rasio tersebut.

**Gambar
7.2.**

Jumlah Polis MicroBank 1999



Langkah 7 – Kredibilitas dan Tarif Baru

Meskipun terdapat beberapa pendekatan untuk menentukan kredibilitas pengalaman, manual ini memaparkan metode yang telah disederhanakan dan praktis.

Rata-rata tertimbang dari tarif klaim aktual dan tarif klaim yang diharapkan (atau tarif premi terkini) digunakan untuk menghitung perkiraan tarif baru. Pembobotan didasarkan pada **faktor kredibilitas**, yang dinyatakan dengan Z , yang dihitung sebagai berikut:

$$Z = \sqrt{\text{jumlah tahun-hidup yang dialami} / 25000}$$

Jumlah tahun polis ditentukan dengan menambahkan jumlah rata-rata polis pada setiap sub-periode investigasi, dan kalikan dengan lamanya waktu (dalam tahun) dari sub-periode tersebut (misalnya tiga bulan sama dengan $\frac{1}{4}$ tahun).

Pada saat terdapat 25000 atau lebih tahun polis dalam pengalaman, maka $Z = 1$ dan pengalaman dianggap memiliki **kredibilitas penuh**, yang diandaikan cukup untuk menetapkan tarif. Z tidak boleh lebih dari satu. Jika tahun polis dalam pengalaman kurang dari 25000, maka pengalaman tersebut tidak sepenuhnya dapat dipercaya. Apabila jumlah polis sangat rendah, maka Z sangat rendah, dan pengalaman diberi bobot rendah.

Perkiraan tarif premi untuk periode tersebut dihitung sebagai berikut:

$$\text{Perkiraan tarif premi} = Z \times \text{Tarif klaim aktual} + (1-Z) \times \text{Tarif premi risiko}$$

Tarif premi risiko pada rumusan tersebut di atas adalah perkiraan tarif klaim *sebelum* memperhatikan pengalaman manapun dalam penetapan tarif. Kotak 7.2 menunjukkan efek di mana dibutuhkan banyak

tahun untuk menetapkan tarif baru dari premi risiko.

Berdasarkan contoh MicroBank, pada tahun 1999 terdapat 4536 "polis-triwulanan" untuk Asuransi **Penghapusan Kredit**, yang mana hal ini merupakan jumlah rata-rata polis aktif selama empat triwulan. Jumlah polis-tahunan dengan demikian menjadi $4536 \times \frac{1}{4}$ atau 1134 polis-tahunan, karena setiap polis menyumbang seperempat dari polis tahunan. Faktor kredibilitas tahun 1999, ${}^{CL}Z_{1999}$ (**CL adalah Credit Life**=Asuransi Penghapusan Kredit) menunjukkan bahwa pengalaman adalah 21% dapat dipercaya.

$${}^{CL}Z_{1999} = 1134 / 25000 = 21\%$$

Untuk Asuransi **Penghapusan Kredit**, tarif klaim MicroBank untuk tahun 1999 adalah 0.46% per triwulan. Tarif premi resiko yang berlaku sekarang (setelah dikurangi dengan alokasi biaya-biaya dari total premi yang diterima) adalah 0.62% per triwulan dari periode yang dicakup pada tahun 1999. Untuk Asuransi **Penghapusan Kredit, credibility risk premium (CRP)** berdasarkan data 1999 per triwulan yang dicakup, yang dinyatakan dengan ${}^{CL}CRP_{1999}$, dengan demikian adalah:

$$\begin{aligned} {}^{CL}CRP_{1999} &= 21\% \times 0.46 + (1 - 21\%) \times 0.62\% \\ &= 0.59\% \text{ dari pinjaman yang dicairkan per triwulan yang dicakup} \end{aligned}$$

Kotak 7.2.

Dampak Kredibilitas pada Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman

Bayangkan adanya tiga skema, yaitu Skema A, B, dan C dengan anggota masing-masing sebanyak 100, 4000, 20000. Andaikan tarif premi resiko untuk masing-masing anggota skim tersebut dipukul rata 5%, tanpa adanya pertimbangan-pertimbangan lain. Selama satu tahun (dengan keanggotaan yang tetap) tarif klaim aktual menjadi 10% untuk ketiga skim tersebut. Oleh karena semua variabel lainnya konstan, dengan mudah dapat dilihat betapa besarnya pengaruh jumlah anggota pada premi risiko kredibilitas baru.

Faktor kredibilitas untuk Skema A dinyatakan dengan AZ , dan seterusnya untuk notasi skema lainnya. Pada akhir tahun,

$${}^AZ = \sqrt{100/25000} = 6.3\%$$

$${}^BZ = \sqrt{4000/25000} = 40.0\%$$

$${}^CZ = \sqrt{20000/25000} = 89.4\%$$

Premi resiko kredibilitas baru yang dinyatakan dengan ACRP untuk skema A, dan hal serupa juga untuk skema lainnya, dengan demikian menjadi sebagai berikut:

$${}^ACRP = {}^AZ \times 10\% + (1 - {}^AZ) \times 5\% = 5.32\%$$

$${}^BCRP = {}^BZ \times 10\% + (1 - {}^BZ) \times 5\% = 7.00\%$$

$${}^CCRP = {}^CZ \times 10\% + (1 - {}^CZ) \times 5\% = 9.47\%$$

Penjelasan: Pengalaman untuk skema yang lebih besar lebih merupakan kredibilitas statistik, dan kemungkinan merupakan indikasi tarif klaim yang mendasari. Pengalaman dari skema yang kecil ditentukan oleh berbagai variasi yang bersifat acak dan sangat kecil kemungkinan berasal dari rujukan tarif klaim.

Untuk skema **Manfaat Tambahan (Additional Benefit=AB)**, perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$\text{Faktor kredibilitas} = {}^{\text{AB}}Z_{1999} = \ddot{O}(1.315 \times \frac{1}{4}) \div 25000 = 11\%$$

Pada tahun 1911 MicroBank mengenakan premi risiko efektif sebesar 0.66% per triwulan untuk pertanggungan **Manfaat Tambahan**, dan tarif klaim sebesar 0.67% per triwulan dari pertanggungan.

Tarif premi risiko kredibilitas **Manfaat Tambahan** tahun 1999, yang dinyatakan dengan ${}^{\text{AB}}\text{CRP}_{1999}$ dengan demikian adalah:

$$\begin{aligned} {}^{\text{AB}}\text{CRP}_{1999} &= 11\% \times 0.67\% + (1 - 11\%) \times 0.66\% \\ &= 0.66\% \text{ dari santunan yang diasuransikan per triwulan dari pertanggungan} \end{aligned}$$

Langkah 8 – Penyesuaian untuk Masa Depan

Hasil penelitian adalah tarif klaim baru yang diharapkan untuk periode tiga bulanan berdasarkan kondisi yang ada. Tunjangan sekarang mesti dibuat untuk perubahan-perubahan dalam santunan, persyaratan polis, pola biaya dan munculnya kejadian yang diasuransikan. Untuk contoh ini, asumsikan bahwa tidak diperlukan penyesuaian-penyesuaian lebih jauh untuk masa depan (pengintegrasian penyesuaian-penyesuaian tersebut diuraikan pada bagian berikut).

Dalam latihan yang disebut “pembebanan (**loading**)” tarif untuk biaya-biaya, keuntungan dan pengurangan-pengurangan lainnya kini harus ditambahkan pada tarif premi resiko untuk mendapatkan tarif premi yang dapat dikenakan. Tarif-tarif tersebut biasanya dinyatakan dalam persen terhadap jumlah premi akhir secara keseluruhan, bukan dalam persentase terhadap premi resiko. Dengan demikian, perhitungannya adalah dengan membaginya dengan satu dikurangi tambahan yang dibutuhkan, bukannya dengan mengalikannya dengan satu ditambah tambahan yang diperlukan. Jika tunjangan-tunjangan biaya diharapkan tidak berubah, tarif premi baru untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** adalah sebagai berikut:

$$0.59\% \div (1 - 7\% - 10\%) = 0.71\% \text{ dari pinjaman yang dicairkan per triwulan}$$

Untuk **Manfaat Tambahan**, persentasenya sedikit lebih tinggi:

$$0.66\% \div (1 - 15\% - 12\%) = 0.90\% \text{ dari manfaat yang diasuransikan per triwulan}$$

Dengan demikian tarif harus dinaikkan untuk dapat memperoleh tarif yang layak dikenakan per jangka waktu pinjaman (empat bulan), bukannya hanya untuk tiga bulan dari triwulan yang bersangkutan. Dengan demikian, tarif tersebut di atas dikalikan dengan 4/3:

Premi baru untuk Asuransi **Penghapusan Kredit** = 0.94% dari pinjaman yang dicairkan per jangka waktu pinjaman
 Premi baru untuk **Manfaat Tambahan** = 1.20% dari jumlah yang diasuransikan per jangka waktu pinjaman.

LKM hendaknya tidak mendiskon tarif premi agar pinjaman lembaga lebih kompetitif. Tarif premi harus ditetapkan sedemikian rupa sehingga produk-produk asuransi dapat bertahan.

Berdasarkan pengalaman tersebut, MicroBank dapat mengurangi premi untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** dari 1.0% dari pinjaman yang dicairkan menjadi 0.94%, sementara premi **Manfaat Tambahan** akan tetap sama.

Ketika melakukan penyesuaian-penyesuaian terhadap premi, LKM harus juga memperhitungkan kondisi praktis dan kondisi pasar. Apabila MicroBank tidak menghadapi persaingan, misalnya, maka penurunan tarif mungkin tidak perlu dilakukan bahkan jika penelitian lapangan memberikan indikasi ke arah itu. Namun, jauh lebih mungkin bahwa tekanan pasar khususnya pada sisi kredit akan memberi tekanan pada tarif. Perlu diperhatikan agar tidak disengaja menetapkan tarif yang tidak mencukupi dari sudut pandang asuransi, namun kompetitif dari segi kredit. Tarif final harus konsisten dengan resiko yang dapat diterima oleh LKM yang bersangkutan, profil resiko dari klien-klien atau calon klien, serta pasar.

Pengalaman Multi Tahun

Premi asuransi pada umumnya lebih kecil dibandingkan dengan pembayaran angsuran. Ini memungkinkan LKM untuk menetapkan tarif premi secara konservatif dan hati-hati (paling kurang pada tahap awal) sementara mereka menghimpun informasi dan pengalaman baru.

Apabila LKM berpengalaman lebih dari satu tahun, pengalaman tersebut dapat diintegrasikan. Analisis triwulanan yang dikemukakan di atas masih tetap bermanfaat untuk memperkirakan tren yang akan terjadi jika terdapat cukup data. Dengan mengumpulkan kemungkinan-kemungkinan, premi dan klaim untuk delapan atau lebih triwulan, jumlah kenaikan-kenaikan dalam tahun-jiwa (*life-years*), kenaikan kredibilitas, dan bobot yang lebih besar diberikan untuk pengalaman klaim dalam menetapkan premi masa depan. Seandainya jumlah tahun-jiwa meningkat melebihi 25000, maka Z ditetapkan menjadi 1, dan pengalaman klaim sepenuhnya kredibel.

Pendekatan dalam penetapan tarif berdasarkan kumpulan pengalaman adalah valid sepanjang tarif klaim dasar tidak berubah. Jika terdapat kecenderungan jangka panjang dalam tarif klaim dasar, atau perubahan-perubahan dalam santunan atau rancangan polis maka diperlukan penyesuaian-penyesuaian, sebagaimana digambarkan pada bagian berikut:

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|--|---|
| ✓ Total premi yang dapat dihipun (<i>accruing premium</i>) | ✓ Kredibilitas penuh dan parsial |
| ✓ Tarif klaim | ✓ Pembebanan (<i>Loading</i>) |
| ✓ Rasio klaim | ✓ Periode penelitian |
| ✓ Hubungan timbal-balik premi dan klaim | ✓ Tahun polis |
| ✓ Kredibilitas | ✓ Penyebut tarif premi |
| ✓ Menetapkan nilai pengalaman | ✓ Premi resiko |
| | ✓ Tarif yang disepakati (<i>take up rate</i>) |

7.2 Tren dan Perubahan dalam Masa Penelitian

Bagian ini mengulangi proses yang sama dengan proses tentang *experience rating* pada Seksi 7.1, dengan menggunakan produk-produk **Asuransi Penghapusan Kredit** dan **Manfaat Tambahan**, namun dengan tambahan data tahunan yang lebih panjang. Pada tahun 2000 terjadi berbagai perubahan di MicroBank dan lingkungan operasionalnya yang kini perlu diperhitungkan sebagai faktor dalam analisis.

Langkah 1 – Pengumpulan Informasi

1. **Periode penelitian:** Tahun 2000 akan dilihat dan hasil-hasil akan dibandingkan dengan tahun 1999.
2. **Peristiwa bisnis:** Sepanjang tahun 2000, sebuah LKM yang melakukan persaingan terpaksa ditutup setelah kehilangan terlalu banyak uang – mungkin karena penetapan harga produk-produk asuransinya terlalu buruk. MicroBank secara aktif mendekati para nasabah LKM yang bankrut tersebut. Selanjutnya, keputusan diambil setelah awal tahun (segera setelah besaran premi ditetapkan) untuk memasarkan produk sukarela secara agresif, yang secara signifikan meningkatkan biaya-biaya pada dua triwulan pertama.
3. **Produk asuransi:** Desain santunan tidak berubah selama tahun 1999-2000.
4. **Jumlah nasabah:** Jumlah nasabah berubah secara dramatis pada tahun tersebut, yang meningkatkan **Asuransi Penghapusan Kredit** sebesar 49% dan 230% untuk **Manfaat Tambahan** dari tahun 1999-2000. Tarif kesepakatan untuk produk sukarela meningkat dari 29% menjadi 64%.
5. **Premi:** Pada tahun 2000 MicroBank melakukan penyesuaian untuk premi **Asuransi Penghapusan Kredit** berdasarkan *experience rating* tahun 1999, yang memberikan sedikit diskon. Volume usaha yang diukur dengan pendapatan premi meningkat secara substansial pada tahun 2000. Pertumbuhan dalam bisnis tersebut paling tajam untuk **Manfaat Tambahan**.
6. **Klaim:** Jumlah klaim juga meningkat secara tajam sepanjang tahun 2000. Faktanya, klaim yang dibayarkan meningkat 73% untuk Asuransi Jiwa dan 445% untuk produk sukarela (meskipun dari basis yang sangat rendah).
7. **Administrasi:** Tidak terdapat perubahan signifikan dalam sistem administrasi – klaim-klaim tetap segera dibayarkan, meskipun jumlahnya sangat meningkat.
8. **Resiko lain-lain:** Tidak terdapat kejadian-kejadian lain yang mempengaruhi pengalaman.

Langkah 2 – Perubahan-perubahan pada Portofolio

Contoh tabulasi portofolio terlihat pada Tabel 7.4 dan juga grafik-grafik klaim (Gambar 7.3) serta jumlah polis (Gambar 7.4). Peningkatan yang signifikan dalam jumlah polis seharusnya merupakan peringatan langsung tentang adanya suatu kejadian penting. Siapa anggota-anggota baru tersebut? Apakah mereka memiliki profil risiko yang sama dengan nasabah-nasabah lama? Jumlah pinjaman dan sisa pinjaman rata-rata perlu diperiksa.

Dalam kasus ini, rata-rata pinjaman dari MicroBank yang dicairkan telah menurun, khususnya untuk produk **Manfaat Tambahan**. Besaran pinjaman rata-rata yang lebih kecil mungkin mencerminkan besarnya pinjaman yang disepakati dengan anggota-anggota baru dimana pinjaman awal lebih kecil daripada data yang ada di pembukuan sebelumnya yang merupakan pinjaman dari bisnis yang sudah lebih berkembang.

