

PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PEMEGANG POLIS ASURANSI JIWA

Agus Wasita

Marketing Communication, Faculty of Economic and Communication,
Bina Nusantara University
Jakarta 11480, Indonesia
awasita@binus.ac.id

ABSTRACT

Most of family in Indonesia do not have insurance to reserve enough fund that will provide financial stability to protect themselves and their families. As a consequence, in the event of accident, family will go bankrupt because they take short cut sells all asset to overcome accident that happened. Base survey of some insurance companies, as high as 86 percents of our society are not yet have protected insurance because of misperception, a large part of people not feel require insurance. Despite that, lack of understanding makes society have in mind that insurance as burden and viewed as expensive product that bring less benefit for them. Other Constraint is lack of information for insurance client in course of claim to get its rights. insurance claim process frequently become animus process between insurance client and insurance company even sometimes their dispute possibility continues become lawsuit which is wasting time and energy for both of them. Lack of understanding to insurance law makes society sometimes use the wrong ways to solve their insurance lawsuit. This research intention to returns the society perception to the correct ways. This research is part of the legal research literature by examining the library materials or the so-called normative legal research. The results showed that the country has made political efforts to protect the legal right of citizens with regard to insurance, but indeed such cases other law enforcement efforts is still a chore government never resolved.

Keywords: Insurance; less understanding; Insurance Dispute.

ABSTRAK

Sebagian besar dari keluarga di Indonesia sama sekali tidak memiliki asuransi atau dana cadangan yang cukup untuk melindungi diri sendiri dan keluarganya. Akibatnya, apabila terjadi musibah, keluarga akan bangkrut karena mengambil jalan pintas dengan menjual segala aset untuk mengatasi musibah yang terjadi. Tingkat penetrasi asuransi yang dibawah rata-rata negara asean menunjukan sebagian besar masyarakat belum terlindungi asuransi karena memiliki persepsi yang kurang baik terhadap asuransi jiwa sehingga sebagian besar orang tidak merasa membutuhkan asuransi. Disamping itu, kurangnya informasi bagi nasabah asuransi dalam proses klaim untuk mendapatkan haknya sehingga proses klaim asuransi sering kali menjadi proses perseteruan antara nasabah asuransi dan perusahaan asuransi bahkan tidak tertutup kemungkinan persengketaan mereka berlanjut menjadi sengketa hukum yang memakan waktu dan tenaga. Kurangnya pemahaman masyarakat terhadap masalah hukum asuransi membuat masyarakat terkadang menggunakan cara-cara yang salah dalam menyelesaikan sengketa asuransi mereka. Penelitian ini bermaksud memberikan pemahaman yang benar tentang asuransi dan cara penyelesaian sengketa asuransi. Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian hukum kepustakaan yakni dengan cara meneliti bahan pustaka atau yang dinamakan penelitian hukum normatif. Hasil penelitian menunjukan bahwa negara telah melakukan upaya politik hukum yang benar untuk melindungi warga negara berkaitan dengan asuransi namun memang seperti kasus-kasus hukum lainnya upaya penegakan hukum memang masih menjadi pekerjaan rumah pemerintah yang tidak pernah terselesaikan.

Kata Kunci: Asuransi; Kurang pemahaman; Sengketa asuransi.

PENDAHULUAN

Berdasarkan data yang tercantum dalam laman Dewan Asuransi Indonesia, saat ini di Indonesia terdapat 348 perusahaan asuransi yang mendapat izin operasi yang terdiri dari 44 perusahaan asuransi jiwa, 93 asuransi umum, 121 pialang asuransi, 23 pialang reasuransi, 42 perusahaan asuransi syariah dan 3 asuransi jaminan sosial. Industri asuransi jiwa sendiri mengalami perkembangan yang sangat pesat. Indikasi perkembangan tersebut dapat dilihat dari pertumbuhan, jumlah tertanggung; termasuk premi dan uang pertanggungan, tenaga kerja yang terserap, dan lain-lain. Data yang diterbitkan oleh Dewan Asuransi Indonesia dalam laporan tahunan tahun 2014 mencatat total premi selama tahun 2014 berjumlah Rp. 167,7 triliun, Uang Pertanggungan Rp. 837.140 triliun, dan jumlah tertanggung 26.264.485 juta orang (+/-10% dari jumlah penduduk Indonesia). Jumlah tenaga kerja yang terserap dalam industri asuransi jiwa sebanyak 45.865 orang karyawan perusahaan asuransi. Agen perorangan sebanyak 166.804 orang dan 90 agen berbadan hukum.

