

Yth.

1. Direksi Perusahaan Asuransi; dan
2. Direksi Perusahaan Asuransi Syariah,  
di tempat.

SALINAN  
SURAT EDARAN OTORITAS JASA KEUANGAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 7/SEOJK.05/2025  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN PRODUK ASURANSI KESEHATAN

Sehubungan dengan amanat Pasal 3B ayat (3) Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 36 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 48/OJK, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 116/OJK), perlu untuk mengatur lebih lanjut mengenai kriteria perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi yang dapat menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, serta penerapan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai bagi perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi dalam menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan sebagai berikut:

I. KETENTUAN UMUM

Dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan ini yang dimaksud dengan:

1. Produk Asuransi adalah program jasa pertanggungjawaban/pengelolaan atas risiko yang dilakukan oleh perusahaan asuransi umum dan/atau perusahaan asuransi jiwa termasuk yang diselenggarakan berdasarkan prinsip syariah.
2. Produk Asuransi Kesehatan adalah Produk Asuransi yang menjanjikan dapat memberikan perlindungan terhadap 1 (satu) jenis atau lebih risiko yang terkait dengan keadaan kesehatan seseorang atau menurunnya kondisi kesehatan seseorang yang dipertanggungjawabkan.
3. Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi yang selanjutnya disebut PAYDI adalah Produk Asuransi yang paling sedikit memberikan perlindungan terhadap risiko kematian dan memberikan manfaat yang mengacu pada hasil investasi dari kumpulan dana yang khusus dibentuk untuk Produk Asuransi baik yang dinyatakan dalam bentuk unit maupun bukan unit.
4. Produk Asuransi Mikro adalah Produk Asuransi yang didesain untuk memberikan perlindungan atas risiko keuangan yang dihadapi oleh masyarakat terutama masyarakat berpenghasilan rendah.
5. Polis Asuransi adalah akta perjanjian asuransi atau dokumen lain yang dipersamakan dengan akta perjanjian asuransi, dan dokumen lain yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan perjanjian asuransi, serta memuat perjanjian

antara perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi syariah dan pemegang polis, yang dibuat secara tertulis baik dalam bentuk cetak atau elektronik.

6. Perusahaan Asuransi adalah perusahaan asuransi umum dan perusahaan asuransi jiwa.
7. Perusahaan Asuransi Syariah adalah perusahaan asuransi umum syariah dan perusahaan asuransi jiwa syariah.
8. Unit Syariah adalah unit kerja di kantor pusat Perusahaan Asuransi yang berfungsi sebagai kantor induk dari kantor di luar kantor pusat yang menjalankan usaha berdasarkan prinsip syariah.
9. Pemegang Polis adalah pihak yang mengikatkan diri berdasarkan perjanjian dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah untuk mendapatkan perlindungan atau pengelolaan atas risiko bagi dirinya, tertanggung, atau peserta lain.
10. Tertanggung adalah pihak yang menghadapi risiko sebagaimana diatur dalam perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi.
11. Peserta adalah pihak yang menghadapi risiko sebagaimana diatur dalam perjanjian asuransi syariah atau perjanjian reasuransi syariah.
12. Premi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh Perusahaan Asuransi atau perusahaan reasuransi dan disetujui oleh Pemegang Polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi, atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib untuk memperoleh manfaat.
13. Kontribusi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh Perusahaan Asuransi Syariah atau perusahaan reasuransi syariah dan disetujui oleh Pemegang Polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi syariah atau perjanjian reasuransi syariah untuk memperoleh manfaat dari dana *tabarru'* dan/atau dana investasi Peserta dan untuk membayar biaya pengelolaan atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib untuk memperoleh manfaat.
14. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
15. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
16. Dewan Penasihat Medis (*Medical Advisory Board*) yang selanjutnya disingkat DPM adalah dewan yang akan membantu Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah dalam memberikan nasihat atau usulan atas layanan medis yang diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
17. Penyedia Layanan Administrasi Pihak Ketiga (*Third Party Administrator*) yang selanjutnya disebut TPA adalah layanan

administrasi pihak ketiga dalam membantu Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah dalam pelayanan administratif yang meliputi manajemen klaim, manajemen Polis Asuransi dan fungsi administratif lainnya.

18. Telaah Utilisasi (*Utilization Review*) adalah evaluasi ketepatan penggunaan layanan kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung atau Peserta yang dilakukan dalam rangka mengendalikan biaya dan memantau kualitas layanan.