Tabel 7.4. Pengalaman Asuransi MicroBank 1999-2000

		Formula	T1	T2	T3	T4	Jumlah 1999	
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit								
Po1cl	Jumlah Polis(Awal)		1,000	1,150	1,163	1,175		-
Po2cl	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan (Awal) – US\$		200,000	253,000	259,349	258,500		-
Po3cl	Jumlah Sisa Pinjaman (Awal)– US\$		95,000	126,500	139,560	129,250		-
Po4cl	Jumlah Polisselama Periode tersebut*		1,075	1,157	1,169	1,135	4,536	
Po5cl	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan selama Periode tersebut*– US\$		226,500	256,175	258,925	260,650	1,002,249	
Po6cl	Jumlah Sisa Pinjaman selama Periode tersebut* US\$		110,750	133,030	134,405	124,850	503,035	
Po7cl	Rata-rata Pinjaman yang Dicairkan – US\$	Po5cl/ Po4cl	211	222	221	230	221	
Po8cl	Rata-rata Sisa Pinjaman– US\$	Po6cl / Po4cl	103	115	115	110	111	
Manfaat Tambahan Sukarela								
Po1a b	Jumlah Polis(Awal)		300	310	325	350	360	-
Po2a b	Jumlah Santunan yang Diasuransikan (Awal)– US\$		60,000	62,000	65,000	70,000		
Po3a b	Jumlah PolisPeriode yang Bersangkutan*		305	318	338	355	1,315	
Po4a b	Jumlah Santunan yang Diasuransikan Periode yang Bersangkutan*– US\$		61,000	63,500	67,500	71,000	263,000	
Po5a b	Rata-rata Santunayang Diasuransikan– US\$	Po4ab / Po3ab	200	200	200	200	200	
Po6a b	Pinjaman Dasar yang Dicairkan (Awal) – US\$		87,000	93,000	96,525	103,250	-	
Po7a b	Periode Pinjaman Dasar yang Dicairkan* – US\$		90,000	94,763	98,888	102,625	387,275	
Po8a b	Rata-rata Pinjaman Dasar yang Dicairkan* – US\$	Po7ab / Po3ab	300	306	307	293	295	
Po9a b	Tarif yang Disepakati- %	Po3ab / Po4cl	28	27	29	31	29	
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit								
Po1cl	Jumlah Polis(Awal)		1,000	1,150	1,163	1,175		-
Po2cl	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan (Awal) – US\$		200,000	253,000	259,349	258,500		-
Po3cl	Jumlah Sisa Pinjaman (Awal)– US\$		95,000	126,500	139,560	129,250		-
Po4cl	Jumlah Polisselama Periode tersebut*		1,075	1,157	1,169	1,135	4,536	
Po5cl	Jumlah Pinjaman yang Dicairkan selama Periode tersebut*– US\$		226,500	256,175	258,925	260,650	1,002,249	
Po6cl	Jumlah Sisa Pinjaman selama Periode tersebut* US\$		110,750	133,030	134,405	124,850	503,035	
Po7cl	Rata-rata Pinjaman yang Dicairkan – US\$	Po5cl/ Po4cl	211	222	221	230	221	
Po8cl	Rata-rata Sisa Pinjaman– US\$	Po6cl / Po4cl	103	115	115	110	111	

		Formula	T1	T2	T3	T4	Jumlah 1999	
Manfaat Tambahan Sukarela								
Po1a b	Jumlah Polis(Awal)		300	310	325	350	360	-
Po2a b	Jumlah Santunan yang Diasuransikan (Awal)– US\$		60,000	62,000	65,000	70,000		
Po3a b	Jumlah PolisPeriode yang Bersangkutan*		305	318	338	355	1,315	
Po4a b	Jumlah Santunan yang Diasuransikan Periode yang Bersangkutan*- US\$		61,000	63,500	67,500	71,000	263,000	
Po5a b	Rata-rata Santunan yang Diasuransikan– US\$	Po4ab / Po3ab	200	200	200	200	200	
Po6a b	Pinjaman Dasar yang Dicairkan (Awal) – US\$		87,000	93,000	96,525	103,250	-	
Po7a b	Periode Pinjaman Dasar yang Dicairkan* - US\$		90,000	94,763	98,888	102,625	387,275	
Po8a b	Rata-rata Pinjaman Dasar yang Dicairkan* - US\$	Po7ab / Po3ab	300	306	307	293	295	
Po9a b	Tarif yang Disepakati %	Po3ab / Po4cl	28	27	29	31	29	
Asuransi Wajib Penghapusan Kredit								Rincian Portfolio
		1,095	1,500	1,780	1,890	2,100	-	
		262,800	270,000	311,500	359,100	380,000	-	
		120,450	150,00	186,900	189,000	230,000	-	
		1,298	1,640	1,835	1,995	-	6,768	
		266,400	290,750	335,300	369,550	-	1,262,000	
		135,225	168,450	187,950	209,500	-	701,125	
		205	177	183	185	-	186	
		104	103	102	105	-	104	
Manfaat Tambahan Sukarela								
		360	900	1,230	1,340	1,390	-	
		72,000	180,000	246,000	268,000	278,000	-	
		630	1,065	1,285	1,365	-	4,345	
		126,000	213,000	257,000	273,000	-	869,000	
		200	200	200	200	-	200	
		102,000	205,000	225,000	235,700	262,800	-	
		153,500	215,000	230,350	249,250	-	848,100	
		426	239	187	186	-	195	
		49	65	70	68	0	64	

		T1	T2	T3	T4	Jumlah 1999
	Asuransi Wajib Penghapusan Kredit					
Premi	Tarif Premi (% dari Pinjaman yang Dicairkan per 4 Bulan)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Jumlah Premi dalam Triwulan – US\$	1,699	1,921	1,942	1,955	7,517
	Premi yang Dialokasikan untuk Biaya-biaya – US\$	119	134	136	137	526
	Pengurangan lain-lain – US\$	170	192	194	195	752
	Tarif Biaya (Biaya / Premi) - %	7	7	7	7	7
	Pengurangan Lain-lain / Premi - %	10	10	10	10	10
	Pengurangan & Biaya per Polis - US\$	0.27	0.28	0.28	0.29	0.28
	Premi Risiko Setelah Alokasi Lain – US\$	1,410	1,595	1,612	1,623	6,239
	Tarif Premi Risiko Efektif per Triwulan - %	0.62	0.62	0.62	0.62	0.62
	Manfaat Tambahan Sukarela					
	Tarif Premi (% dari Santunan yang Diasuransikan per 4 Bulan)	1.20	1.20	1.20	1.20	1.20
	Total Premi dalam Triwulan pada Periode yang bersangkutan – US\$	549	572	608	639	2,367
	Biaya-biaya yang Dibayarkan – US\$	82	86	91	96	355
	Pengurangan Lain-lain – US\$	66	69	73	77	284
	Tarif Biaya (Biaya / Premi) - %	15	15	15	15	15
	Pengurangan Lain-lain / Premi - %	12	12	12	12	12
	Pengurangan & Biaya per Polis - US\$	0.49	0.49	0.49	0.49	0.49
	Premi Risiko Setelah Alokasi Lain-lain – US\$	401	417	443	466	1,728
	Tarif Premi Risiko Efektif per Triwulan - %	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66

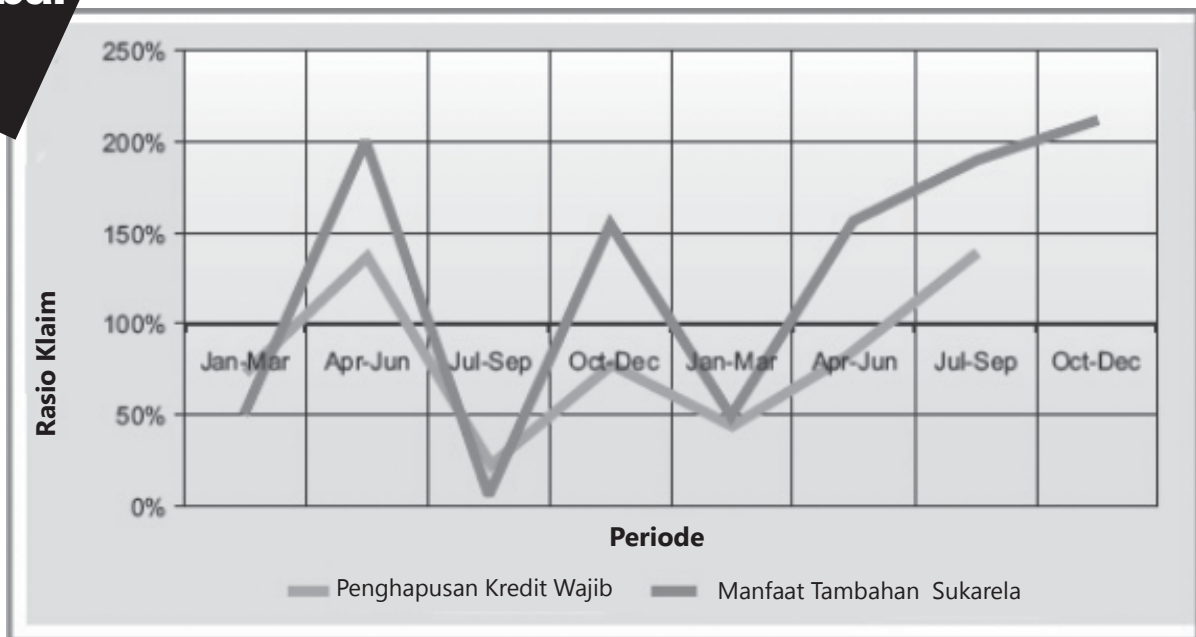
T1	T2	T3	T4	Jumlah 2000	Jumlah	Peru bahan
Asu ransi Wajib Penghapusan Kredit						
0.94	0.94	0.94	0.94	0.94	0.73	-6%
1,886	2,058	2,373	2,616	8,932	16,449	19%
132	144	166	183	625	1,151	19%
189	206	237	262	893	1,645	19%
7	7	7	7	7	7	0
10	10	10	10	10	10	0%
0.25	0.21	0.22	0.22	0.22	0.25	-20%
1,565	1,708	1,970	2,171	7,414	13,653	19%
0.59	0.59	0.59	0.59	0.59	0.60	-6%
Manfaat Tambahan Sukarela						
1.20	1.20	1.20	1.20	1.20	0.90	0%
1,136	1,921	2,318	2,462	7,838	10,205	231%
170	288	348	369	1,176	1,531	231%
136	231	278	295	941	1,225	231%
15	15	15	15	15	15	0%
12	12	12	12	12	12	0%
0.49	0.49	0.49	0.49	0.49	0.49	0%
830	1,402	1,692	1,797	5,721	7,449	231%
0.66	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66	0%

Premi

Klaim		T1	T2	T3	T4	Jumlah 1999
	Asu ransi Wajib Penghapusan Kredit					
	Jumlah Klaim yang Diajukan	6	12	1	9	28
	Jumlah Klaim yang Diajukan – US\$	1,020	2,160	150	1,260	4,590
	Rata-rata Klaim yang Diajukan – US\$	170	180	150	140	164
	Tarif Klaim per Triwulan - %	0.45	0.84	0.06	0.48	0.46
	Ratio Klaim - %	72	135	9	78	74
	Manfaat Tambahan Sukarela					
	Jumlah Klaim yang Diajukan	1	4	-	3	8
	Jumlah Klaim yang Diajukan – US\$	200	840	-	720	1,760
	Rata-rata Klaim yang Diajukan – US\$	200	210	-	240	220
	Tarif Klaim per Triwulan - %	0.33	1.32	0.00	1.01	0.67
	Rasio Klaim - %	50	201	0	154	102

**Gambar
7.3.**

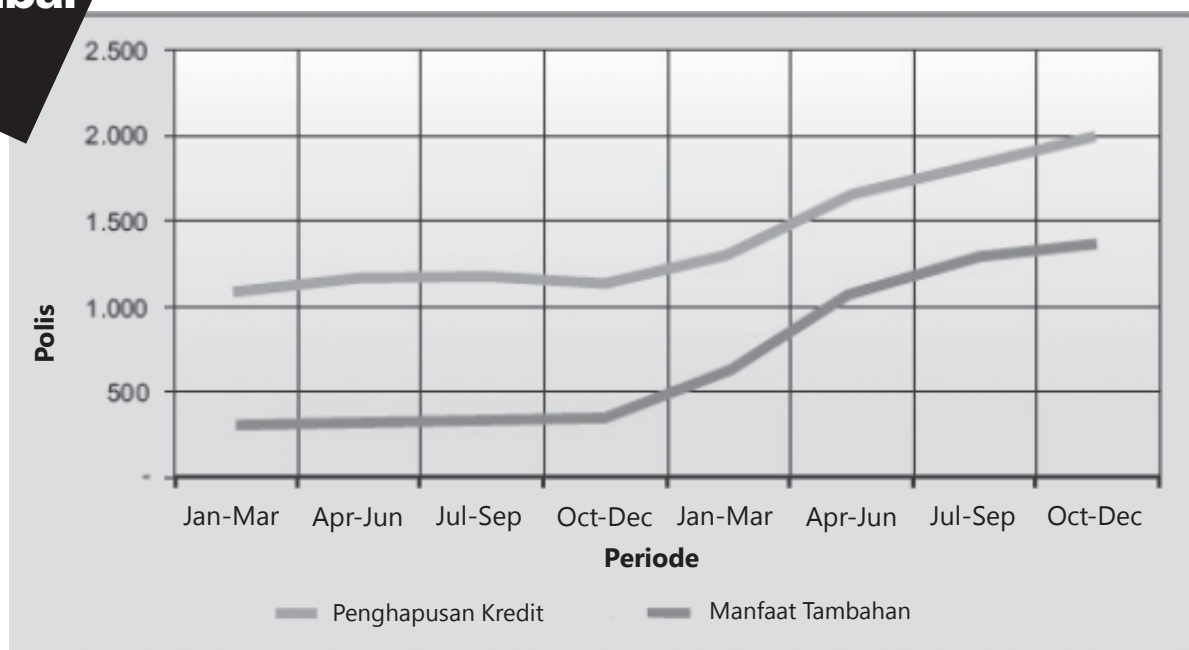
Pengalaman Klaim 1999 dan 2000



	T1	T2	T3	T4	Jumlah 2000	Jumlah	Peru - bahan	Klaim
	Asuransi Wajib Penghapusan Kredit							
	4	9	21	22	56	84	100%	
	680	1,440	2,730	3,080	7,930	12,520	73%	
	170	160	130	140	142	149	-14%	
	0.26	0.50	0.81	0.83	0.63	0.55	37%	
	43	84	139	142	107	92	45%	
	Manfaat Tambahan Sukarela							
	2	11	16	19	48	56	500%	
	400	2,200	3,200	3,800	9,600	11,360	445%	
	200	200	200	200	200	203	-9%	
	0.32	1.03	1.25	1.39	1.10	1.00	65%	
	48	157	189	211	168	152	65%	

**Gambar
7.4.**

Jumlah Polis pada tahun 1999 dan 2000



Langkah 3 – Premi

Tarif premi untuk produk **Asuransi Penghapusan Kredit** pada periode baru yang diteliti lebih rendah daripada pada periode sebelumnya, yang menunjukkan premi yang ditetapkan berdasarkan pengalaman.

Sangat mungkin bahwa tarif biaya bervariasi antara 10 dan 7 persen untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** dan 12 dan 15 persen untuk **Asuransi Manfaat Tambahan**. Namun demikian, keuntungan atau kerugian dari item-item biaya aktual vs. biaya yang diperkirakan harus dilihat secara terpisah dari penilaian tentang tarif premi risiko. Dalam hal ini digunakan tarif biaya teoritis untuk mendapatkan premi risiko yang mendasari.

Premi risiko triwulanan efektif yang dikenakan untuk produk-produk tersebut diperlihatkan pada bagian bawah dari setiap tabel Premi.

Langkah 4 – Pengalaman Klaim

Sebagaimana diperlihatkan pada Gambar 7.3, pengalaman klaim MicroBank menunjukkan kecenderungan naik (dan agaknya menimbulkan kekhawatiran), khususnya untuk produk sukarela. Beberapa dari kenaikan itu adalah akibat dari kenaikan volume. Apabila tidak ada alasan untuk mencurigai adanya perubahan-perubahan dalam bisnis, variasi tersebut mungkin telah dihapuskan sebagai suatu fluktuasi yang acak. Namun demikian, beberapa perubahan penting pada portofolio benar-benar terjadi sepanjang tahun tersebut yang bisa jadi merupakan akibat dari peningkatan klaim.

Langkah 5 – Tarif Klaim Aktual vs. Yang Diperkirakan

Tarif klaim dan rasio aktual terhadap perkiraan menunjukkan bahwa klaim MicroBank bereskalasi lebih cepat dibandingkan pertumbuhan bisnis. Tarif klaim pada tahun 2000 adalah 65% lebih tinggi daripada pada tahun 1999 untuk Santunan Sukarela, dan 37% lebih tinggi untuk **Asuransi Penghapusan Kredit**.

Langkah 6 – Perubahan dalam Tarif Klaim

Mengapa pengalaman berubah? Apakah perubahan tersebut sementara atau permanen, satu kali atau berulang, bagian dari tren yang berkesinambungan atau suatu kejadian yang tiba-tiba muncul begitu saja? Beberapa penjelasan yang mungkin dapat diberikan antara lain:

- **Profil risiko yang berubah:** Mungkin terjadi perubahan dalam profil kependudukan anggota MicroBank. Secara proporsional, mungkin lebih banyak anggota daripada sebelumnya yang lebih tua, lebih muda, laki-laki, perempuan, atau dari lokasi geografis tertentu dengan faktor-faktor risiko setempat seperti banjir. Perubahan-perubahan seperti itu mungkin muncul dalam kondisi pasar atau sebagai akibat dari ekspansi ke pasar atau wilayah baru.
- **Meningkatnya seleksi nasabah terbalik:** Jika fitur santunan tertentu menjadikan produk asuransi lebih menarik, maka orang-orang dengan kemungkinan lebih besar untuk meninggal mungkin menemukan cara untuk menjadi anggota skema tersebut. Pengaruhnya akan terbatas jika skemanya merupakan skema wajib, tetapi kemungkinan orang-orang dengan risiko yang besar mengambil pinjaman sekadar untuk mendapatkan santunan asuransi tidak boleh dikesampingkan.
- **Epidemi:** HIV/AIDS merupakan faktor risiko yang besar untuk kecenderungan terjadinya kematian. HIV pada mulanya menyebar secara tidak kelihatan dan tidak disadari, lalu secara tiba-tiba, sekitar delapan tahun kemudian muncul sebagai epidemi AIDS. Kematian yang berhubungan dengan AIDS sangat bervariasi berdasarkan umur dan jenis kelamin (misalnya di Afrika, kematian yang diakibatkan AIDS pada umumnya paling tinggi pada pria berusia lebih tua dan wanita lebih muda). Di daerah-daerah dengan kasus epidemi yang menonjol, tingkat kematian meningkat secara stabil selama beberapa tahun. Tren-tren perlu dipantau selama periode waktu yang lama, dan penyiapan dana untuk itu perlu dilakukan, sebagaimana akan dibahas di bawah.
- **Bencana alam:** Gangguan iklim, banjir atau peristiwa-peristiwa risiko penting lainnya mungkin telah menyebabkan peningkatan besar yang tidak biasa dalam klaim.
- **Tidak ada tren:** Kemungkinan bahwa tidak ada tren, namun kejadian-kejadian yang kelihatan hanya acak dalam klaim tidak boleh diabaikan, khususnya untuk skema-skema kecil.