Seorang yang memiliki asuransi jiwa dianalogikan sama dengan sebuah mobil yang memiliki ban serep sebagai ban cadangan. Sesuai dengan namanya, ban serep berfungsi untuk berjaga-jaga guna mengantisipasi terjadi kerusakan pada ban utama. Selagi ban yang dipasang masih berfungsi, ban serep tetap disimpan pada tempatnya. Apabila terjadi kerusakan pada ban utama, tanpa perlu menunggu pertolongan, ban serep dapat dipergunakan. Saat itulah manfaat ban serep dapat dirasakan. Bisa dibayangkan betapa leganya hati si pengemudi mobil karena adanya ban serep. Perjalanan dapat terus dilanjutkan sampai di tempat tujuan. Andai kata tiada ban serep tentu pengemudi akan mengalami kesulitan untuk melanjutkan pelajaran.

Berasuransi berarti memiliki penghasilan cadangan guna berjaga-jaga jika dalam perjalanan hidup terjadi terjadi suatu musibah yang membuat penghasilan utama hilang, misalnya akibat kematian dini. Penghasilan cadangan ini menyelamatkan suatu keluarga dari suatu malapetaka ekonomi berupa kehilangan penghasilan. Dengan adanya manfaat Uang Pertanggungan, kelangsungan penghasilan keluarga yang kehilangan pencari nafkah tetap terjamin, uang untuk kebutuhan hidup sehari-hari termasuk biaya pendidikan si anak tersedia, hutang terbayarkan, sang Ibu mempunyai cukup uang untuk memenuhi berbagai keperluan lain. Pastilah keluarga yang mengalami peristiwa seperti ini menganggap Perusahaan asuransi jiwa sebagai Dewa Penolong.

Perkembangan pesat dunia asuransi jiwa diberbagai bidang seperti teknologi, produk, tenaga ahli dan manajemen tidak sejalan dengan kemajuan pengetahuan masyarakat khususnya pemilik polis mengenai asuransi jiwa itu sendiri. Selain itu proses pembayaran uang pertanggungan dari pihak asuransi ke ahli waris tidak selamanya berjalan mulus sebagaimana diharapkan. Kadangkala uang yang diharapkan akan diterima dengan cepat, tanpa prosedur berbelit-belit sebagaimana yang dijanjikan, sering tertunda bahkan ada yang tidak diterima kecuali sebagian kecil premi yang dikembalikan. Jelas hal semacam ini membuat ahli waris yang membutuhkan uang kecewa. Masalah ini sering berbuntut panjang bahkan sampai ke pengadilan karena pihak ahli waris menuduh perusahaan tidak menepati janji.

Sedangkan perusahaan mempunyai alasan yang kuat mengapa mereka tidak segera membayar klaim atau bahkan menolak klaim yang diajukan. Biasanya keterlambatan atau penolakan klaim disebabkan oleh ketidakjujuran tertanggung dalam mengungkapkan fakta yang sebenarnya mengenai dirinya dalam surat permohonan asuransi yang diajukan. Misalnya mengenai kesehatan, pekerjaan, status merokok, dan sebagainya.

Masalah utama yang sering diadukan oleh nasabah berkisar pada beberapa hal seperti:

1. Agen tidak menyetorkan premi yang telah ditagihnya dari nasabah,
2. Penentuan kurs dollar yang tidak sesuai,
3. Pelayanan tidak memuaskan,
4. Keterlambatan pembayaran klaim, menunda-nunda pembayaran klaim,
5. Penolakan klaim tanpa alasan yang jelas,
6. Pembatalan polis sepihak, dan lain-lain.

Kasus-kasus semacam ini sebenarnya sering terjadi di banyak perusahaan asuransi jiwa dan jarang mendapat pemberitaan luas dari media cetak. Biasanya perselisihan antara nasabah dengan perusahaan diselesaikan dengan cara musyawarah di luar pengadilan. Manajemen perusahaan tentunya akan bertindak hati-hati supaya berita negatif mengenai perusahaan mereka tidak dibeberkan di media massa. Terlepas dari siapa yang salah atau siapa yang benar, pemberitaan yang sifatnya negatif sudah pasti membuat kepercayaan publik terhadap perusahaan

asuransi yang bersangkutan akan berkurang. Kerugian yang ditimbulkan akibat ketidakpercayaan masyarakat terhadap perusahaan pasti lebih besar, karena bisnis asuransi jiwa berdasarkan kepada kepercayaan.