## II. KRITERIA PERUSAHAAN ASURANSI, PERUSAHAAN ASURANSI SYARIAH, DAN UNIT SYARIAH PADA PERUSAHAAN ASURANSI YANG DAPAT MEMASARKAN PRODUK ASURANSI KESEHATAN

1. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi yang menyelenggarakan Produk Asuransi Kesehatan harus memiliki sumber daya manusia dengan kriteria sebagai berikut:
  - a. memiliki tenaga medis dengan kualifikasi dokter yang berperan untuk melakukan analisis atas tindakan medis dan Telaah Utilisasi (*Utilization Review*);
  - b. memiliki sumber daya manusia yang memiliki sertifikat keahlian asuransi kesehatan dengan level paling rendah 1 (satu) tingkat di bawah kualifikasi tertinggi dari lembaga sertifikasi profesi di bidang perasuransian yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan; dan
  - c. memiliki DPM.
2. Sertifikat keahlian asuransi kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf b dapat menggunakan sertifikasi kompetensi setara yang diselenggarakan oleh lembaga di luar negeri sebagaimana diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai pengembangan kualitas sumber daya manusia bagi perusahaan perasuransian, lembaga penjamin, dana pensiun, serta lembaga khusus bidang perasuransian, penjaminan, dan dana pensiun.
3. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi yang menyelenggarakan Produk Asuransi Kesehatan harus memiliki sistem informasi yang memadai dengan kriteria sebagai berikut:
  - a. sistem informasi dikembangkan oleh Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi secara mandiri atau bekerja sama dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya, TPA, BPJS Kesehatan, penyelenggara jaminan lain yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan, atau perusahaan yang dapat menyediakan layanan digital;
  - b. sistem informasi memiliki kemampuan untuk melakukan pertukaran data secara digital dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
  - c. sistem informasi yang paling sedikit memenuhi ketentuan:
    - 1) mampu menyediakan akses data kepesertaan;
    - 2) mampu menyediakan data yang memuat layanan dan resume medis, termasuk layanan obat dan alat kesehatan, yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;

- 3) mampu menyediakan data klaim yang dibayarkan untuk masing-masing Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta; dan
- 4) didukung basis data (*database*) dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a) mempunyai standar klasifikasi jenis penyakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - b) memiliki kemampuan untuk menganalisis kesesuaian layanan medis dan obat yang diberikan; dan
  - c) memiliki kemampuan untuk melakukan Telaah Utilisasi (*Utilization Review*) dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
  - d. sistem informasi yang mampu mendukung pengolahan, penyimpanan, dan pengamanan data secara elektronik untuk mencegah potensi terjadinya *fraud* di bidang asuransi kesehatan, antara lain klaim asuransi fiktif.
4. Dalam hal pengembangan sistem informasi dilakukan oleh pihak ketiga sebagaimana diatur pada angka 3 huruf a, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus memiliki perjanjian kerja sama yang mencakup kerahasiaan data Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta dan penggunaannya.
5. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus melakukan penyimpanan basis data (*database*) sebagaimana dimaksud pada angka 3 huruf c angka 4) paling sedikit 10 (sepuluh) tahun setelah masa pertanggungansan Polis Asuransi berakhir.

### III. DEWAN PENASIHAT MEDIS (DPM)

DPM sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 1 huruf c harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. DPM bertugas untuk:
  - a. memberikan nasihat kepada Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi untuk mendukung pelaksanaan Telaah Utilisasi (*Utilization Review*); dan
  - b. memberikan masukan terkait pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan baru layanan medis, dan rekomendasi kepada Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi.
2. DPM beranggotakan kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu yang dibutuhkan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan.
3. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dapat memiliki DPM secara mandiri atau bekerja sama dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya, atau dengan TPA.
4. Kepemilikan DPM sebagaimana dimaksud pada angka 3 dibuktikan dengan dokumen surat penunjukan DPM oleh direksi dan disetujui oleh dewan komisaris Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi.