Tanggapan terhadap Perubahan-perubahan dalam Tarif Klaim

Dengan memahami alasan-alasan untuk perubahan dalam rasio klaim, LKM atau pengelola jasa asuransi dapat mengambil tindakan yang tepat sebagai berikut:

Jika tarif klaim tinggi karena masalah seleksi yang merugikan, peningkatan premi kemungkinan akan memperparah masalah tersebut karena tarif yang lebih tinggi merupakan penangkal yang lebih besar terhadap orang-orang yang berisiko rendah.

Mengubah Manfaat untuk mencegah terjadinya eskalasi biaya. Ini kadang-kadang merupakan satu-satunya pilihan yang tersedia jika premi tidak dapat dinaikkan dan jika penyebab membengkaknya klaim tidak dapat dikurangi. Apabila pilihan ini yang diambil, nilai klaim harus dikalkulasi ulang berdasarkan format baru, yang dibandingkan dengan klaim-klaim yang diajukan berdasarkan format yang ada, dan kemudian premi disesuaikan.

Mengubah Premi yang memungkinkan perubahan dalam biaya risiko. Ini dapat menjadi pilihan yang baik jika terdapat perubahan dasar berkaitan dengan masalah risiko (misalnya meningkatkan premi untuk kematian yang disebabkan

AIDS), tetapi hal itu akan memperparah masalah jika premi dikaitkan dengan seleksi yang terbalik – tarif yang lebih tinggi menjadi penghalang yang lebih besar untuk nasabah-nasabah yang risikonya rendah. Penyesuaian premi lebih mudah dilaksanakan untuk kejadian yang hanya sekali daripada untuk kejadian-kejadian yang mencerminkan perubahan jangka panjang mengingat peningkatan premi terus-menerus

jarang disukai oleh pada pemegang polis atau bagian pemasaran.

Penetapan harga berdasarkan pengalaman merupakan salah satu cara untuk memodifikasi premi. Namun demikian, apabila terdapat tren peningkatan tarif klaim, secara konsisten kurang memperhatikan klaim-klaim yang muncul di kemudian hari karena menggunakan pengalaman masa lampau untuk memperkirakan target yang telah ditetapkan setelah itu. Tarif premi yang dapat diterapkan untuk periode yang telah lewat perlu disesuaikan dengan kondisi pengalaman yang ada pada periode tersebut, dan kemudian disesuaikan lagi untuk tren antara Penetapan harga berdasarkan pengalaman dengan periode premi yang baru. Misalnya, jika tarif klaim telah meningkat sebesar 5% setiap tahun selama tiga tahun terakhir, maka lebih bijaksana untuk mengasumsikan bahwa penurunan lebih lanjut sebesar 5% akan diberlakukan untuk tahun yang akan datang, dengan mengasumsikan bahwa segala sesuatunya tetap sama. Tarif premi risiko dengan demikian harus disesuaikan.

Kecenderungan mungkin mengikuti sejumlah pola: linier, geometris, eksponensial, atau logaritmis. Analisis matematis diperlukan untuk mencocokkan dan memproyeksikan kurva tren. Kehati-hatian perlu dilakukan dalam estimasi premi untuk tahun berikutnya. Apabila terlihat adanya tren, maka mungkin lebih baik untuk memperkirakan terlalu tinggi peningkatan klaim di masa depan daripada memperkirakan terlalu rendah dan terperangkap kekurangan.

Mengubah Desain Kebijakan. Kriteria seperti pengecualian, pengurangan, waktu tunggu ataupun elijibilitas mungkin dapat membantu menghindari terjadinya pemilihan yang tidak tepat dan juga risiko-risiko tertentu yang terlalu mahal atau yang tidak diharapkan seperti perang atau kerusakan.

Dampak dari perubahan dalam desain kebijakan tarif premi ditentukan secara tidak langsung oleh pengaruh perubahan desain tersebut pada santunan atau kemungkinan klaim. Bisa jadi sulit untuk melakukan perkiraan dalam hal ini, dan kadang-kadang lebih baik untuk menunggu munculnya pengalaman sebelum mengasumsikan bahwa perubahan desain tertentu akan mengurangi klaim melalui cara tertentu.

Misalnya, ada LKM yang menawarkan Asuransi **Penghapusan Kredit** untuk **kematian** yang disebabkan oleh faktor apa pun. Lalu meletus perang, kemudian LKM tersebut menyadari bahwa mengasuransi kematian akibat perang ternyata terlalu mahal. LKM tersebut mengubah santunannya untuk semua polis baru sehingga kematian akibat perang atau kerusakan tidak lagi dicakup. Berdasarkan pengalaman yang baru lewat, kematian akibat perang dan kerusakan mencapai 20% dari total kematian. Dalam menetapkan premi untuk tahun berikutnya, LKM tersebut mungkin mengasumsikan bahwa probabilitas klaim akan berkurang sampai 20% jika pengecualian tersebut berhasil dilaksanakan. Sikap hati-hati mungkin akan mengarahkan kebijakan pada, katakanlah, hanya separuh dari tabungan yang dapat dialokasikan untuk santunan, karena tidak ada kepastian bahwa semua tabungan akan dapat direalisasikan.

Mengubah Strategi Pemasaran. Apabila pasar yang menjadi sasaran menunjukkan profil risiko tertentu, mencari pasar baru dapat mengurangi efek tersebut. Apabila pengalaman klaim ternyata tinggi, dan para peserta asuransi berusia lanjut, maka LKM dapat mengubah target ke orang-orang berusia lebih muda dan lebih sehat.

Apabila ada kemungkinan para peserta baru memiliki probabilitas klaim yang berbeda, maka metode penyesuaian premi hendaknya seperti yang sudah dijelaskan di atas. Sekali lagi, mungkin akan sangat sulit untuk memperkirakan dampak dari peserta baru terhadap probabilitas klaim dalam kelompok. Metode yang paling aman mungkin adalah dengan tidak mengalokasikan tabungan pada premi tersebut sampai ia muncul dalam pengalaman klaim.

Tidak Berbuat Apapun. Apabila pergerakan dalam rasio klaim dipandang sebagai keanehan (anomali) yang bersifat acak dengan kredibilitas yang rendah, maka mungkin tidak perlu adanya tindakan drastis. Sikap hati-hati diperlukan dalam menilai opsi ini. Besarnya risiko merupakan faktor yang paling penting: semakin besar skema, semakin kecil kemungkinan bahwa pola yang muncul adalah sekadar anomali.

Tutup Usaha. Jika tren mengancam sendi-sendi usaha, dan risiko yang dihadapi sangat besar, maka nasihat terbaik untuk LKM adalah tidak melanjutkan usaha asuransi tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan tidak menawarkan polis-polis asuransi baru, dan polis-polis yang ada dibiarkan kadaluarsa. Ini bisa dilaksanakan untuk LKM yang menjalankan usaha asuransi jangka pendek, namun akan lebih sulit untuk polis-polis berjangka lebih panjang.

Contoh MicroBank

Terdapat beberapa penjelasan untuk terjadinya peningkatan drastis dan berlanjut dalam pengalaman klaim MicroBank. Pertama, nasabah-nasabah baru yang berasal dari LKM yang tutup usaha kemungkinan memiliki risiko lebih besar— mungkin umur lebih tua, tingkat kesehatan lebih buruk atau berada di daerah dengan tingkat kematian yang lebih tinggi.

Kedua, untuk santunan sukarela, perubahan dalam tarif (*take-up rates*) mungkin juga menarik anggota-anggota dengan ciri yang berbeda dibandingkan dengan mereka yang sudah menjadi anggota berkat usaha pemasaran. Untuk produk sukarela penting untuk memperhatikan efek dari kemungkinan salah pilih yang mana hanya anggota-anggota dengan risiko relatif tinggi yang membeli polis.

Manakala terjadi perubahan penting dalam kepesertaan, maka potensinya juga besar untuk terjadinya perubahan dalam profil mortalitas. Namun demikian, mungkin juga terdapat beberapa faktor lainnya yang mempengaruhi tingkat mortalitas. Peningkatan dalam mortalitas yang disebabkan AIDS atau penyakit menular jangka pendek lainnya dapat menjelaskan terjadinya peningkatan tersebut, seperti juga bila terjadi peningkatan dalam konflik lokal.

Tidak ada aturan yang jelas dan pasti dalam hal ini, namun dengan pengecualian dalam skema-skema yang sangat besar dengan pengalaman yang sangat meyakinkan tentang tingkat kredibilitas, kecenderungan-kecenderungan yang sudah diketahui (misalnya AIDS) atau bencana yang hanya terjadi satu kali dan perubahan-perubahan dalam rasio klaim kemungkinan besar merupakan akibat dari fluktuasi yang bersifat acak. Secara umum, jika tidak terjadi perubahan yang substansial dalam rasio klaim – misalnya ratio klaim mencapai lebih dari 200% untuk periode, katakanlah, satu tahun untuk skema menengah – maka mungkin tidak ada alasan yang kuat untuk mengubah tarif dasar yang telah ditetapkan secara teoritis.

Langkah 7 – Kredibilitas dan Tarif Baru

Sebagaimana diperlihatkan pada tabel portofolio, pengalaman MicroBank tahun 2000 meliputi 1692 tahun-polis Asuransi Penghapusan Kredit baru (1/4 dikalikan dengan 6798 polis-triwulanan asuransi penghapusan kredit pada tabel tersebut) dan 1086 polis-tahunan untuk skema **Manfaat Tambahan**. Polis-tahunan tambahan membuka peluang untuk revisi premi risiko (tarif klaim yang diperkirakan untuk masa depan) dengan kredibilitas yang lebih besar. Bagian ini mengulas tiga skenario penetapan tarif yang berbeda berdasarkan penafsiran yang dapat dilakukan untuk tarif-tarif klaim yang lebih tinggi: a) fluktuasi kesempatan, b) perubahan yang hanya sekali terjadi, dan c) tren yang berlanjut.

Fluktuasi Kesempatan

Apabila perubahan-perubahan terjadi dalam tarif klaim hanya disebabkan oleh fluktuasi kesempatan, maka semua pengalaman dapat diagregasikan secara keseluruhan. Polis-tahunan baru ditambahkan pada yang sudah ada untuk mendapatkan faktor kredibilitas baru.

$${}^{\text{CL}}Z_{2000} = \sqrt{2826 \div 25000} = 34\%$$

Kredibilitas premi risiko triwulanan untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** (CL) untuk gabungan keseluruhan tahun adalah:

$$\begin{aligned} {}^{\text{CL}}\text{CRP}_{2000} &= Z \times \text{gabungan tarif klaim} + (1-Z) \times \text{premi risiko teoritis} \\ &= 34\% \times 0.55\% + (1-34\%) \times 0.62\% \\ &= 0.60\% \end{aligned}$$

Perhatikan bahwa yang digunakan sebagai premi teoritis atau yang diharapkan adalah perkiraan dasar sebelumnya, **bukan** premi kredibilitas tahun sebelumnya. Premi kredibilitas yang sama sekali baru dihitung berdasarkan tarif teoritis dan kedua tahun pengalaman yang bersangkutan.

Perubahan Mendasar yang Hanya Sekali

Apabila perubahan-perubahan dalam pola klaim bukan merupakan fluktuasi yang kebetulan, dan tarif klaim dasar telah berubah secara fundamental pada periode tersebut, maka suatu pendekatan baru diperlukan. Penilaian tertentu yang bersifat subyektif dibutuhkan dalam hal ini, dan sejumlah metode dapat digunakan, yang semuanya hampir serupa.

Perubahan besar nampaknya telah terjadi antara paruh pertama dan kedua tahun 2000 ketika MicroBank juga mengalami peningkatan yang cukup besar dalam polis. Jumlah rata-rata klaim untuk **Manfaat Tambahan** dari Juli 2000 sampai Desember 2000 adalah $(3200 + 3800) + (257000 + 273000) = 1,32\%$. Untuk periode Januari 1999 sampai Juni 2000, rata-rata tarif klaim hanya 0,72%. Tarif untuk enam bulan terakhir mencapai sekitar 80% lebih tinggi daripada tarif untuk 18 bulan terdahulu. Jika terdapat tingkat kepercayaan yang cukup tinggi bahwa peningkatan tersebut tidak bersifat acak, dan hal tersebut mewakili suatu perubahan yang fundamental dalam probabilitas klaim, maka prosedur penetapan tarif bisa dilakukan sebagai berikut:

- Andaikan terjadi peningkatan klaim sebesar 80% sekitar pertengahan tahun 2000.
- Naikkan tarif teoritis untuk keperluan eksperimen penetapan tarif dengan faktor perubahan tersebut, yaitu 80%. Perkiraan premi teoritis sebelumnya (bukan premi kredibilitas) adalah 0,66% untuk Santunan Tambahan, jadi ini dinaikkan dengan 80% menjadi 1,19%.
- Oleh karena pengalaman telah digunakan dalam mengestimasi tarif tersebut, maka pengalaman tersebut tidak dapat digunakan untuk *experience rating*. Pengalaman untuk produk dengan demikian efektif ditetapkan pada angka 0, dan eksperimen penetapan tarif berdasarkan pengalaman di masa depan tidak akan memperhitungkan faktor pengalaman tersebut sampai tahun 2000. Pengalaman tahun 2001 akan digunakan sebagai data dasar pertama untuk penetapan tarif berdasarkan pengalaman untuk keadaan yang baru. Tarif teoritis yang baru akan ditetapkan pada angka 1,19%.

Pendekatan tersebut digunakan hanya apabila terdapat tingkat kepastian yang tinggi bahwa perubahan-perubahan dalam tarif adalah akibat terjadinya perubahan-perubahan yang bersifat fundamental dan hanya sekali.

Tren yang Berlanjut

Akhirnya, terdapat kemungkinan bahwa perubahan-perubahan bukan merupakan bagian dari perubahan yang hanya sekali terjadi atau sebagai akibat dari fluktuasi yang acak, melainkan bagian dari suatu tren yang berlanjut. Dalam hal ini, klaim dan premi di masa lalu perlu dinaikkan (atau diturunkan) sesuai tren yang sedang berkembang dari periode mulai terjadinya sampai periode akan diterapkannya premi baru.

Andaikan terdapat penurunan berlanjut dalam probabilitas dasar klaim sebesar 20% per tahun, hal tersebut mungkin disebabkan oleh HIV/AIDS. Apabila perubahan terus terjadi (yaitu bersifat linier), maka tarif baru dapat ditetapkan untuk dapat dipakai pada pertengahan periode berikutnya. Tarif tersebut akan terasa sedikit terlalu tinggi pada paruh pertama dari periode tersebut dan sedikit terlalu rendah pada paruh kedua, namun akan terjadi rata-rata yang sesuai untuk keseluruhan periode yang bersangkutan.

Untuk menghitung tarif tahun 2001, pertama-tama gunakan tren pada semua premi dan klaim yang historis. Tarif premi dan klaim dari tahun 1999 dinaikkan dengan 20% dari pertengahan tahun 1999 sampai pertengahan tahun 2000 dan kemudian 20% lainnya dari pertengahan tahun 2000 sampai pertengahan tahun 2001. Premi dan klaim dari tahun 2000 dinaikkan 20% dari pertengahan tahun 2000 sampai pertengahan tahun 2001. Portofolio dan pengalaman tersebut semuanya dinyatakan dalam kondisi tahun 2001, dan *experience rating* dilakukan sebagaimana pada kasus pertama dengan cara menggabungkan pengalaman tahun 1999 dan tahun 2000, dengan menghitung faktor kredibilitas serta membobot tarif teoritis sebelumnya dengan tarif klaim teoritis (semua dimodifikasi sesuai tren).

Kecenderungan dapat mengikuti sejumlah bentuk. Setiap tren dasar harus dinilai secara hati-hati dan penyesuaian pengalaman dan premi-premi bersejarah pada periode yang diinginkan hendaknya mencerminkan tren dasar, apapun bentuknya.

Langkah 8 – Menyesuaikan untuk Masa Depan

Pada Langkah 7, diberi cadangan untuk mengkompensasi kecenderungan yang sedang berlangsung, dari periode saat terjadinya pengalaman sampai periode ketika premi akan berlaku. Tidak perlu ada peluang lebih lanjut bagi tren-tren tersebut. Apabila diharapkan terjadinya perkembangan-perkembangan baru, maka mungkin diperlukan adanya kelonggaran sesuai tuntutan perkembangan tersebut. Misalnya, eksperimen penetapan harga harus memperhatikan penyesuaian-penyesuaian terhadap biaya-biaya yang dikeluarkan akibat penajaman dalam pelaksanaan kegiatan, modifikasi desain santunan masa depan, dst.