Namun masih saja ada kasus persengketaan antara nasabah dengan perusahaan asuransi sampai ke tangan media massa. Seperti sebuah kasus yang terjadi beberapa tahun yang lalu, di mana seorang ahli waris mengugat pailit sebuah perusahaan asuransi jiwa. Kasus ini berawal karena penggugat, di mana orang tuanya sebelum meninggal dunia ikut program asuransi pada perusahaan asuransi tersebut, mengadukan pihak perusahaan karena tidak mau membayar klaim atas kematian orang tuanya. Perkara ini berlangsung beberapa tahun sampai akhirnya ahli waris melalui Pengadilan Niaga, mengugat pailit perusahaan tersebut. Kasus tersebut berakhir setelah perusahaan asuransi yang cukup terkenal dan mempunyai aset miliaran rupiah tersebut membayar klaim Uang Pertanggungan yang diajukan penggugat. Ini merupakan sebuah *win-win solution* dimana ahli waris mendapatkan haknya, dan perusahaan tidak jadi dipailitkan. Peristiwa tersebut mungkin belum seberapa dibandingkan dengan yang dialami oleh Direktur Utama sebuah perusahaan asuransi jiwa yang sudah ditutup. Ratusan nasabah mendatangi lokasi kantor pusat perusahaan tersebut dengan tujuan menuntut pembayaran hak mereka. Merasa tidak ada kepastian mengenai pengembalian uang mereka, akhirnya ratusan nasabah sudah emosional menyandera direktur perusahaan tersebut.

Pada 07 November 2010, Saran, yang berprofesi sebagai pedagang ikan, mengajukan aplikasi untuk jadi pemegang dua polis pada PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya. Aplikasi diajukan melalui agen asuransi perusahaan asuransi jiwa tersebut. Permohonan atau aplikasi Saran diterima Kantor Pusat Asuransi Central Asia Raya pada 21 November 2010. Uang pertanggungan polis PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya No. 149087-MD sebesar Rp. 1 miliar. Untuk itu, Saran harus membayar premi sebesar Rp. 17.200.000,-. Sedangkan untuk polis No. 147088-MD, yang uang pertanggungannya sebesar US\$50,000, Saran harus membayar premi sebesar US\$1,527. Maka, mulai 07 November 2010, Saran menjadi tertanggung PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya, dengan produk asuransi jiwa *whole life*. Masa pertanggungan akan berlangsung sampai dengan 07 November 2051 atau selama 41 tahun. Sedangkan, pembayaran preminya berlangsung selama 20 tahun, yang dibayar tahunan setiap 07 November. Tertanggung harus terus membayar premi sampai tahun ke-20, kecuali ia meninggal dunia. Pada 15 Januari 2014, sekitar pukul 18.00 WIB, Saran meninggal dunia setelah dirawat sejak 28 Desember 2013 di RS. Budhi Graha, yang terletak di Jalan Dr. Setia Budi, Jambi. Saran meninggal karena CA Nasopharyng, sebagaimana dinyatakan oleh Rasyidin Syah, dokter yang merawatnya di rumah sakit tersebut. Dalam catatan dokter Rasyidin, ketika masuk RS. Budhi Graha, pasien sudah tidak bisa menelan, makan, serta minum. Menurut catatan dokter tersebut, pasien sempat dirawat di RS. Husada, Jakarta. RS. Budhi Graha hanya melanjutkan perawatan dari RS. Husada, Jakarta. CA Nasopharyng yang diderita Saran menyebabkan pembengkakan pada lehernya. Sehingga, suaranya susah keluar dan susah makan serta minum. Karena Saran tercatat sebagai pemegang polis PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya No. 149087-MD dan 149088-MD, maka ahli warisnya yang terdiri dari tiga orang mengajukan klaim ke perusahaan asuransi jiwa yang sudah berdiri 30 tahun lalu tersebut. Para ahli waris Saran adalah Rini (istri), Liusda (anak kandung) dan Rice Andriyani (adik kandung). PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya, menyatakan pihaknya tidak bisa memenuhi tuntutan klaim karena ada unsur yang tidak memenuhi persyaratan. Yaitu tentang ada keterangan yang tidak benar pada formulir aplikasi atau permohonan Pak Saran untuk menjadi pemegang polis PT. Asuransi Jiwa Central Asia Raya. Dimana tertanggung atau nasabah menyatakan tidak pernah menderita kanker atau tumor jinak. Pihak perusahaan asuransi menunjukkan aplikasi atau formulir permohonan untuk menjadi teranggung Central Asia Raya yang telah diisi Saran. Dan fakta menunjukkan Saran menutup-nutupi informasi mengenai kesehatannya. Padahal, dalam asuransi, ada prinsip yang terkenal, yaitu *utmost in good faith*, yaitu menjunjung tinggi kejujuran.