#### IV. DESAIN PRODUK ASURANSI KESEHATAN

##### A. Penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan

1. Produk Asuransi Kesehatan dapat diselenggarakan dengan cara antara lain:
  - a. Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi (*indemnity*), yaitu penggantian biaya perawatan medis dengan maksimum penggantian yang ditagihkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dibayarkan oleh Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi sesuai dengan plafon yang telah ditetapkan dalam Polis Asuransi; dan
  - b. Produk Asuransi Kesehatan dengan skema pelayanan kesehatan yang terkelola (*managed care*), yaitu pelayanan kesehatan dengan rujukan berjenjang dan terstruktur sesuai dengan kebutuhan medis yang dimulai dari fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar/umum, hingga fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis.
2. Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi (*indemnity*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf a terdiri dari:
  - a. Produk Asuransi Kesehatan dengan batasan maksimum biaya per manfaat (*inner limit*) yang memberikan tanggungan biaya perawatan dengan batasan manfaat terpisah antar jenis biaya perawatan yang dijamin. Sebagai contoh, terdapat biaya operasi sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah), biaya konsultasi dokter umum sebesar Rp250.000,00 (dua ratus lima puluh ribu rupiah), biaya perawatan lainnya sebesar Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah). Dalam hal ini, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi akan memberikan batasan sesuai dengan masing-masing tindakan yang tercantum dalam tabel manfaat Produk Asuransi. Jika biaya dimaksud melebihi ketentuan, maka selisih biaya akan ditanggung oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta; dan
  - b. Produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan (*as charged*) adalah Produk Asuransi Kesehatan yang memberikan penggantian biaya perawatan medis sesuai dengan tagihan dengan batas nilai tahunan (*annual limit*) dan/atau batas nilai seumur hidup (*life limit*).
3. Produk Asuransi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf b merupakan integrasi antara pembiayaan dan penyediaan perawatan kesehatan komprehensif yang dilakukan sebagai upaya dari tindakan:
  - a. promotif yaitu kegiatan yang bersifat promosi kesehatan/edukasi kesehatan;
  - b. preventif yaitu pencegahan terhadap suatu penyakit;
  - c. kuratif yaitu pengobatan untuk penyembuhan penyakit;
  - d. rehabilitatif yaitu pemulihan; dan/atau
  - e. paliatif yaitu perawatan medis khusus untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarga

pasien yang menderita penyakit kronis dan sulit sembuh, yang meliputi rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, dan rawat inap secara terstruktur dan berjenjang.

- B. Ketentuan Produk Asuransi Kesehatan
1. Produk Asuransi Kesehatan harus memiliki periode tunggu (*waiting period*) paling lama 30 (tiga puluh) hari kalender.
  2. Periode tunggu (*waiting period*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 dapat diberlakukan paling lama 1 (satu) tahun bagi Produk Asuransi Kesehatan yang memberikan manfaat penyakit kritis, kronis, dan spesifik, sepanjang dinyatakan dengan jelas dalam Polis Asuransi.
  3. Periode tunggu (*waiting period*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 dan angka 2 tidak berlaku untuk Produk Asuransi Kesehatan yang memiliki masa pertanggung jawaban paling lama 3 (tiga) bulan.
  4. Periode tunggu (*waiting period*) pada Produk Asuransi Kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI mengacu pada ketentuan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan mengenai produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi.
  5. Periode tunggu (*waiting period*) pada Produk Asuransi Kesehatan yang merupakan Produk Asuransi Mikro mengacu pada ketentuan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan mengenai produk asuransi mikro dan saluran pemasaran produk asuransi mikro.
  6. Ketentuan terkait periode tunggu (*waiting period*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 sampai dengan angka 5 hanya berlaku untuk Produk Asuransi Kesehatan individu.
  7. Bagi Produk Asuransi Kesehatan kumpulan dapat menerapkan ketentuan periode tunggu (*waiting period*) yang berbeda dari periode tunggu (*waiting period*) sebagaimana dimaksud pada angka 1, mengacu pada perjanjian yang disepakati antara Pemegang Polis dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi.

## V. PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO DALAM PENYELENGGARAAN PRODUK ASURANSI KESEHATAN

Dalam menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi wajib menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.

- A. Ketentuan Polis Asuransi, Premi, dan Kontribusi
1. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan dapat memuat pengecualian atau batasan cakupan untuk kondisi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta yang sudah ada sebelum pertanggung jawaban (*pre-existing condition*).
  2. Penghitungan dan penetapan Premi atau Kontribusi dilakukan sesuai dengan risiko dan manfaat yang didapat oleh masing-masing Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebagaimana diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan

mengenai produk asuransi dan saluran pemasaran produk asuransi.