Catatan Penutup tentang Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman

Besarnya skema merupakan faktor penting yang mempengaruhi kredibilitas pengalaman. Untuk skema yang sangat besar, pengalaman adalah indikator statistik yang dapat dipercaya untuk tarif klaim dasar, dan diberikan bobot yang sesuai. Namun demikian, untuk skema yang lebih kecil, jumlah klaim sangat bervariasi, dan tarif klaim mungkin sangat tidak stabil. Tarif premi dasar awal sangat penting untuk skema-skema kecil karena pengalaman diberi bobot yang sangat kecil dan tidak mungkin secara

signifikan memengaruhi premi yang dihitung.

Tanpa kelengkapan statistik yang canggih, penetapan premi dengan menganalisis pengalaman merupakan gabungan sains dan seni. Sains berperan memastikan bahwa data yang digunakan sesuai dan benar, secara cermat menyimak tren dan pola serta menghitung angka-angka seakurat mungkin. Seni berperan dalam memperhitungkan semua faktor yang relevan, dan dalam menetapkan cadangan bagi segala sesuatunya di masa depan. Sains yang artistik dapat dikembangkan hanya melalui pengalaman yang luas, dan pemahaman yang baik atas faktor-faktor yang memengaruhi risiko bisnis. Apabila ada keragu-raguan, kapan pun itu timbul, tentang asumsi-asumsi atau pengaruh dari kejadian-kejadian tertentu, diperlukan pendekatan yang hati-hati dan konservatif dalam penetapan harga.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ✓ Mengubah profil risiko | ✓ Fluktuasi acak |
| ✓ Perubahan hanya sekali | ✓ Tren dan ragam tren |

7.3. Penetapan Harga Produk Baru

Secara umum direkomendasikan agar produk-produk baru hanya dikembangkan dengan bantuan ahli di bidang risiko – pelaku asuransi, aktuaris atau konsultan. Ketika sebuah produk untuk pertama kalinya diperkenalkan, tidak ada pengalaman untuk menjadi patokan penentuan harga, dan perkiraan biaya awal harus diperoleh dengan cara tertentu. Setelah melakukan penelitian pasar, menentukan kejadian yang diasuransikan, kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan dan manfaat yang diusulkan, eksperimen penetapan harga dapat berlangsung dalam beberapa cara. Bagian ini secara ringkas membahas tiga pendekatan dalam penetapan harga – a) menggunakan tenaga-tenaga profesional asuransi dari luar (*outsourcing*), b) mengandalkan data internal, dan c) merespon penetapan harga dari para pesaing – sebelum mengenalkan analisis aktuarial dan penggunaan tabel-tabel mortalitas.

Menggunakan Pihak Luar dalam Penetapan Harga Awal

Berbagai kontributor dapat membantu LKM dalam melakukan latihan penetapan harga awal dengan imbal upah atau saham, antara lain pengelola jasa asuransi, pengelola jasa reasuransi, aktuaris, dan konsultan asuransi. Penggunaan pihak luar untuk penetapan harga pada tahap awal merupakan pilihan terbaik bagi LKM untuk memperkenalkan produk asuransi yang belum didukung data statistik sebagai rujukan dalam penetapan harga. Itulah satu-satunya pilihan yang dianjurkan untuk skema kecil yang kemungkinan akan mengalami klaim-klaim yang tidak menentu. Bahkan para pengelola bisnis asuransi komersial hampir selalu memilih menggunakan keahlian para ahli asuransi internasional dalam memperkenalkan produk-produk asuransi baru.

Data Intern untuk Penetapan Harga

Apabila LKM menyimpan catatan tentang kematian (atau cacat) klien, dapat diteliti tentang pengalaman mortalitas yang terjadi meskipun tidak terdapat produk asuransi yang tersangkut. Apabila terdapat

data dasar anggota yang cukup signifikan dan dapat dipercaya, suatu penelitian mengenai pengalaman klaim di masa lampau dapat dilakukan persis seperti yang digambarkan di atas, namun dengan menggunakan manfaat kira-kira, bukan aktual:

- Tabulasikan jumlah klien yang “diasuransikan” pada periode satu tahun (atau beberapa tahun) sebagaimana dijelaskan di atas, bersama dengan penyebut tarif premi untuk produk yang diusulkan (yaitu jumlah pinjaman yang dicairkan untuk **Asuransi Penghapusan Kredit**).

Tabulasikan jumlah kasus kematian klien. Kalikan manfaat yang diusulkan (*lumpsum* yang dibayarkan sebagai **Manfaat Tambahan**, saldo pinjaman ditambah bunga yang hilang untuk **Asuransi Penghapusan Kredit**) dengan jumlah kematian untuk memperkirakan biaya klaim.

Bagilah klaim dengan penyebut untuk menghasilkan tarif klaim, yang merupakan perkiraan premi risiko awal jika datanya cukup dapat dipercaya. Tarif risiko tersebut kemudian disesuaikan antara periode yang diteliti dengan periode pembayaran premi (yaitu dari triwulan-triwulan yang diteliti menjadi rata-rata untuk jangka waktu pinjaman).

- **Tarif darurat (*contingency rate*)** dapat juga ditambahkan — ini sebagai tambahan pada tarif risiko – untuk mencerminkan ketidakpastian dari perkiraan tersebut. Untuk produk-produk baru, tarif darurat dimaksud dapat mencapai 100%.
- Sebagai langkah terakhir, tarif tersebut dimasukkan dalam biaya dan pengurangan-pengurangan lainnya untuk mendapatkan tarif premi yang layak dikenakan pada klien.

Tarif premi tersebut dengan demikian dapat dibandingkan dengan tarif-tarif lain di pasar, dan dengan premi-premi yang sanggup dibayar oleh klien, untuk menentukan sejauh mana produk tersebut layak. Apabila terlalu mahal, dapat dibuat revisi terhadap desain manfaat (tawarkan manfaat yang lebih kecil) atau terhadap dasar penetapan harga. Pilihan manapun yang diambil, dasar penetapan harga untuk sebuah produk baru sebaiknya selalu lebih konservatif mengingat adanya ketidakpastian.

Apabila LKM tidak mengumpulkan informasi mortalitas, maka ada baiknya menetapkan sebuah sistem pemantauan untuk mengumpulkan data tentang mortalitas meskipun tidak ada produk asuransi, untuk menentukan perkiraan biaya produk. Apabila data dan perkiraan biaya yang lebih bisa diandalkan telah dapat ditetapkan, maka produk yang bersangkutan dapat diperkenalkan ke pasar.

Apa yang Dilakukan Para Pesaing

Cara lain untuk menetapkan harga sebuah produk adalah dengan melihat pada produk-produk jasa yang sama yang ditawarkan para pesaing. Bagaimana produk mereka diatur? Berapa tarif yang dikenakan? Paling baik jika bisa mendapatkan sedikit petunjuk tentang tingkat keuntungan yang mereka peroleh, namun hal ini mungkin sulit dilakukan. Bukanlah praktek yang baik dengan mengambil contoh produk pesaing dalam menetapkan harga dengan sekadar mengurangi biaya produk sendiri menjadi 10% lebih rendah. Untuk produk asuransi manapun, kehati-hatian itu selalu baik. Hal ini penting agar bisa dilakukan penyesuaian-penyesuaian jika terjadi perbedaan dalam desain manfaat dan ciri-ciri pasar yang menjadi sasaran.

Tarif yang diterapkan pesaing dapat dijadikan sebagai masukan, sebagai tarif premi awal, dalam konteks ujicoba penetapan tarif berdasarkan pengalaman. Tarif-tarif baru kemudian diperkirakan dengan menggunakan bobot rata-rata dari tarif yang digunakan pesaing dan pengalaman LKM itu sendiri. Metode ini memiliki keuntungan dengan menggambarkan pengalaman LKM maupun praktek yang dilakukan oleh suatu penanggung yang melayani pasar yang serupa. Efektivitas pendekatan tersebut tentu saja tergantung pada sehatnya penetapan tarif dari pesaing.

Penetapan Harga Aktuarial

Penetapan harga aktuarial suatu produk mencakup: a) penetapan semua kejadian yang diasuransikan yang tercakup dalam produk yang bersangkutan, b) santunan yang dibayarkan untuk setiap peristiwa, dan c) probabilitas terjadinya tiap-tiap kejadian. Untuk asuransi jiwa, informasi terakhir ini terutama diperoleh dari tabel mortalitas.²⁹

Tabel Mortalitas

Tabel mortalitas berisi probabilitas kematian dalam setahun untuk setiap umur dan jenis kelamin dari suatu populasi tertentu. Penggunaan tabel mortalitas dalam penetapan harga individual secara panjang lebar diulas di bawah. Salah satu kesulitan utama dalam pendekatan ini adalah pada saat memilih tabel basis mortalitas yang tepat sebagai titik tolak. Misalnya, tidak ada gunanya untuk menetapkan harga santunan kematian bagi orang-orang pedalaman Burkina Faso dengan menggunakan statistik dari daerah perkotaan India, kecuali perbedaan data mortalitas antara Burkina dan India diketahui atau dapat diperkirakan.

Tabel 7.5 adalah sebuah tabel mortalitas untuk penduduk Afrika Selatan tahun 2002 yang diambil dari sebuah model yang dikembangkan oleh *Actuarial Society of South Africa* (ASSA). Model tersebut yang dikenal dengan nama ASSA 2000, memperkirakan penyebaran HIV/AIDS melalui penduduk dan memperkirakan tingkat mortalitas yang diakibatkan oleh semua penyebab, termasuk HIV/AIDS. Tingkat mortalitas terpisah dibuat untuk laki-laki dan perempuan, dan untuk setiap umur, karena tingkat mortalitas berdasarkan jenis kelamin dan umur sangat berbeda. Setiap angka mencerminkan probabilitas kematian seseorang berdasarkan umur dan jenis kelamin mereka antara pertengahan 2002 dan pertengahan 2003. Misalnya, seorang laki-laki berusia 43 tahun memiliki probabilitas kematian sebesar 0,026636, atau 2,6636 persen dari populasi laki-laki pada umur tersebut diperkirakan akan meninggal pada tahun tersebut.

²⁹ Untuk risiko kesehatan, tabel tentang morbiditas digunakan untuk memperkirakan probabilitas kejadian penyakit.

Tabel 7.5 Tingkat Mortalitas ASSA2000 – Penduduk Afrika Selatan Tahun 2000

Umur	Laki-laki	Perempuan	Umur	Laki-Laki	Perempuan
21	0,003894	0,004284	44	0,026524	0,015676
22	0,004353	0,005816	45	0,026370	0,014764
23	0,004899	0,007555	46	0,026295	0,013984
24	0,005596	0,009375	47	0,026299	0,013330
25	0,006499	0,011162	48	0,026347	0,012810
26	0,007627	0,012839	49	0,026494	0,012469
27	0,008932	0,014312	50	0,026761	0,012297
28	0,010373	0,015556	51	0,027161	0,012293
29	0,011920	0,016605	52	0,027553	0,012396
30	0,013561	0,017654	53	0,027890	0,012575
31	0,015257	0,018677	54	0,028250	0,012847
32	0,016994	0,019526	55	0,028615	0,013194
33	0,018731	0,020207	56	0,029102	0,013667
34	0,020361	0,020671	57	0,029745	0,014294
35	0,021836	0,020935	58	0,030534	0,015077
36	0,023099	0,021013	59	0,031533	0,016022
37	0,024293	0,020953	60	0,032782	0,017108
38	0,025352	0,020733	61	0,034269	0,018312
39	0,026119	0,020316	62	0,035979	0,019673
40	0,026488	0,019572	63	0,037934	0,011194
41	0,026456	0,018530	64	0,040131	0,022843
42	0,026259	0,017553	65	0,042553	0,024643
43	0,026636	0,016638			

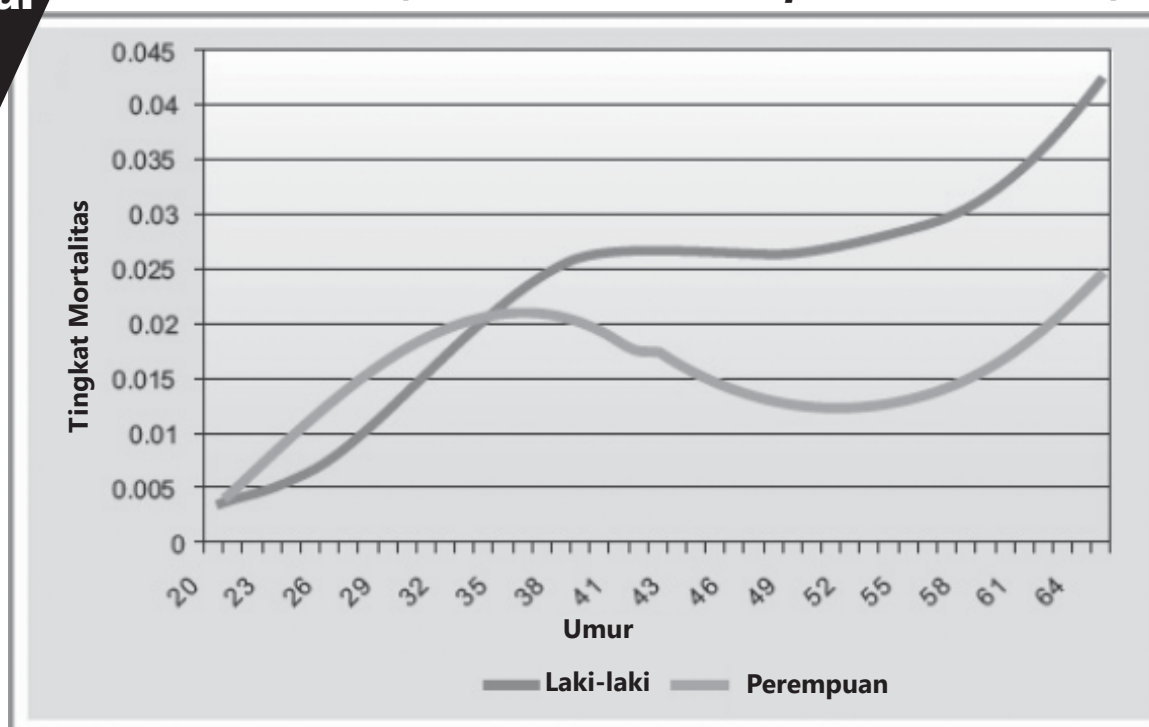
Perbedaan dalam tingkat mortalitas antara laki-laki dan perempuan, yang dikemukakan pada bagan 7.5 menunjukkan pentingnya menggunakan tabel yang tepat. Menggunakan tabel perempuan untuk menetapkan harga santunan untuk klien yang sebagian besar laki-laki akan menghasilkan premi yang tidak cukup pada kelompok usia lebih tua, dan terlalu mahal untuk peserta dari kelompok usia yang lebih muda.

Tabel mortalitas juga berubah-ubah dari waktu ke waktu. Bagan 7.6 menunjukkan tingkat mortalitas untuk laki-laki di Afrika Selatan pada tahun 2002 dan 2005 dengan menggunakan model yang sama. Pola mortalitas diperkirakan berubah cukup signifikan. Dari tahun 2002 sampai 2005, tingkat mortalitas untuk seorang laki-laki berusia 40 tahun meningkat sebesar lebih dari 60%, yang mengakibatkan peningkatan dalam premi risiko. Perbedaan tersebut terutama disebabkan oleh peningkatan dalam kematian akibat AIDS, yang berubah-ubah dari tahun ke tahun sejalan dengan perkembangan penyakit tersebut dan kematian yang diakibatkannya.

Kebanyakan tabel mortalitas menunjukkan bahwa secara umum terjadi peningkatan mortalitas menurut umur – orang yang lebih tua kemungkinan untuk meninggal lebih besar daripada orang dengan usia lebih muda, meskipun AIDS dapat mengubah pola tersebut. Perbedaan akibat faktor-faktor lainnya seperti negara, status sosial-ekonomi atau tempat tinggal (perkotaan atau pedesaan) dapat menjadi sama pentingnya dari waktu ke waktu, seperti juga umur dan jenis kelamin. Banyak faktor mempengaruhi tingkat mortalitas suatu populasi.