Ketika muncul pertanyaan bahwa mengapa pihak Central Asia Raya tidak mengecek kesehatan tertanggung Saran, Perusahaan asuransi juga tidak mau disalahkan dengan mengatakan, Saran tidak menyebutkan bahwa ia sedang menderita kanker atau tumor. Kalau pada saat mengajukan permohonan asuransi disebutkan bahwa calon tertanggung menderita kanker atau tumor tentunya Pihak perusahaan asuransi akan melakukan koordinasi dengan dokter yang merawatnya, bahkan kalau perlu, akan melakukan pemeriksaan medis secara menyeluruh melalui dokter atau rumah sakit rekanan perusahaan asuransi kemudian menghitung ulang resiko yang harus ditanggung perusahaan dan memutuskan apakah akan menerima atau menolak permohonan calon nasabah.

Persoalan muncul ketika klaim ditolak oleh perusahaan asuransi jiwa. Kasus klaim ini bertumpu pada perjanjian dagang dan terikat secara hukum perdata kemudian dilaporkan ke pihak kepolisian daerah jambi berdasarkan laporan dari ahli waris tertanggung yang mengakibatkan di tahannya direktur perusahaan asuransi jiwa tersebut. Kasus ini menjadi menarik karena timbul beberapa pertanyaan antara lain; Apakah kasus penolakan klaim ini dapat di alihkan dari perdata menjadi pidana? Seberapa jauh hukum melindungi hak hak tertanggung

(pemegang polis asuransi jiwa dan ahli warisnya) untuk mendapatkan hak hak mereka ?

Prihatin dengan peristiwa-peristiwa semacam ini akan terulang kembali di masa yang akan datang, membuat peneliti tertarik untuk mencari tahu apakah pemerintah sudah melakukan perlindungan hukum terhadap pemegang polis asuransi.

METODE PENELITIAN

Seperti yang diketahui bahwa dalam penelitian sedikit-tidaknya dikenal beberapa alat pengumpul data seperti, studi dokumen atau bahan pustaka, pengamatan atau observasi, wawancara atau interview. Namun karena ruang lingkup penelitian ini adalah pada disiplin Ilmu Hukum, khususnya Hukum Perdata/Dagang, maka penelitian ini merupakan bagian dari penelitian hukum kepustakaan yakni dengan cara meneliti bahan pustaka atau yang dinamakan penelitian hukum normatif. Secara terperinci, metode-metode dan teknik-teknik penelitian yang digunakan ialah:

1. Metode Penelitian Kepustakaan yakni suatu metode yang digunakan dengan jalan mempelajari buku literatur perundang-undangan dan bahan-bahan tertulis lainnya yang berhubungan dengan materi pembahasan yang digunakan untuk mendukung pembahasan ini.
2. Metode Komparasi yakni suatu metode yang digunakan dengan jalan mengadakan perbandingan terhadap sesuatu masalah yang dibahas, kemudian diambil untuk mendukung pembahasan ini, misalnya: perbandingan antara pendapat para pakar-pakar hukum perdata/dagang

HASIL DAN PEMBAHASAN

Persoalan klaim yang ditolak apakah dapat di alihkan menjadi kasus pidana ?

Terlepas dari perbedaan pandangan yang terjadi antara tertanggung atau nasabah dan pihak perusahaan asuransi, persoalannya memang hanya tidak bisa dilihat dari sisi klaim yang tidak *claimable* (tidak diganti tuntutan ganti ruginya). Tapi, memang harus dirunut sejak aplikasi menjadi tertanggung asuransi jiwa diberikan. Sebab, proses bisnis asuransi, termasuk asuransi jiwa, dimulai dari proses *underwriting* yang berdasarkan data yang masuk.