3. Produk Asuransi Kesehatan harus menerapkan pembagian risiko (*co-payment*) yang ditanggung oleh Pemegang Polis, Tertanggung atau Peserta paling sedikit sebesar 10% (sepuluh persen) dari total pengajuan klaim dengan batas maksimum sebesar:
  - a. untuk rawat jalan Rp300.000,00 (tiga ratus ribu rupiah) per pengajuan klaim; dan
  - b. untuk rawat inap Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah) per pengajuan klaim.
4. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dapat menerapkan batas maksimum sebagaimana dimaksud pada angka 3 huruf a dan b yang lebih tinggi sepanjang disepakati antara Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dengan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta serta telah dinyatakan dalam Polis Asuransi.
5. Dalam hal Produk Asuransi Kesehatan diberlakukan koordinasi manfaat antar penyelenggara jaminan, nilai pembagian risiko (*co-payment*) paling sedikit sebesar 10% (sepuluh persen) dari total pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada angka 3 dihitung dari total pengajuan klaim yang menjadi kewajiban Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi.
6. Pembagian risiko (*co-payment*) sebagaimana dimaksud pada angka 3 sampai dengan 5 hanya berlaku untuk Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi (*indemnity*) sebagaimana dimaksud pada Romawi IV bagian A angka 1 huruf a dan Produk Asuransi Kesehatan dengan skema pelayanan kesehatan yang terkelola (*managed care*) sebagaimana dimaksud pada Romawi IV bagian A angka 1 huruf b.
7. Pembagian risiko (*co-payment*) bagi skema pelayanan kesehatan yang terkelola (*managed care*) mulai diberlakukan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
8. Pembagian risiko (*co-payment*) sebagaimana dimaksud pada angka 3 sampai dengan 5 dikecualikan untuk Produk Asuransi Mikro.
9. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi memiliki kewenangan untuk meninjau dan menetapkan Premi dan Kontribusi kembali (*repricing*) pada saat perpanjangan Polis Asuransi berdasarkan riwayat klaim Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta dan/atau tingkat inflasi di bidang kesehatan.
10. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dapat meninjau dan menetapkan Premi dan Kontribusi di luar periode sebagaimana dimaksud pada angka 9 sepanjang mendapatkan persetujuan dari Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.

B. Seleksi Risiko

1. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan harus memastikan bahwa calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta memahami seluruh informasi dalam surat permintaan asuransi kesehatan (SPAK) dan diisi sendiri oleh calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
2. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan untuk individu harus mempertimbangkan pelaksanaan *medical check up* (MCU) untuk calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta disesuaikan dengan kebijakan *underwriting* Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi saat penutupan Polis Asuransi.
3. Paket pemeriksaan MCU sebagaimana dimaksud pada angka 2 mengacu pada umur dan hasil kuesioner kesehatan yang diisi oleh calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
4. Untuk Produk Asuransi Kesehatan kumpulan, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus memperoleh laporan performa klaim Pemegang Polis saat penutupan Polis Asuransi.
5. Dalam rangka memperoleh laporan performa klaim sebagaimana dimaksud pada angka 4, asosiasi dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah harus membuat basis data (*database*) terkait laporan performa klaim yang paling sedikit mencakup data:
  - a. periode laporan;
  - b. nomor pokok wajib pajak (NPWP) setiap Pemegang Polis;
  - c. jumlah Tertanggung atau Peserta;
  - d. jumlah Premi atau Kontribusi;
  - e. jumlah klaim yang dibayarkan; dan
  - f. informasi *loss ratio*.
6. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus menyampaikan laporan performa klaim setiap Pemegang Polis pada basis data (*database*) sebagaimana dimaksud dalam angka 5, yang disampaikan secara triwulanan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak berakhirnya triwulan yang bersangkutan.

VI. KOORDINASI MANFAAT ANTARA PERUSAHAAN ASURANSI, PERUSAHAAN ASURANSI SYARIAH, DAN UNIT SYARIAH PADA PERUSAHAAN ASURANSI DENGAN PENYELENGGARA JAMINAN LAIN

1. Produk Asuransi Kesehatan harus memuat fitur yang memungkinkan terselenggaranya koordinasi manfaat antara Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dengan penyelenggara jaminan lain.
2. Koordinasi manfaat antara Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dengan penyelenggara jaminan lain diselenggarakan dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.

3. Koordinasi manfaat antara Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dengan penyelenggara jaminan lain diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan antara lain peraturan mengenai koordinasi antar penyelenggara jaminan dan peraturan mengenai pedoman selisih biaya.

#### VII. KERJA SAMA DENGAN PIHAK LAIN

1. Dalam menyelenggarakan Produk Asuransi Kesehatan, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi melakukan kerja sama dengan pihak lain, antara lain:
  - a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
  - b. TPA;
  - c. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya;
  - d. perusahaan yang dapat menyediakan layanan digital; dan/atau
  - e. BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain.
2. Kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf a dilakukan untuk pemberian layanan kesehatan bagi Produk Asuransi Kesehatan, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
3. Kerja sama dengan TPA sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf b dilakukan dalam rangka penyediaan layanan administrasi dan manajemen klaim, penyediaan sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 3, serta dalam rangka penyediaan layanan DPM sebagaimana dimaksud dalam Romawi III, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
4. Kerja sama dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf c dilakukan dalam rangka penyediaan sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 3 dan layanan DPM sebagaimana dimaksud dalam Romawi III, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
5. Kerja sama dengan perusahaan yang dapat menyediakan layanan digital sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf d dilakukan dalam rangka penyediaan sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 3, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
6. Kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain sebagaimana dimaksud pada angka 1 huruf e dilakukan dalam rangka koordinasi antar penyelenggara jaminan sebagaimana dimaksud dalam Romawi VI, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
7. Isi perjanjian kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada angka 1 paling sedikit mencakup:
  - a. identitas para pihak;
  - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
  - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
  - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;