**Gambar
7.5.**

***Tingkat Mortalitas Nasional Afrika Selatan
ASSA2000 (Laki-laki dan Perempuan Tahun 2002)***

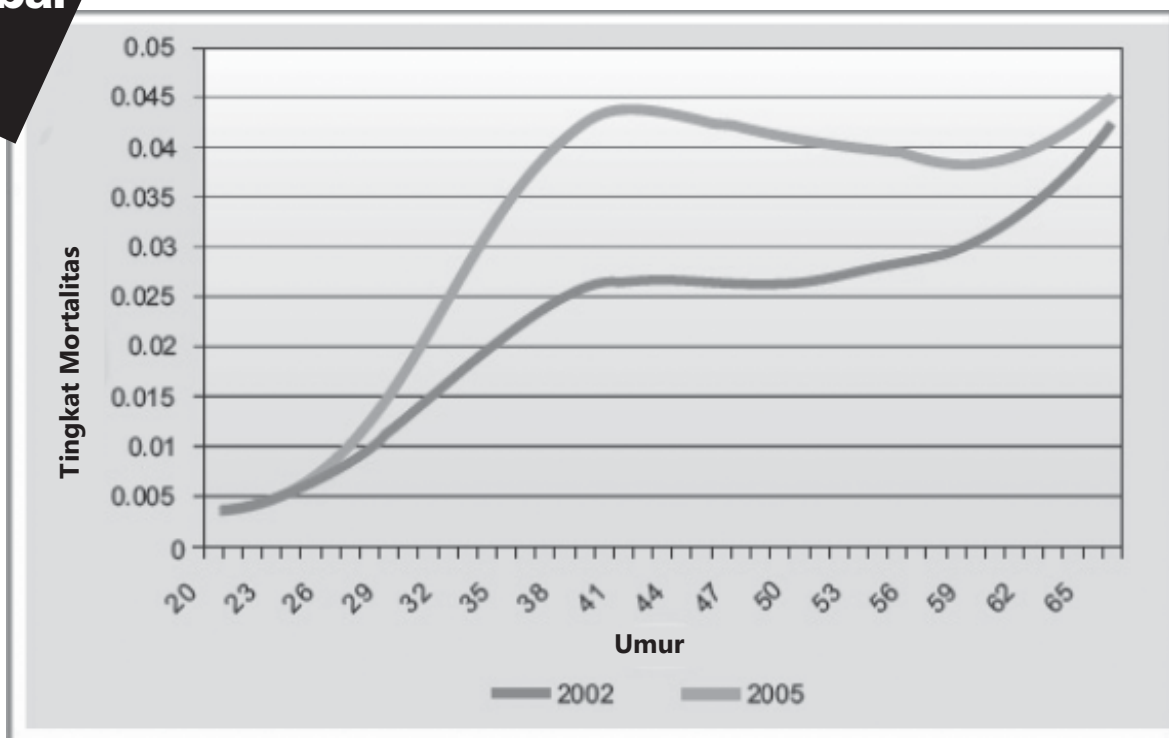


Penetapan Tarif Individual dengan Menggunakan Tabel Mortalitas

Dalam rangka pengembangan sistem premi risiko yang tepat untuk sebuah produk asuransi jiwa yang baru, langkah pertama yang perlu dilakukan adalah menghitung manfaat yang diasuransikan untuk setiap umur dan jenis kelamin yang ada di dalam portofolio. Latihan ini lebih mudah dilakukan untuk produk asuransi wajib seperti **PenghapusanKredit** karena dapat diterapkan untuk semua klien; untuk produk asuransi sukarela, LKM harus mengembangkan sejumlah asumsi tentang karakteristik klien yang akan membeli produk tersebut – apakah mereka representatif untuk klien secara keseluruhan ataukah lebih spesifik dan lebih beresiko?

**Gambar
7.6.**

***Tingkat Mortalitas Nasional Afrika Selatan ASSA
2000 (Laki-laki 2002 & 2005)***



Manfaat yang diasuransikan – saldo (*plus* bunga) pinjaman untuk **Penghapusan Kredit** dan jumlah seluruh polis untuk **Manfaat Tambahan** – kemudian dikalikan dengan probabilitas klaim, dalam hal ini tarif yang dapat diterapkan dari sebuah tabel mortalitas yang tepat (mengingat bahwa kebanyakan tarif mortalitas merupakan tarif berbasis tahunan). Tarif-tarif tersebut kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan jumlah keseluruhan klaim yang diharapkan.

Penyebut untuk tarif premi ditentukan pada langkah berikutnya, untuk setiap umur dan jenis kelamin dalam portofolio. Angka yang diperoleh dijumlahkan sehingga menghasilkan angka total penyebut. Akhirnya, untuk mendapatkan tarif risiko untuk keseluruhan portofolio, seluruh klaim yang diperkirakan akan muncul dibagi dengan penyebut. Penyesuaian-penyesuaian yang biasanya harus dilakukan kemudian dilakukan, untuk cadangan darurat, perbedaan-perbedaan dalam jangka waktu tarif (mungkin dari semula berdasarkan tarif mortalitas tahunan menjadi berdasarkan jangka waktu pinjaman) dan biaya-biaya serta pengurangan-pengurangan lainnya.

Penetapan tarif individual yang akurat dengan menggunakan tabel mortalitas memerlukan data individual per anggota, minimal umur (tanggal, bulan, tahun kelahiran), jenis kelamin, pinjaman awal yang dicairkan, santunan yang diasuransikan (untuk **Manfaat Tambahan, Asuransi Jiwa Tambahan** dan **Asuransi Lanjutan**), saldo pinjaman pada saat penetapan harga dan kalau bisa syarat pinjaman awal serta tanggal dimulainya pinjaman. Metode ini dianggap lebih fleksibel dan tepat, namun membutuhkan data dan system yang ekstensif.

Penetapan Tarif Kelompok dengan Menggunakan Tabel Mortalitas

Tabel mortalitas dapat juga digunakan secara lebih sederhana untuk memperoleh perkiraan kasar tentang agregat probabilitas klaim. Jika data tentang umur anggota perorangan tidak tersedia, maka model berdasarkan distribusi usia dapat juga digunakan untuk tarif mortalitas berdasarkan umur. Probabilitas

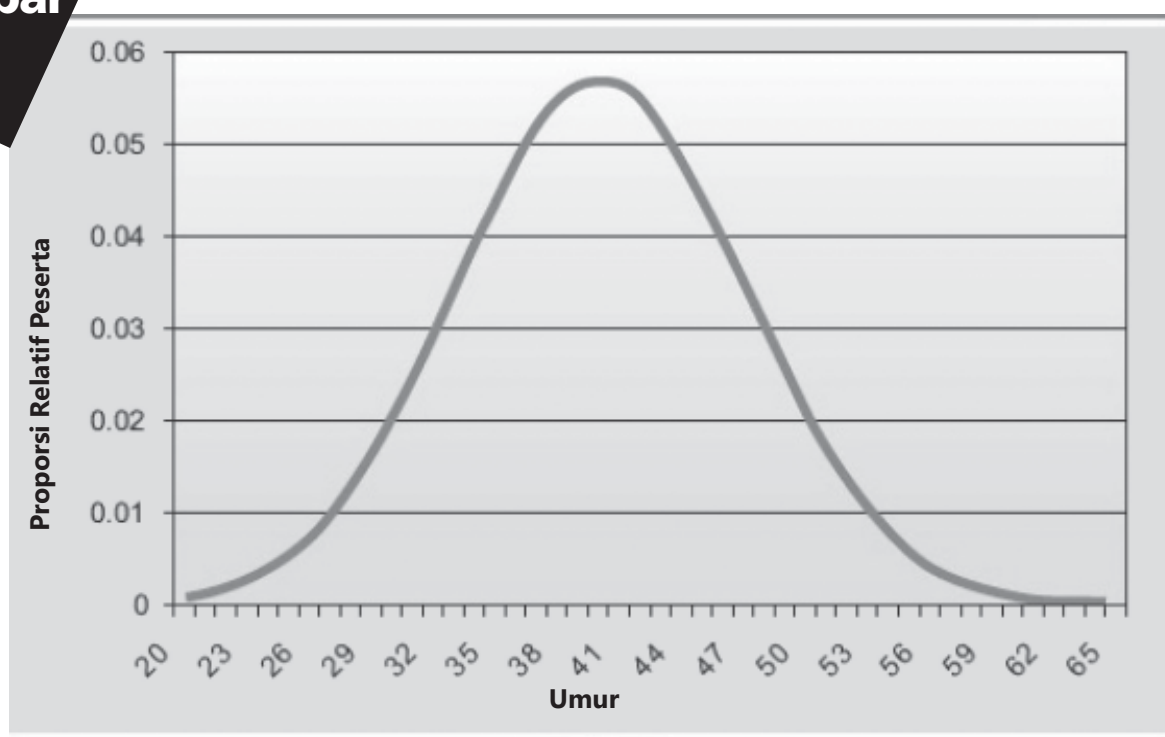
fungsi dari distribusi normal statistik kadang-kadang digunakan untuk asuransi jiwa kelompok.³⁰ Proporsi relatif populasi pada setiap umur diberikan dengan fungsi probabilitas kepadatan pada usia yang dipersyaratkan dari suatu distribusi normal untuk *mean* 40 dan standar deviasi 7. Distribusi normal dimasukkan ke dalam kebanyakan paket *spreadsheet*, atau dapat diperoleh dari bahan-bahan rujukan statistik.³¹

Premi risiko adalah probabilitas klaim dikalikan dengan jumlah santunan. Untuk mendapatkan agregat probabilitas klaim, maka tingkat mortalitas umur individual dibobot dengan santunan yang diasuransikan pada masing-masing umur. Jika santunan merupakan angka tetap, maka total santunan yang diasuransikan pada setiap umur adalah proporsi terhadap jumlah anggota pada umur tersebut, dan inilah pembobotan yang digunakan. Jika santunan beragam berdasarkan umur — misalnya jika klien lebih tua mendapatkan pinjaman yang lebih besar dan karena itu santunan **Kredit Asuransi Jiwa** yang lebih besar pula — maka pembobotannya harus pula disesuaikan.

Oleh karena bobot hanya bersifat relatif untuk tarif mortalitas, maka nilai absolut dari bobot tidaklah penting. Pada contoh berikut, tingkat kematian laki-laki pada program Afrika Selatan 2002 dibobot berdasarkan distribusi normal sebagaimana diuraikan di atas.

**Gambar
7.7.**

Populasi Normal: Mean 40, Standar Deviasi 7



30 Asuransi jiwa kelompok adalah santunan yang sering diciptakan oleh para majikan untuk para pekerja mereka dan diasuransikan pada perusahaan asuransi komersial.

31 Pada Microsoft Excel, gunakan fungsi NORMDIST (x, mean, standar deviasi, 0), dimana x adalah umur yang dikehendaki, mean dan standar deviasi adalah 40 dan 7 dalam contoh ini, dan angka 0 yang terakhir menunjukkan bahwa fungsi tersebut harus mengembalikan fungsi kepadatan probabilitas, bukan fungsi distribusi kumulatif.

Jumlah keseluruhan hasil pembobotan adalah 0,9982. Jumlah keseluruhan dari tingkat mortalitas dikalikan pembobot adalah 0,0235. Membagi 0,0235 dengan 0,9982 menghasilkan 0,02355, yang merupakan rata-rata tertimbang tingkat mortalitas tahunan yang berlaku untuk kelompok tersebut. Untuk kelompok klien dengan mortalitas yang serupa dengan laki-laki pada populasi Afrika Selatan tahun 2002, ini bisa dikalikan dengan santunan rata-rata, disesuaikan dengan persyaratan dan dibebani biaya untuk menghasilkan total perkiraan premi.

Untuk memberi gambaran tentang metode penetapan harga kelompok ini, ambil contoh sebuah skema dengan rata-rata saldo pinjaman sebesar US\$180 (termasuk bunga yang telah lewat), rata-rata pinjaman yang dicairkan, rata-rata jangka waktu pinjaman 4 bulan, keanggotaan yang semuanya laki-laki dengan profil mortalitas yang mirip dengan yang terdapat pada Tabel 7.6, dan distribusi umur anggota yang mendekati normal pada *mean* 40 dan standar deviasi 7 antara umur 20 dan 65 tahun. Probabilitas klaim dalam satu siklus pinjaman 4 bulan adalah $4/12$ dikalikan dengan probabilitas klaim dalam satu tahun, yang berarti $0,02355 \times 4/12 = 0,007850$.

Perkiraan klaim yang akan diajukan untuk rata-rata polis **Asuransi Penghapusan Kredit** dalam satu siklus adalah US\$180 dikalikan 0,007850 = US\$ 1.413 per polis per siklus pinjaman. Membagi angka tersebut dengan rata-rata pinjaman yang dicairkan sebesar US\$320 menghasilkan tarif premi risiko sebesar 0.4416 sen per dollar atau 0,4416%. Apabila akurasi atau aplikabilitas tabel tersebut kurang bisa dipercaya, maka tarif dapat diberi beban tambahan berupa cadangan darurat, katakanlah 50% dari jumlah tersebut, untuk mendapatkan tarif risiko sebesar $0,4416 \times (1+50\%) = 0,6623\%$.

LKM yang bersangkutan memerlukan 33% dari premi akhir untuk biaya-biaya dan pengurangan-pengurangan yang menjadikan tarif premi akhir sebagai berikut: $0,6623 \div (1 - 0,33) = 0,9886\%$ atau kira-kira 1% dari pinjaman yang dicairkan. Dengan demikian premi untuk pinjaman sebesar US\$500 adalah $500 \times 1\% = \text{US\$}5$.

Tabel 7.6 Perkiraan Premi Risiko untuk Penetapan Tarif Kelompok (dari ASSA2000)

Umur pada Ultah Terakhir	Laki-laki 2002	Populasi Normal N(40,7)	Premi Risiko	Umur pada Ultah Terakhir	Laki-laki 2002	Populasi Normal N(40,7)	Premi Risiko
20	0,0035	0,0010	0,0000	44	0,0265	0,0484	0,0013
21	0,0039	0,0014	0,0000	45	0,0264	0,0442	0,0012
22	0,0044	0,0021	0,0000	46	0,0263	0,0395	0,0010
23	0,0049	0,0030	0,0000	47	0,0263	0,0346	0,0009
24	0,0056	0,0042	0,0000	48	0,0263	0,0297	0,0008
25	0,0065	0,0057	0,0000	49	0,0265	0,0249	0,0007
26	0,0076	0,0077	0,0001	50	0,0268	0,0205	0,0005
27	0,0089	0,0102	0,0001	51	0,0272	0,0166	0,0005
28	0,0104	0,0131	0,0001	52	0,0276	0,0131	0,0004
29	0,0119	0,0166	0,0002	53	0,0279	0,0102	0,0003
30	0,0136	0,0205	0,0003	54	0,0283	0,0077	0,0002
31	0,0153	0,0249	0,0004	55	0,0286	0,0057	0,0002
32	0,0170	0,0297	0,0005	56	0,0291	0,0042	0,0001
33	0,0187	0,0346	0,0006	57	0,0297	0,0030	0,0001
34	0,0204	0,0395	0,0008	58	0,0305	0,0021	0,0001
35	0,0218	0,0442	0,0010	59	0,0315	0,0014	0,0000
36	0,0231	0,0484	0,0011	60	0,0328	0,0010	0,0000
37	0,0243	0,0520	0,0013	65	0,0343	0,0006	0,0000
38	0,0254	0,0547	0,0014	62	0,0360	0,0004	0,0000
39	0,0261	0,0564	0,0015	63	0,0379	0,0003	0,0000
40	0,0265	0,0570	0,0015	64	0,0401	0,0002	0,0000
41	0,0265	0,0564	0,0015	65	0,0426	0,0001	0,0000
42	0,0265	0,0547	0,0015	Total:	0,9982	0,0235	

Memantau Pengalaman

Setelah penetapan harga awal dilakukan, pengalaman yang muncul harus dipantau, dan tarif disesuaikan berdasarkan pengalaman tersebut dengan menggunakan mekanisme penetapan tarif berdasarkan pengalaman yang digambarkan pada Bagian 7.1 dan 7.2. Jika informasi atau data baru telah tersedia, maka latihan penetapan harga ulang mungkin bermanfaat. Misalnya, tabel mortalitas yang sebelumnya tidak tersedia mungkin dapat dikonstruksi untuk populasi yang sedang dipertimbangkan. Dalam melakukan penetapan tarif ulang, tarif teoritis untuk produk eksisting dinilai dari nol. Namun demikian, untuk skim yang sangat besar dengan pengalaman yang sangat meyakinkan, pengalaman skema itu sendiri akan merupakan sumber data paling bagus untuk penetapan harga.

Konfirmasi dalam Penggunaan Data Statistik Lain

Data statistik agregat untuk berbagai wilayah dapat diperoleh dari banyak sumber, khususnya dari internet. Meskipun tidak berguna untuk penetapan harga produk, data-data tersebut dapat dimanfaatkan untuk mengecek sejauh mana penetapan harga asuransi masuk akal.³²

Misalnya, bila perkiraan tarif premi risiko untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** ditetapkan 1,2% untuk pinjaman berjangka waktu 6 bulan di Burkina Faso, atau sama dengan 2,4% per tahun. Diandaikan bahwa, secara rata-rata, *outstanding* pinjaman plus bunga yang telah lewat adalah dua pertiga dari pinjaman yang dicairkan.

Premi risiko untuk **Asuransi Penghapusan Kredit** adalah probabilitas dari suatu klaim dikalikan dengan jumlah santunan (sisa *outstanding* plus bunga) dibagi dengan jumlah pinjaman yang dicairkan. Probabilitas klaim (tingkat mortalitas) dengan demikian dapat diperkirakan dengan mengalikan tarif premi risiko dengan pinjaman yang dicairkan dan membaginya dengan jumlah santunan (diperkirakan 67% dari rata-rata pinjaman yang dicairkan), dan karena itu diperkirakan dengan $2,4\% \div 67\% = 3,58\%$. Hasil tersebut merupakan perkiraan probabilitas kematian per tahun dalam portofolio.

Berdasarkan hasil studi penyebaran penyakit yang dirilis UNAIDS untuk Burkina Faso, tingkat mortalitas rata-rata di Burkina Faso pada tahun 1999 untuk seluruh populasi adalah 18 kematian per 1000, atau 1,8%. Mortalitas yang dikemukakan secara implisit dalam tarif premi (3,58%) mencapai kurang lebih dua kali lipat dari tingkat mortalitas nasional, yang mengindikasikan bahwa tarif premi tinggi. Lebih-lebih lagi karena di dalam tarif agregat secara nasional tercakup pula kematian bayi dan orang berusia lanjut, dan kelompok-kelompok tersebut berdasarkan pengalaman mempunyai tingkat mortalitas yang lebih tinggi daripada kelompok umur lainnya dari populasi. Disamping itu, LKM mungkin mengalami efek seleksi positif karena klien-klien pada umumnya aktif secara ekonomi dan secara demikian pada umumnya sehat-sehat.

Tarif tersebut tampak konservatif. Namun demikian, mungkin masih bisa diberlakukan jika skemanya kecil dan bisa disesuaikan dengan perkembangan keadaan apabila anggota-anggotanya rawan terhadap risiko lain seperti banjir atau penyakit, sistem seleksi terbalik yang parah, atau apabila pengalaman klaim yang kredibel telah terbukti sesuai dengan tarif yang lebih tinggi tersebut. Namun demikian, untuk skema besar dengan pengalaman klaim yang dapat ditoleransi dan tidak tertumbuk pada risiko-risiko khusus, tarifnya nampaknya tinggi. Pengecekan umum ini dengan demikian perlu dianggap hanya sebagai pedoman. Ketidaksesuaian perlu diteliti dan dijelaskan apabila memungkinkan, sebelum penetapan harga diubah.

ISTILAH DAN KONSEP KUNCI

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| ✓ Penetapan harga aktuarial | ✓ Memantau pengalaman |
| ✓ Konfirmasi harga | ✓ Tabel mortalitas |
| ✓ Tarif cadangan darurat | ✓ Tabel morbiditas |
| ✓ Penetapan harga kelompok | ✓ Tingkat mortalitas |
| ✓ Penetapan harga perorangan | ✓ Distribusi normal |

32 Satu sumber dari statistik mortalitas, yang mencakup informasi yang terus diperbarui secara rutin tentang AIDS untuk berbagai negara, disajikan secara on-line oleh UNAIDS pada http://www.unaids.org/hiv/aidsinfo/statistics/june00/fact_sheets/index.html. Sumber-sumber informasi lainnya antara lain Laporan Perkembangan Manusia UNDP, yang berisi statistik mortalitas agregat nasional, lembaga-lembaga pemerintahan, badan-badan PBB atau lembaga-lembaga serta lembaga-lembaga pendidikan internasional lainnya.

7.4. Penetapan Harga untuk Manfaat Asuransi Lainnya

Penghapusan Kredit karena Cacat

Kejadian yang dapat diasuransikan untuk **Asuransi Penghapusan Kredit karena Cacat** mencakup kehilangan bagian tubuh tertentu dan jenis-jenis kelumpuhan serta kebutaan tertentu. Semua prinsip penetapan harga yang sama untuk **Penghapusan Kredit karena Kematian** berlaku juga untuk **Penghapusan Kredit karena Cacat**. Namun demikian, tabel probabilitas yang menunjukkan kemungkinan terjadinya cacat lebih sulit didapatkan daripada tarif mortalitas. Sumber-sumber data yang dapat ditemukan mencakup rumah sakit atau klinik lokal, tetapi bahkan sumber-sumber itu pun mungkin tidak membantu.

Pendekatan yang paling baik mungkin dengan memulai memantau portofolio pinjaman untuk kejadian cacat sebelum memperkenalkan produk asuransi. Begitu pemikiran tentang frekuensi kejadian tersebut ditetapkan, dalam hal ini telah dilakukan perkiraan pertama tentang probabilitas klaim, maka teknik-teknik tersebut di atas dapat diaplikasikan.

Sebagaimana biasanya, pada waktu memperkenalkan produk asuransi baru, paling baik untuk menetapkan harga secara konservatif dan menawarkan produknya ke pasar terbatas melalui suatu ujicoba. Jika muncul pengalaman positif, premi dapat diturunkan, yang dapat menghasilkan sejumlah keuntungan pemasaran. Patokan dasar adalah LKM dilindungi dengan penetapan harga yang tinggi daripada jika harga ditetapkan rendah.

Asuransi Lanjutan

Dengan polis **Asuransi Lanjutan**, maka **Manfaat Tambahan** untuk klien dapat diteruskan setelah jangka waktu pinjaman pertama. Pilihan tersebut diambil dengan syarat polis asuransi jiwa berjangka dapat dilaksanakan hanya pada akhir pinjaman dan pertanggungannya harus diperbarui setiap bulan. Terjadinya kemandekan dalam pembayaran premi akan mengakibatkan pemutusan pertanggungan setelah tenggang waktu yang pendek.

Asuransi Lanjutan pada umumnya lebih berisiko daripada asuransi yang dikaitkan dengan kredit karena potensinya lebih besar untuk terjadinya salah seleksi. Klien-klien yang sakit atau meninggal mungkin saja berupaya meneruskan pertanggungan tanpa harus khawatir akan pembayaran kembali pinjaman. Oleh karena itu, penting sekali bahwa syarat-syarat pertanggungan dan batasan-batasan yang digambarkan pada Bab 3 benar-benar diterapkan.

Polis **Asuransi Lanjutan** dapat menggunakan tarif premi risiko yang sama dengan **Manfaat Tambahan**. Jika tidak ada fakta yang sangat berbeda dalam tarif klaim di antara keduanya, maka kedua produk tersebut dapat digolongkan sebagai satu kelompok untuk keperluan penetapan tarif premi risiko berdasarkan pengalaman. Namun demikian, pengalaman-pengalaman yang muncul di antara keduanya harus dipantau secara terpisah untuk memastikan bahwa menggabungkan keduanya dapat dipertanggungjawabkan. Jika tarif klaim pada **Asuransi Lanjutan** jauh lebih tinggi daripada pada **Manfaat Tambahan**, maka mungkin keduanya perlu dibuatkan tarif secara terpisah. Pilihan lain, premi untuk **Manfaat Tambahan** dapat dinaikkan sejumlah tertentu untuk menutupi risiko salah seleksi pada **Asuransi Lanjutan**.

Perlu juga melakukan penyesuaian untuk jangka waktu yang dicakup. Tarif premi untuk **Manfaat Tambahan** diperoleh untuk rata-rata jangka waktu pinjaman. Tarif premi untuk polis **Asuransi Lanjutan**

kemungkinannya lebih besar untuk ditetapkan secara bulanan, yang dapat ditetapkan secara prorata dari jangka waktu pinjaman. Selain itu, biaya-biaya administrasi mungkin perlu lebih tinggi untuk membayar penarikan premi bulanan. Kotak 7.3 memberikan contoh tentang penyesuaian-penyesuaian yang diperlukan untuk menetapkan harga polis **Manfaat Tambahan** dan **Asuransi Lanjutan**.

Asuransi Jiwa Tambahan

Dari lima produk yang dipaparkan pada manual ini, penetapan harga untuk **Asuransi Jiwa Tambahan** mungkin mempunyai peluang paling besar untuk terjadinya kekeliruan karena LKM penjamin mempunyai kemampuan yang terbatas untuk menyaring atau memilih secara langsung orang-orang yang dicakup di dalam polis ini. Bagian ini menguraikan hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman menetapkan tarif dan penetapan harga awal untuk **Asuransi Jiwa Tambahan**.

Kotak 7.3.

Latihan Penetapan Harga untuk Manfaat Tambahan dan Asuransi Lanjutan

Sebuah LKM menawarkan **Manfaat Tambahan** sebesar US\$500 sebagai tambahan untuk polis **Penghapusan Kredit karena Kematian**. Periode siklus pinjaman adalah enam bulan, dan probabilitas kematian didasarkan pada beberapa tahun pengalaman.

Santunan yang diasuransikan: US\$500

Probabilitas kematian dalam jangka waktu enam bulan: 0,7%

Premi risiko: $= 500 \times 0,7\% = 3,50$

Biaya-biaya diperhitungkan sebesar 30% dari total premi, sehingga menghasilkan:

Premi yang dikenakan: $3,5 \div (1-30\%) = \text{US\$}5.00$

LKM ingin menawarkan **Asuransi Lanjutan** dengan premi bulanan.

Berapa besar premi yang perlu dikenakan untuk **Manfaat Tambahan** dasar ketika skema **Asuransi Lanjutan** diperkenalkan? Berapa besar premi bulanan yang perlu dikenakan untuk **Asuransi Lanjutan**? Diperkirakan bahwa perhitungan biaya perlu dilipatduakan untuk **Asuransi Lanjutan**.

Premi risiko saat ini untuk cakupan enam bulan adalah 3.50. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya pilihan yang tidak tepat, risiko premi untuk **Santunan Tambahan** dinaikkan sebesar 10% sehingga menjadi $3,50 \times (1+10\%) = 3,85$.

Dengan menambahkan kemungkinan biaya sebesar 30% untuk **Santunan Tambahan**, maka diperoleh total premi sebesar $3,85 \div (1-30\%) = \text{US\$}5.50$.

Risiko premi untuk cakupan satu bulan menjadi $3,85 \div 6 = 0,3208$.

Untuk **Santunan Lanjutan**, biaya dilipatduakan dari 30% menjadi 60%, sehingga premi bulanan yang dapat dikenakan menjadi $0,3208 \div (1-60\%) = \text{US\$}0.802$.

Penetapan Tarif Berdasarkan Pengalaman untuk Asuransi Jiwa Tambahan

Metode penetapan tarif berdasarkan pengalaman yang diuraikan di atas juga berlaku untuk **Asuransi Jiwa Tambahan**. Perbedaannya hanya terletak pada tabulasi portofolio. Tidak mungkin bahwa informasi rinci mengenai umur dan jenis kelamin dari skim ini dapat diperoleh, sehingga dibutuhkan metode penetapan harga secara agregat. Agar dapat dicakup dalam asuransi jiwa ini, klien perlu memiliki polis **Santunan Tambahan**, yang merupakan santunan asuransi utama. Santunan kematian untuk santunan tambahan adalah 50% dari santunan pokok yang diasuransikan untuk satu orang dewasa dan 25% dari santunan pokok yang diasuransikan untuk empat anggota keluarga usia sekolah.

Disarankan agar tarif premi yang sama dikenakan tanpa melihat pada jumlah jiwa yang diajukan untuk dicakup oleh pemegang polis. Penetapan harga dalam hal ini mengandaikan bahwa masing-masing pemegang polis akan memberikan asuransi tambahan yang dimungkinkan. Anggapan tersebut konsisten dengan pengalaman dari LKM tertentu yang telah melaksanakan asuransi jiwa tersebut, dimana peminatnya sangat banyak. Seandainya cara penetapan harga ini menjadi berlebihan, maka penetapan harga berdasarkan pengalaman akan menerapkan sistem pengurangan dari waktu ke waktu.

Penetapan tarif berdasarkan pengalaman dari suatu produk eksisting dilakukan sebagaimana dijelaskan di atas untuk **Santunan Tambahan**, dengan sedikit modifikasi:

- Penyebut yang paling cocok untuk tarif premi adalah santunan pokok yang diasuransikan. Tarif premi dinyatakan sebagai persentase terhadap santunan pokok yang diasuransikan meskipun santunan yang aktual yang dapat dibayarkan pada kejadian kematian pada asuransi tambahan adalah persentase tertentu dari jumlah ini.
- Santunan yang diasuransikan untuk pembilang (*numerator*) adalah jumlah santunan-santunan kematian yang senyatanya dapat dibayarkan untuk berbagai asuransi jiwa. Jumlah tersebut mencakup 150% dari santunan pokok yang diasuransikan (50% untuk orang dewasa ditambah 25% untuk masing-masing dari empat orang anak).
- Klaim yang dibayarkan pada periode tersebut mencerminkan semua klaim yang dibayarkan untuk semua orang yang dicakup dengan polis **Asuransi Jiwa Tambahan**, dewasa ataupun masih anak-anak.
- Jumlah polis mencerminkan jumlah polis pada awal dan akhir periode, bukan jumlah jiwa yang dicakup, karena setiap polis memiliki lima jiwa.
- Faktor kredibilitas (*Z*) hendaknya lebih tinggi karena jumlah tahun-polis yang implisit terkandung dalam pengalaman lebih tinggi. Meskipun penetapan harga mengandaikan bahwa setiap polis memiliki maksimal lima jiwa tambahan, demi kredibilitas lebih baik tidak memberikan bobot yang terlalu tinggi pada pengalaman. Lagi pula, kelas-kelas yang berbeda dari jiwa yang diasuransikan dalam kelompok khusus ini meningkatkan keragaman pengalaman klaim, dan dengan demikian teori kredibilitas memerlukan jumlah tahun-polis yang lebih besar untuk mencapai tingkat kepercayaan penuh. Sebuah metode yang praktis (dan sedikit sewenang-wenang) yang dapat diterapkan di sini adalah mengganti jumlah tahun-hidup dari pengalaman menjadi tahun-polis pengalaman.

Tarif premi berisi kemungkinan bahwa semua orang yang dicakup dalam polis **Asuransi Jiwa Tambahan** meninggal. Kelompok ini sangat beragam dengan tingkat mortalitas yang berbeda-beda, sehingga metode yang digunakan adalah metode perkiraan paling mendekati (*approximate*). Mungkin lebih akurat jika dilakukan analisis yang menempatkan orang dewasa terpisah dari anak-anak.

Penetapan Harga berdasarkan Pengalaman untuk Asuransi Jiwa Tambahan

Jika masing-masing dari jasuransi tambahan memiliki probabilitas yang sama untuk mengajukan klaim sebagai asuransi pokok, maka perkiraan awal mengenai tarif premi untuk asuransi tersebut akan mencapai 150% dari premi untuk santunan pokok yang diasuransikan. Perkiraan awal mungkin konservatif, karena jumlah jiwa tambahan adalah anak-anak, dan anak-anak (bukan bayi) umumnya mengalami tingkat mortalitas yang jauh lebih rendah daripada orang dewasa. Namun demikian, sangat sedikit pengendalian atas jiwa yang diakui, dan sangat sedikit pengetahuan tentang profil risiko mereka. Orang dewasa boleh jadi adalah orang tua yang sudah berumur; anak-anak mungkin adalah bayi dengan mortalitas yang tinggi.

Apabila lebih sedikit jiwa tambahan yang mendaftar daripada maksimum yang dimungkinkan, maka premi akan menjadi terlalu tinggi (*overstated*). Pengalaman klaim secara teoritis seharusnya lebih memungkinkan daripada sekadar standar untuk ditetapkan sebagai basis premi, dan penetapan tarif berdasarkan pengalaman akan menghasilkan pengurangan dalam tarif premi dari waktu ke waktu, jika hal ini dianggap sesuai. Pengalaman akan santunan ini harus secara seksama dipantau mengingat besarnya peluang terjadinya salah seleksi.

7.5 Kesimpulan

Semua pengalaman klaim berupaya membuat perkiraan atas probabilitas klaim. Probabilitas sulit untuk ditentukan secara tepat karena berbeda-beda antarindividu, dan karena hanya probabilitas, maka tidak akan pernah bisa diukur secara langsung. Premi mencakup tiga komponen utama: a) probabilitas klaim, b) santunan yang dapat dibayarkan pada saat klaim, dan c) penyebut yang mengkonversikan premi menjadi tarif. Unsur-unsur tersebut dapat diidentifikasi dan diperkirakan secara individual, atau secara kelompok dalam bentuk agregat. Metode penetapan harga secara agregat disarankan untuk LKM karena metode individual memerlukan keahlian teknis, sumberdaya yang memadai untuk penghitungan dan input data yang substansial. Produk yang ditawarkan oleh LKM pada umumnya dapat diterima untuk metode penetapan harga secara agregat karena syarat-syarat asuransi tidak berlaku secara tetap (*fixed*) untuk setiap periode yang signifikan.

Penetapan tarif berdasarkan pengalaman menuntut dilakukannya penyesuaian dalam tarif premi eksisting, baik yang teoritis maupun yang sebelumnya sejalan dengan pengalaman klaim aktual. Pembobotan yang diberikan pada pengalaman aktual klaim terantung pada kredibilitas statistiknya. Diperlukan kecermatan yang besar untuk memastikan bahwa pengalaman yang lampau dapat digunakan untuk periode ke depan untuk premi-premi yang akan diberlakukan. Ini mencakup analisis atas kecenderungan yang sedang berlangsung dan perubahan-perubahan yang hanya sekali terjadi dalam faktor-faktor yang mempengaruhi tarif klaim.

Latihan-latihan awal dalam penetapan harga untuk produk-produk baru akan menggunakan data apa pun yang relevan yang dimiliki LKM pada saat ini dan juga informasi, data, dan pertimbangan-pertimbangan dari berbagai sumber lainnya termasuk pesaing, lembaga-lembaga pemerintah dan asosiasi-asosiasi bisnis asuransi.

Metode-metode yang disajikan dalam bab ini lebih bersifat sebagai pedoman umum, dan bukan merupakan jawaban definitif atas permasalahan penetapan harga. Penilaian subyektif mengenai situasi sering dituntut dan pengalaman asuransi diperlukan agar berhasil dalam mengelola portofolio risiko.

Berhubung rumitnya masalah penetapan harga suatu risiko, maka kerjasama dengan sebuah perusahaan asuransi komersial perlu dilakukan. Begitu juga konsultasi dengan ahli asuransi atau ahli-ahli lainnya

dalam bidang risiko sangat disarankan, khususnya ketika mengembangkan produk-produk baru. Mengingat banyaknya risiko dan ketidakpastian yang dihadapi, maka filosofi kehati-hatian harus menjadi fondasi dari semua latihan penetapan harga.