- e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
  - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
  - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
  - h. keadaan kahar;
  - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir; dan
  - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir.
8. Isi perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 2, selain mencantumkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka 7, juga paling sedikit mencakup:
- a. pernyataan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk memberikan akses data melalui sistem informasi Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi;
  - b. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk menjalankan layanan kesehatan sesuai panduan klinis (*clinical pathway*) dan efikasi medis (*medical efficacy*) sebagaimana yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan;
  - c. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait infrastruktur yang memungkinkan adanya pembagian tagihan klaim kepada Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi, dan BPJS Kesehatan, dalam hal adanya koordinasi antar penyelenggara jaminan dengan BPJS Kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Romawi VI; dan
  - d. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk melakukan *settlement* atas setiap tindakan di setiap akhir hari berjalan atau sesuai yang disepakati dalam perjanjian kerja sama, terhadap fasilitas rawat inap bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, untuk mempercepat proses layanan klaim.
9. Isi perjanjian kerja sama dengan TPA sebagaimana dimaksud pada angka 3, selain mencantumkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka 7, juga paling sedikit mencakup:
- a. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan data pribadi, dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 3 disediakan oleh TPA; dan
  - b. komitmen TPA menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana yang dimaksud dalam Romawi III, dalam hal DPM Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan/atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi disediakan oleh TPA.
10. Isi perjanjian kerja sama dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya sebagaimana dimaksud pada angka 4, selain mencantumkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka 7, juga paling sedikit mencakup:
- a. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan data pribadi, dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 3

disediakan oleh Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya; dan

- b. komitmen Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana yang dimaksud dalam Romawi III, dalam hal DPM Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan/atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi disediakan oleh Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, atau Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi lainnya.
11. Isi perjanjian kerja sama dengan perusahaan yang dapat menyediakan layanan digital lainnya sebagaimana dimaksud pada angka 5, selain mencantumkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka 7, juga paling sedikit mencakup komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan data pribadi.
12. Isi perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan sosial lain sebagaimana dimaksud pada angka 6, selain mencantumkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada angka 7, juga paling sedikit mencakup komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana yang diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan data pribadi.

#### VIII. KETENTUAN LAIN-LAIN

1. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus memiliki program untuk mendorong Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta menerapkan pola hidup sehat.
2. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus melakukan kampanye kesehatan secara aktif untuk meningkatkan kesadaran (*awareness*) masyarakat untuk menjaga kesehatan.
3. Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi harus menerapkan prinsip perlindungan konsumen dan masyarakat dalam memasarkan Produk Asuransi Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai perlindungan konsumen di sektor jasa keuangan.

#### IX. KETENTUAN PERALIHAN

1. Pertanggung atau kepesertaan atas Produk Asuransi Kesehatan yang sudah berjalan pada saat Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan ini ditetapkan, dinyatakan tetap berlaku sampai dengan masa pertanggung atau kepesertaan berakhir.
2. Bagi Produk Asuransi Kesehatan yang:
  - a. dapat diperpanjang secara otomatis; dan
  - b. telah mendapatkan persetujuan Otoritas Jasa Keuangan atau dilaporkan kepada Otoritas Jasa Keuangan sebelum Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan ini berlaku,harus disesuaikan dengan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan ini paling lambat tanggal 31 Desember 2026.
3. Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Romawi II angka 1 huruf

- b dan angka 2 berlaku sejak adanya lembaga sertifikasi profesi penyelenggara yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan.
4. Penyampaian laporan performa klaim sebagaimana dimaksud dalam Romawi V huruf B angka 6, mulai berlaku untuk penyampaian laporan triwulan II tahun 2026.

X. KETENTUAN PENUTUP

Ketentuan dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2026.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 19 Mei 2025

KEPALA EKSEKUTIF PENGAWAS  
PERASURANSIAN, PENJAMINAN DAN  
DANA PENSIUN OTORITAS JASA  
KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA,

ttd

OGI PRASTOMIYONO

Salinan ini sesuai dengan aslinya  
Direktur Pengembangan Hukum  
Departemen Hukum

ttd

Aat Windradi