Daftar Istilah

Agen	Perwakilan perusahaan asuransi yang menjual dan melayani kontrak asuransi untuk penyedia layanan asuransi, dan menjadi perantara antara penyedia layanan asuransi dan pemegang polis.
Akad	Kontrak atau perjanjian asuransi. Lihat kontrak dan polis.
Aktuaris	Seseorang yang pekerjaannya menghitung premi, cadangan dan deviden asuransi.
Analisis proyeksi terhadap aktual	Sistem pengawasan yang penting untuk membandingkan secara teratur kinerja aktual LKM dengan kinerja yang diharapkan.
Analisis tren	Sebuah metode untuk mengevaluasi kinerja organisasi sepanjang waktu untuk mengetahui apakah indikator-indikator kuncinya seperti aspek keuntungan dan rasio klaim membaik atau memburuk. Dalam menganalisis tren, perhatian yang teliti perlu diberikan pada fluktuasi musiman.
Asuransi	Sebuah sistem di mana orang-orang, bisnis, dan entitas lain, sebagai imbalan dari sejumlah pembayaran (premi), mendapat jaminan kompensasi atas kerugian yang ditimbulkan oleh bahaya-bahaya tertentu di bawah persyaratan-persyaratan tertentu.
Asuransi jiwa	Perlindungan yang memberikan pembayaran dalam jumlah tertentu atas kematian pihak yang dijamin, baik kepada pihak keluarga yang ditinggalkan ataupun kepada penerima manfaat yang ditunjuk; atau dalam kasus polis sumbangan, pada pemilik polis pada tanggal yang telah ditentukan.
Asuransi kesehatan	Asuransi yang memberikan perlindungan dari sakit, kecelakaan dan resiko kesehatan lainnya.
Asuransi portofolio	Asuransi yang memungkinkan LKM untuk mengelola resiko kematian dari nasabahnya dengan membeli sebuah polis asuransi yang akan membayar kembali LKM dalam persentase tertentu dari saldo yang tersisa jika peminjam meninggal dunia.
Asuransi properti	Asuransi yang memberikan perlindungan keuangan atas kehilangan atau kerusakan dari properti yang dimiliki pihak yang dijamin; yang disebabkan oleh bahaya-bahaya tertentu seperti kebakaran, angin ribut, hujan batu, dll.
Asuransi penghapusan pinjaman karena kematian (<i>Credit Life</i>)	Perlindungan asuransi yang akan melunasi saldo pinjaman yang tersisa jika peminjamnya meninggal dunia.
Asuransi penghapusan pinjaman karena Kecacatan (<i>Disability</i>)	Perlindungan asuransi yang akan melunasi saldo pinjaman yang tersisa jika peminjamnya mengalami cacat permanen

Asuransi wajib	Asuransi yang wajib untuk dimiliki, baik karena perintah pemerintah (misalnya asuransi mobil tanggung jawab pihak ketiga) atau sebagai prasyarat untuk mengakses pelayanan yang lain (misalnya asuransi penghapusan pinjaman karena kematian yang diwajibkan sebagai prasyarat saat seorang mengajukan pinjaman). Perlindungan wajib dapat mengontrol seleksi terbalik dan mengurangi secara signifikan biaya administrasi.
Asuransi sukarela	Asuransi yang memungkinkan nasabah untuk memilih jenis asuransi yang mereka inginkan, maupun jumlah dan jangka waktunya. Asuransi ini berlawanan dengan jenis asuransi wajib.
Bahaya moral (<i>moral hazard</i>)	Sebuah resiko yang terjadi saat perlindungan asuransi memberikan insentif pada individu untuk menyebabkan terjadinya peristiwa yang diasuransikan; atau sebuah perilaku yang meningkatkan kemungkinan terjadinya peristiwa yang dijamin, misalnya merokok dalam kasus asuransi kesehatan atau asuransi jiwa.
Biaya akuisisi/ perolehan	Biaya yang timbul untuk mendapatkan nasabah, mencakup gaji tenaga penjualan, pemasaran dan biaya iklan, serta pengeluaran lain yang muncul sebelum calon nasabah membeli sebuah polis.
Bukti kerugian	Dokumentasi yang diserahkan kepada perusahaan asuransi oleh pihak yang dijamin untuk mendukung klaim sehingga pihak penyedia layanan asuransi dapat menentukan tanggung jawabnya dalam polis.
Cadangan	Sebuah penampungan dana yang disimpan oleh penyedia layanan asuransi yang disediakan untuk komitmen di masa depan terhadap polis yang masih berlaku.
Cakupan perlindungan	Jumlah dan/atau jenis perlindungan yang diberikan oleh sebuah kontrak asuransi.
<i>Cede</i>	Penyerahan seluruh atau sebagian resiko yang dimiliki penyedia layanan asuransi kepada penjamin ulang.
Eligibilitas	Kriteria yang menunjukkan bahwa seseorang dapat memiliki sebuah polis asuransi; ditujukan untuk mengontrol seleksi terbalik (misalnya, ketentuan pembatasan usia yang menghalangi orang-orang dengan usia di bawah atau di atas batasan usia tertentu untuk dapat mengakses/ memiliki asuransi).
Faktor kredibilitas	Sebuah ukuran statistik mengenai derajat yang mana hasil di masa lalu menjadi alat peramal yang baik untuk hasil di masa depan. Ditunjukkan sebagai Z , faktor ini digunakan untuk menghitung kredibilitas premi resiko. Untuk asuransi jiwa yang disediakan LKM, faktor kredibilitasnya setara dengan akar kuadrat dari N dibagi 25000, di mana N adalah jumlah pengalaman polis dalam tahun.
Harta (properti)	Aset atau modal yang dimiliki seseorang yang ditinggalkan saat ia meninggal.
Hukum angka-angka besar	Konsep yang menyatakan bahwa semakin besar jumlah kejadian maka semakin mungkin hasil aktual mendekati kemungkinan yang diperkirakan dari kejadian yang tidak terhingga jumlahnya.
Independensi/ kemandirian	Terjadinya sebuah kejadian yang diasuransikan harus bebas secara statistik antarindividu. Dengan kata lain, peluang terjadinya sebuah peristiwa kepada seorang individu tidak dipengaruhi oleh fakta bahwa peristiwa tersebut telah terjadi pada pihak lain.

Jangka waktu asuransi	Jangka waktu di dalam mana kejadian yang diasuransikan harus terjadi agar klaim dapat dibayar, dapat merupakan jangka waktu tetap (setahun, 5 tahun) atau seumur hidup.
Jangka waktu yang dapat diperbaharui	Jangka waktu pada asuransi berjangka yang dapat diperbarui pada akhir periode, sebagai pilihan bagi pemegang polis dan tanpa bukti kemampuan untuk dapat diasuransikan, untuk sejumlah jangka waktu terbatas yang berturutan.
Jumlah Pengurang/(<i>Deductible</i>)	Dikenal juga dengan nama excess, suatu jumlah tertentu yang setuju dibayar oleh pemilik polis, per klaim atau per kecelakaan, terhadap jumlah total kerugian peristiwa yang diasuransikan. Penyedia layanan asuransi menggunakan mekanisme ini untuk berbagi resiko dengan pemilik polis dan mengurangi bahaya moral.
Jumlah pertanggungan	Lihat total manfaat pertanggungan.
Kecurangan (<i>Fraud</i>)	Sebuah aktivitas menutupi kebenaran yang disengaja untuk mendorong pihak lain mengeluarkan sesuatu yang berharga.
Kejadian yang diasuransikan	Kejadian pemicu yang mendorong pengajuan klaim (misalnya, kematian pemilik polis).
Kepentingan yang dapat diasuransikan	Kerugian keuangan yang diderita oleh individu saat peristiwa yang diasuransikan terjadi. Jika pihak yang diasuransikan tidak menderita kerugian keuangan, yakni, tidak memiliki kepentingan yang dapat diasuransikan, maka mereka tidak dapat memperoleh manfaat keuangan.
Kerentanan terhadap penyakit	Kemudahan timbulnya penyakit
Klaim	Sebuah permintaan pembayaran dalam cakupan kontrak asuransi saat kejadian yang diasuransikan terjadi.
Klaim yang diperoleh	Klaim yang dibayarkan selama tahun polis ditambah cadangan klaim di akhir tahun polis, dikurangi cadangan terkait pada awal tahun polis. Perbedaan antara cadangan klaim akhir tahun dan awal tahun disebut peningkatan cadangan; ini ditambahkan ke dalam klaim yang dibayarkan untuk menghasilkan klaim yang diperoleh.
Kondisi yang telah ada	Sebuah kondisi fisik dan/ atau mental yang dimiliki seseorang yang dijamin yang telah ada sebelum keluarnya polis.
Kontrak	Lihat akad dan polis.
Komisi	Bagian dari premi asuransi yang dibayarkan oleh penyedia layanan asuransi kepada agen atas jasanya dalam usaha memperoleh dan melayani kontrak asuransi
Komite penelitian dan pengembangan	Sebuah tim lintas-fungsi, yang meliputi perwakilan dari semua bagian dalam suatu organisasi, bertanggungjawab untuk membentuk dan memandu proses pengembangan produk yang dimiliki oleh organisasi.
Lembar pertanyaan yang sering diajukan (<i>FAQ</i>)	Sebuah daftar pertanyaan yang sering disampaikan; digunakan untuk melatih staf lapangan tentang bagaimana menanggapi pertanyaan konsumen; membantu untuk menstandarkan penyampaian informasi lintas cabang.
Lewat waktu	Akhir atau tidakberlanjutan sebuah polis asuransi dikarenakan nasabah tidak membayar premi.

Manajemen aset dan kewajiban	Penyesuaian jangka waktu sebuah aset LKM terhadap permintaan dana yang diproyeksikan, yakni, untuk memastikan kecukupan likuiditas dalam memenuhi pembayaran pada saat jatuh tempo.
Manfaat atau jumlah manfaat	Jumlah yang dapat dibayarkan oleh penyedia layanan asuransi kepada pihak yang mengajukan klaim atau penerima manfaat saat kejadian yang diasuransikan terjadi. Jumlah manfaat harus sesuai dengan kepentingan yang dapat dijamin. Memberikan perlindungan di atas kepentingan yang dapat dijamin akan menimbulkan resiko kecurangan dan bahaya moral.
Total manfaat pertanggungan	Juga dirujuk sebagai total jumlah pertanggungan, ini adalah jumlah seluruh manfaat individual.
Masa tenggang (<i>grace period</i>)	Sebuah jangka waktu tertentu setelah jatuh tempo pembayaran sebuah premi, di mana pemilik polis masih dapat melakukan pembayaran, dan di mana perlindungan asuransi masih tetap diperoleh.
Menciptakan produk	Proses menentukan fitur-fitur produk, seperti peristiwa yang dijamin, periode menunggu, pengecualian, prasyarat, manfaat dan harga.
Model mitra – agen	Pendekatan yang memiliki paling sedikit resiko bagi LKM yang akan menyediakan asuransi mikro. LKM bertindak sebagai agen asuransi, menjual dan melayani polis. Perusahaan asuransi, atau rekanan, menghasilkan produk asuransi.
Morbiditas	Kemungkinan relatif timbulnya penyakit
Mortalitas	Proporsi kematian dari total populasi.
Nilai tunai (<i>face value</i>)	Jumlah yang harus dibayarkan oleh sebuah polis asuransi jika salah satu dari kejadian yang diasuransikan terjadi (atau polis sumbangan jika polisnya sudah melewati batas waktu).
Opsi/pilihan	Pilihan bentuk kerjasama dengan pihak lain dalam melakukan bisnis asuransi, atau pilihan bagi pemegang polis mengenai masa depan pertanggungsya. Lihat pilihan.
Pelayanan produk	Proses melakukan verifikasi klaim dan menyerahkan permintaan klaim; semua interaksi pasca-penjualan dengan pemegang polis.
Pelimpahan	Penyerahan seluruh/sebagian kegiatan asuransi kepada pihak lain dengan kontrak atau subkontrak. Lihat Pengontrakan pihak luar.
Pembatasan umur	Ketetapan usia minimum dan maksimum. Jika calon berusia di bawah usia minimum atau di atas usia maksimum, maka perusahaan asuransi tidak akan menerima pengajuan atau tidak akan memperbarui polisnya.
Pembayaran-patungan (<i>co-payment</i>)	Digunakan oleh penyedia layanan asuransi untuk berbagi resiko dengan pemilik polis dan mengurangi bahaya moral. Mekanisme ini menciptakan sebuah rumus yang membagi pembayaran kerugian antara penyedia layanan asuransi dan pemilik polis. Misalnya, perjanjian rekanan-pembayaran mungkin mensyaratkan seorang pemilik polis untuk membayar 30 persen dari seluruh total kerugian, sedangkan penyedia layanan asuransi menanggung sisanya.
Pembebanan	Jumlah yang harus ditambahkan ke dalam premi asli untuk pengeluaran, keuntungan, dan margin untuk kontingensi.

Pemegang polis	Seseorang atau entitas yang membayar premi kepada perusahaan asuransi sebagai ganti pertanggungan yang diberikan oleh polis asuransinya.
Pemrosesan klaim	Sistem dan prosedur yang menghubungkan terjadinya peristiwa yang diasuransikan dengan pembayarannya. Sangat penting bagi penyedia layanan asuransi mikro untuk meminimalisir waktu yang dibutuhkan untuk memproses klaim sehingga pembayaran dapat dilakukan secepatnya.
Penarikan kembali	Penarikan kembali komisi yang telah dibayarkan kepada agen oleh penyedia layanan asuransi jika kontrak asuransi dibatalkan.
Penawaran lelang	Sebuah metode yang secara obyektif menganalisis calon rekanan asuransi atau konsultan di mana LKM dapat mengidentifikasi dengan jelas aktivitas atau intervensi apa yang diperlukannya. Kemudian meminta calon yang memenuhi syarat untuk menyampaikan penawaran untuk memenuhi aktivitas tersebut.
Pendidikan nasabah	Karena target pasar tidak memahami bagaimana asuransi bekerja dan mungkin memiliki prasangka buruk terhadap asuransi, pelaksanaan asuransi mikro akan membutuhkan sebuah komponen pelatihan untuk menjelaskan kepada nasabah mengenai bagaimana asuransi bekerja dan bagaimana asuransi dapat menguntungkan mereka.
Penelitian pasar	Teknik-teknik yang digunakan untuk menentukan a) kekuatan dan karakteristik permintaan terhadap asuransi, dan b) informasi mengenai asuransi dan pengganti asuransi yang ada baik dalam pasar formal maupun informal.
Penentuan biaya unit	Sebuah metode untuk mengalokasikan pendapatan dan pengeluaran, termasuk proporsi biaya usaha (overhead), terhadap produk-produk atau jasa yang spesifik untuk menilai aspek keuntungannya. Mungkin mencakup pemisahan biaya untuk tahapan yang berbeda dalam proses implementasi produk untuk mengidentifikasi inefisiensi.
Penetapan tarif/harga berdasarkan pengalaman	Penentuan tarif premi untuk sebuah resiko yang dibuat secara parsial atau secara keseluruhan berdasarkan pengalaman klaim resiko tersebut di masa lalu.
Penetapan tarif	Proses perkiraan biaya yang akan dibutuhkan terdapat dalam penyediaan perlindungan asuransi, ditujukan untuk menentukan tarif premi yang sesuai.
Penerima manfaat	Orang yang menerima manfaat asuransi jika kejadian yang dipertanggungkan terjadi
Penundaan pembayaran	Jumlah rata-rata selisih hari dari pengajuan klaim sampai pembayaran klaim.
Pengalaman	Catatan klaim yang dibuat atau dibayarkan dalam sejak mulainya bisnis asuransi
Pengecualian	Kondisi atau situasi tertentu tertulis dalam polis yang mana dalam kondisi dan situasi tersebut polis tidak akan memberikan manfaat pembayaran. Bahaya moral sebagian dikelola melalui pengecualian yang menghapuskan perolehan dana dari tindakan yang tidak

	diinginkan. Misalnya, sebagian besar polis tidak akan membayarkan manfaat jika luka-luka, kecacatan atau kematian disebabkan oleh tindakan pemilik polis sendiri. Pengecualian juga membantu melakukan kendali terhadap resiko kovarian; banyak polis mengecualikan kerugian yang dikarenakan oleh perang, kerusuhan, dan bencana alam atau "tindakan Tuhan".
Pengontrakan pihak luar (<i>outsourcing</i>)	Praktek untuk mensubkontrakkan pekerjaan kepada individu atau perusahaan di luar organisasi.
Penolakan klaim	Pembayaran tidak dapat dilakukan jika klaim yang diajukan tidak memenuhi kriteria yang disyaratkan (misalnya kejadian yang diasuransikan terjadi setelah jangka waktu asuransi). Bagaimanapun juga, melalui rancangan produk dan pendidikan nasabah, setiap usaha harus dilakukan untuk mengurangi kemungkinan pengajuan klaim yang tidak sah.
Penundaan pelaporan	Jumlah rata-rata selisih hari antara terjadinya peristiwa yang diasuransikan dengan penyerahan klaim.
Penyaringan	Disebut juga underwriting . Adalah sebuah proses di mana pelamar asuransi disaring. Misalnya, para pelamar mungkin disyaratkan untuk menandatangani sebuah "pernyataan kesehatan" yang menyatakan mereka memiliki kesehatan yang baik. Individu-individu beresiko tinggi dapat dikecualikan atau dibebani dengan biaya lebih.
Penampungan Resiko (<i>risk pooling</i>)	Penampungan kerugian yang diderita oleh sekelompok kecil orang agar menjadi kelompok yang lebih besar.
Penyelesaian	Pembayaran manfaat yang telah ditentukan dalam sebuah polis asuransi.
Peraturan	Persyaratn yang dikeluarkan pemerintah bagi sebuah penyedia layanan asuransi, seperti persyaratan modal minimum dan keahlian yang diperlukan. Pemerintah juga memberikan perlindungan konsumen atas kelalaian penyedia layanan asuransi, meliputi kebijakan penentuan harga, rancang bentuk dan praktek penjualan yang baik.
Periode investigasi	Jangka waktu yang dicakup dalam sebuah pengalaman pelaksanaan penentuan tarif; idealnya, ini adalah selama mungkin. Jika pelaksanaan sudah pernah dilakukan sebelumnya maka investigasi yang baru harus memeriksa jangka waktu sejak investigasi terakhir.
Pertanggungan	Proses memilih resiko dalam asuransi dan menentukan dalam jumlah berapa dan dengan persyaratan apa, perusahaan asuransi akan menerima resiko tersebut. Lihat juga penyaringan .
Pihak yang dijamin	Pemegang polis , orang atau entitas yang dilindungi dalam kasus yang merugikan atau dalam sebuah klaim.
Pilihan	Saat sebuah perusahaan asuransi memberikan hak kepada pemilik polis untuk membuat sejumlah pilihan di masa depan yang akan tetap dijamin oleh perusahaan. Jenis umum dari pilihan adalah pilihan untuk melanjutkan polis, di mana pemilik polis dapat melanjutkan untuk memperoleh perlindungan sebuah asuransi setelah jangka waktu aslinya berakhir.
Polis	Dokumen resmi yang dikeluarkan oleh perusahaan kepada pemegang polis yang menggarisbawahi kondisi dan prasyarat asuransi; disebut juga kontrak polis atau kontrak .

Polis kelebihan agregat/ total	Satu jenis penjaminan ulang di mana si penjamin ulang membayar klaim yang melebihi jumlah agregat tertentu selama periode waktu yang ditentukan.
Polis penghentian kerugian	Sebuah perjanjian dari sebuah penjamin ulang untuk mencakup total klaim sebagai ganti presentase tertentu dari premi yang diserahkan.
Polis yang lewat waktu	Penghentian sebuah polis karena premi tidak dibayarkan.
Premi	Jumlah yang harus dibayarkan oleh seorang pemilik polis untuk mempertahankan perlindungan asuransinya.
Premi berulang	Pembayaran asuransi yang dilakukan dengan angsuran, seperti pembayaran bulanan atau per tiga bulan, merupakan lawan premi tunggal .
Premi murni	Lihat premi resiko .
Premi resiko	Porsi premi yang digunakan untuk mendanai klaim dan setara dengan jumlah klaim yang diperkirakan. Disebut juga premi murni .
Premi tunggal	Premi yang dibayarkan sekaligus di awal periode dan mencakup seluruh periode.
Premi yang belum menjadi pendapatan	Porsi sebuah premi yang telah dikumpulkan oleh perusahaan tetapi belum menjadi haknya karena polis masih berlaku. (pada premi tunggal)
Probabilitas/ Peluang	Kemungkinan terjadinya peristiwa yang diasuransikan.
Rasio kinerja	Figur-figur kunci yang digunakan untuk menelusuri kinerja keuangan sebuah penyedia layanan asuransi (lihat Tabel 6.5).
Rasio klaim	Jumlah klaim aktual dibagi dengan jumlah klaim yang diperkirakan (atau premi resiko). Penyedia layanan asuransi pada umumnya lebih menyukai rasio klaim lebih kecil dari 100 persen – yang berarti, jumlah klaim aktual lebih kecil dari jumlah klaim yang diperkirakan.
Rasio pengeluaran	Rasio yang membandingkan pengeluaran operasional perusahaan terhadap preminya.
Reasuransi /asuransi ulang	Sebuah bentuk asuransi yang dibeli perusahaan asuransi untuk melindungi diri mereka sendiri.
Resiko	Peluang terjadinya kerugian.
Resiko dalam mengelola jasa keuangan	Di samping asuransi, pinjaman darurat dan rekening tabungan yang dapat diakses dapat membantu orang-orang berpendapatan rendah untuk mengelola resiko keuangan yang mereka miliki.
Resiko kematian	Kemungkinan bahwa seorang peminjam akan meninggal saat masih memiliki saldo pinjaman.
Resiko kovarian	Sebuah resiko/ bahaya yang berdampak pada sejumlah besar pemilik polis pada waktu yang bersamaan, misalnya, gempa bumi; atau beberapa resiko yang terjadi bersama-sama secara tetap (pada waktu yang sama atau dalam kondisi yang sama).
Resiko yang dapat diasuransikan	Ketentuan yang membuat sebuah resiko dapat diasuransikan adalah (a) bahaya yang diasuransikan haruslah menimbulkan sebuah kerugian yang nyata di luar kontrol pihak yang diasuransikan, (b) haruslah terdapat sejumlah besar subyek homogen yang terekspos pada bahaya yang sama,

	(c) kerugian haruslah dapat dihitung dan biaya untuk mengasuransikannya haruslah mungkin secara ekonomi, (d) bahaya tersebut tidak berpeluang untuk mempengaruhi semua pihak yang diasuransikan secara serentak, dan (e) kerugian yang dihasilkan oleh sebuah resiko haruslah nyata dan berpotensi untuk menjadi serius dari segi keuangan.
Seleksi terbalik (<i>adverse selection</i>)	Disebut juga anti-seleksi , kecenderungan bagi orang-orang yang memiliki resiko lebih buruk dari rata-rata untuk mengajukan, atau melanjutkan asuransi. Jika tidak diawasi dalam penjaminan, akan menghasilkan tingkat kerugian yang lebih besar dari yang diperkirakan.
Seleksi positif	Rancangan sebuah produk asuransi yang menarik individu-individu berresiko rendah untuk mendaftarkan diri. Misalnya; hanya menjamin orang-orang yang telah dianggap memenuhi syarat untuk pinjaman usaha mikro untuk menjadi peserta asuransi lain, karena mereka diasumsikan cukup sehat untuk menjalankan bisnis milik mereka sendiri.
Sistem informasi manajemen (SIM)	Metode-metode yang terkomputerisasi dan manual untuk mencatat data yang diperlukan untuk merancang, mengimplementasikan dan mengawasi kinerja produk asuransi.
Sistem keluhan dan saran	Sebuah strategi pencegahan kecurangan yang penting, LKM harus memiliki sebuah mekanisme dan sebuah strategi untuk mengumpulkan keluhan konsumen secara aktif yang melampaui titik utama kontak mereka, yakni petugas bagian pinjaman.
Tabel mortalitas	Sebuah tabel aktuarial, berdasarkan pada statistik kematian selama beberapa tahun. Menunjukkan banyaknya jumlah anggota sebuah kelompok, yang dimulai dari usia tertentu, akan bertahan hidup pada setiap usia yang berurutan. Agar sesuai untuk sebuah kelompok tertentu, maka tabel ini harus didasarkan pada pengalaman individu-individu yang memiliki karakteristik yang mirip, seperti jenis kelamin atau pekerjaan.
Tabungan jiwa	Sebuah produk asuransi jiwa dengan manfaat yang didasarkan pada jumlah tabungan yang dimiliki seseorang dalam rekeningnya. Dipopulerkan oleh koperasi kredit (<i>credit union</i>) sebagai sebuah cara untuk mendorong tabungan, premi atas kelompok polis ini dibayarkan oleh lembaga keuangan sebagai penyedia layanan asuransi kepada sebuah penyedia layanan berdasarkan kelipatan total nilai rekening tabungan.
Tahun-polis	Jumlah rata-rata polis selama setiap sub-periode dari pengalaman investigasi penentuan tarif dikalikan dengan lama sub-periode pada tahun tersebut (misalnya, seperempat adalah $\frac{1}{4}$ dari satu tahun).
Tingkat klaim	Total klaim dibagi dengan portfolio asuransi
Tingkat pengambilan (<i>take up rate</i>)	Terdapat dalam asuransi sukarela, yaitu persentase dari jumlah calon konsumen yang benar-benar membeli produk asuransi.
Tenggat waktu	Sebuah periode waktu di mana pemberitahuan klaim atau bukti kerugian harus disampaikan.
Uji awal	Implementasi sebuah produk baru dalam cabang-cabang tertentu pada awal sebuah jangka waktu tertentu untuk memastikan bahwa rancangan produk dan strategi implementasi berjalan dengan baik sebelum produk tersebut diluncurkan ke cabang.

Verifikasi	Sebuah proses untuk menentukan sah atau tidaknya sebuah klaim, yakni, dalam asuransi jiwa mensyaratkan sebuah sertifikat kematian dan/ atau menghadiri pemakaman orang yang meninggal. Verifikasi perlu untuk menyeimbangkan dua tujuan: a) menyediakan bukti dari dua pihak yang independen bahwa peristiwa yang diasuransikan benar-benar terjadi, b) tidak menyebabkan kesulitan yang tidak perlu bagi penerima manfaat. Dikenal pula dengan istilah validasi klaim , penyaringan klaim atau penyesuaian .
Waktu tunggu	Sebuah jangka waktu di mana seorang pemilik polis harus menunggu sebelum perlindungannya efektif. Dirancang untuk mengontrol pilihan yang merugikan. Misalnya dalam asuransi jiwa, selisih waktu antara saat pemilik polis mulai membayar premi dan saat perlindungan mulai diperoleh. Hal ini mengurangi resiko pembelian asuransi oleh seseorang yang segera akan meninggal.

Daftar Pustaka dan Bacaan yang Dianjurkan

- Aliber, M. 2002. *"South African Microinsurance Case Study."* ILO Social Finance Working Paper No. 32. Geneva: ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Aliber, M. dan A. Ido. 2002. *"Microinsurance Case Study for Burkina Faso."* ILO Social Finance Working Paper No. 29. Geneva: ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Balkenhol, B. dan C. Churchill. 2002. "From microfinance to micro-health insurance" in Dror, D. and A. Preker (eds.), *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*. Washington, DC: ILO/World Bank, www.ilo.org/socialre.
- Bartel, M., M.J. McCord, dan R. Bell, 1994. *"Fundamentals of Accounting for Microcredit Programs."* GEMINI Technical Note 6. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.pactpub.com.
- Bernstein, P.L. 1996. *Against the Gods: The Remarkable Story of Risk*. New York: John Wiley dan Sons.
- Brand, M. 2001. *"The MBP Guide to New Product Development."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Brand, M. 1998a. *"New Product Development for Microfinance: Evaluation and Preparation."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Brand, M. 1998b. *"New Product Development for Microfinance: Design, Testing and Launch."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Brown, W. dan C. Churchill. 2000. *"Insurance provision to low-income households: Part 2: initial lessons from micro-insurance experiments for the poor."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Brown, W. dan C. Churchill. 1999. *"Providing insurance to low-income households: Part 1: A primer on insurance principles and products."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Brown, W., C. Green dan G. Lindquist. 2000. *"A Cautionary Note for Microfinance Institutions and Donors Considering Developing Microinsurance Products."* Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Campion, A. 2000. *"Improving internal control: a practical guide for microfinance institutions."* Washington DC: MicroFinance Network. Christen, R.P. 1997. *"Banking Services for the Poor: Managing for Financial Success."* Washington DC: ACCION International, www.accion.org.

- Christen, R.P. 1997. *"Banking Services for the Poor: Managing for Financial Success."* Washington DC: ACCION International, www.accion.org.
- Churchill, C. 2002. "Trying to Understand the Demand for Microinsurance," *Journal of International Development* 14, pp. 381-387.
- Churchill, C., M. Hirschland dan J. Painter. 2002. *"New Directions in Poverty Finance: Village Banking Revisited."* Washington DC: The SEEP Network. www.pactpub.com.
- Dror, D. dan A. Preker, eds. 2002. *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing.* Washington, DC: ILO/World Bank, www.ilo.org/socialre.
- Dror, D. dan C. Jacquier. 1999. "Micro-Insurance: Extending Health Insurance to the Excluded," *International Social Security Review*, vol. 52, no. 1.
- Harrington, S.E. dan G.R. Niehaus. 1999. *Risk Management and Insurance.* Boston: Irwin, McGraw-Hill.
- Hauck, K. 1998. *"The Social Security Programme of the Self-employed Women's Association (SEWA)."* Geneva: ILO/WHO, www.ilo.org/step.
- ILO-STEP. 2001. *Women Organizing for Social Protection: The Self-employed Women's Association's Integrated Insurance Scheme, India.* Geneva: ILO, www.ilo.org/step.
- Ledgerwood, J. dan K. Moloney. 1996. *"Financial Management Training for Microfinance Organisations: Accounting Study Guide."* Toronto: Calmeadow, www.pactpub.com.
- Ledgerwood, J. 1996. *"Financial Management Training for Microfinance Organisations: Finance Study Guide."* Toronto: Calmeadow, www.pactpub.com.
- Lunde, F. dan S. Srinivas. 2000. *"Learning from Experience: A Gendered Approach to Social Protection for Workers in the Informal Economy."* Geneva: WIEGO dan ILO-STEP, www.ilo.org/step.
- Manje, L. dan C. Churchill. 2002. *"The Demand for Risk-Managing Financial Services in Low-income Communities: Evidence from Zambia."* ILO Social Finance Working Paper No. 31. Geneva: ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Matin, I., D. Hulme dan S. Rutherford. 1999. *"Financial Services for the Poor and Poorest: Deepening Understanding to Improve Provision."* Finance and Development Research, Working Paper No. 9. IDPM, University of Manchester, <http://idpm.man.ac.uk/wp/fd/index.htm>.
- Matin, I. 2002. *"The Changing Microfinance Landscape in Bangladesh: A Study of ASA, SafeSave and Gono Bima."* Finance and Development Research, Working Paper No. 37. IDPM, University of Manchester, <http://idpm.man.ac.uk/wp/fd/index.htm>.
- McCord, M.J. 2000a. *"Microinsurance: a case study of an example of the mutual model of microinsurance provision – UMASIDA."* Nairobi: MicroSave-Africa, www.microsave-africa.com.
- McCord, M.J. 2000b. *"Microinsurance in Uganda: a case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision - AIG/FINCA Uganda - group personal accident insurance."* Nairobi: MicroSave-Africa, www.microsave-africa.com.
- McCord, M.J., J. Isern dan S. Hashemi. 2001. *"Microinsurance: A Case Study Of An Example Of The Full Service Model Of Microinsurance Provision, Self-Employed Women's Association."* Nairobi: MicroSave Africa, www.microsave-africa.com.

- Patel, Sabbir. 2002. *"Insurance and Poverty Alleviation: The Cooperative Advantage."* Cheshire, UK: ICMIF.
- Platteau., J-P. 1997. "Mutual Insurance as an Elusive Concept in Traditional Rural Communities." *Journal of Development Studies* vol. 33 no. 6. London, England.
- Redja. G.E. 1998. *Principles of Risk Management and Insurance*. New York: Addison-Wesley.
- Roth, J. 1999. "Informal microinsurance schemes - the case of funeral insurance in South Africa." ILO Social Finance Working Paper No. 22. Geneva: ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Roth, J. 1999. *"Informal microinsurance schemes - the case of funeral insurance in South Africa."* ILO Social Finance Working Paper No. 22. Geneva: ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Rutherford, S. 1999. *The Poor and Their Money*. New Delhi: Oxford University Press.
- Sebstad, J. dan M. Cohen. 2000. *"Microfinance, Risk Management and Poverty."* Washington, DC: USAID's AIMS Project, www.mip.org.
- Simkhada, N.R., S. Gautam, M. Mishra, I. Acharya, dan N. Sharma. 2000. *"Research on Risk and Vulnerability of Rural Women in Nepal."* Katmandu, Nepal: Centre for MicroFinance.
- Soriano, E.S., C. Lomboy dan E.A. Barbin. 2002. *"A Field Study of Microinsurance in the Philippines."* ILO Social Finance Working Paper No. 30. Geneva:ILO, www.ilo.org/socialfinance.
- Srinivasan, G. dan R.S. Arunachalam, segera terbit. *"Microinsurance In India"* ILO Social Finance Working Paper (draft).
- Van Ginneken. 1999. *Social Security for the Excluded Majority*. Geneva: ILO, www.ilo.org/socpol.
- Vaughan, E.J. dan T.M. Vaughan. 2002. *Fundamentals of Risk and Insurance*, 9th edition. John Wiley and Sons.
- Wright G.A.N., 2000, "Necessity as the mother of invention: how poor people protect themselves against risk." Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Wright G.A.N., 2000, "Necessity as the mother of invention: how poor people protect themselves against risk." Microenterprise Best Practices Project. Bethesda, MD: DAI/USAID, www.mip.org.
- Zeller, M. 1999. *"Toward Enhancing the Role of Microfinance for Safety Nets of the Poor."* ZEF-Discussion Papers on Development Policy No. 19. Bonn: Centre for Development Research.