Dalam proses *underwriting* ini, pihak yang menanganinya yang disebut *underwriter* harus memahami manajemen risiko (risk management). Artinya, perjanjian antara tertanggung atau nasabah dan perusahaan asuransi jiwa, yang dikukuhkan dengan polis asuransi, sebenarnya merupakan pemindahan risiko (transfer of risk). Yaitu, risiko yang seharusnya ditanggung nasabah atau tertanggung ke perusahaan asuransi jiwa. Apabila *underwriter* tidak melakukan kalkulasi dan pengelolaan risiko dengan cermat dan baik, maka dikemudian hari, dapat terjadi kerugian yang di luar perkiraan. Akibatnya, risiko klaim (claim ratio) perbandingan antara klaim yang harus dibayar dan premi yang diperoleh menjadi tinggi. Tentu saja, ujungnya akan mengurangi laba perusahaan asuransi. Karena, hasil investasi dari dana atau premi akan termakan klaim. Biasanya dalam suatu perusahaan asuransi, keinginan bagian *underwriter* dan *marketing* selalu bertentangan. Bagian *marketing* menghendaki target premi tercapai. Sementara, bagian *underwriting* ingin melihat dulu risiko yang dipindahkan tertanggung. Apakah risikonya masuk akal atau tidak? Apakah risikonya bisa dikelola atau tidak?

Untuk itu, perusahaan asuransi menerima premi, yang besarnya dihitung berdasarkan harga yang berlaku di pasar asuransi, apakah per mil (per seribu) atau persen, dikalikan dengan uang pertanggungan nasabah. Sedangkan, dari pihak tertanggung atau nasabah, perusahaan asuransi mengharapkan kejujuran saat mengisi aplikasi atau permohonan atau menjadi pemegang polis. Semakin jujur seorang calon nasabah memberikan informasi tentang dirinya, semakin mudah pihak asuransi mengukur tingkat risiko yang dihadapi oleh nasabah tersebut. Ketidakjelasan risiko yang dihadapi seorang tertanggung, sebagaimana tergambar dalam formulir atau aplikasi permohonan asuransi, pada akhirnya, akan menyulitkan kedua belah pihak ketika terjadi perbedaan pendapat mengenai suatu klaim.

Kasus-kasus klaim yang terjadi memang harus dirunut dari kedua belah pihak, yaitu tertanggung atau nasabah dan perusahaan asuransi. Tentu, sama halnya dengan bisnis apapun, ada unsur *moral hazard* atau niat

jahat. Artinya, ada pihak-pihak yang ingin mengambil keuntungan, tapi dengan cara yang menyimpang dari hukum dalam hubungan bisnis asuransi. Sebenarnya, seorang nasabah atau tertanggung berhak mengajukan klaim. Tentu saja, jika ia telah memenuhi kewajibannya, yaitu memberikan informasi dengan benar, tercatat dengan baik dalam aplikasi atau formulir permohonan asuransi. Dan, juga membayar premi secara teratur.

Munir Sjamsoeddin Ketua Dewan Asuransi Indonesia (DAI) mengatakan, kalau memang ada perusahaan asuransi dianggap kurang cepat dalam menyelesaikan klaim, seorang nasabah bisa melaporkannya ke Dewan Asuransi Indonesia (DAI) atau Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). Kalau belum selesai juga, nasabah atau tertanggung bisa minta jasa arbitrase, pihak yang dianggap netral, untuk menyelesaikan permasalahan klaim tersebut. Kalaupun belum dapat diselesaikan juga, tentu seorang nasabah dapat melaporkannya ke Departemen Keuangan RI (Republik Indonesia), yang telah memberikan izin beroperasi suatu perusahaan asuransi. Kemudian, dapat juga melalui Pengadilan Niaga, sebagaimana pernah dilakukan terhadap beberapa perusahaan asuransi jiwa di Indonesia.

Memang, beberapa kasus perusahaan asuransi jiwa di Indonesia pernah digugat melalui jalur hukum, baik oleh nasabah maupun oleh mantan agennya, seperti PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan PT. Prudential Life Assurance. Dalam dua kasus tersebut, pada awalnya, pihak perusahaan asuransi jiwa dikalahkan oleh para penggugatnya. Tapi, ditingkat pengadilan yang lebih tinggi, pihak perusahaan asuransi jiwa dimenangkan. Bahkan, PT. Prudential Life Assurance pernah dinyatakan pailit oleh Pengadilan Niaga. Sehingga, tidak ada kegiatan bisnis selama beberapa hari. Meskipun pada tingkat kasasi akhirnya pihak Prudential dinyatakan menang.

Maka dari itu dengan di berlakukannya undang undang kepailitan dan penundaan kewajiban pembayaran utang no 37 tahun 2004, pemerintah menetapkan bahwa perusahaan asuransi hanya dapat dimohonkan pernyataan pailit oleh Menteri Keuangan Republik Indonesia mengingat dampak yang akan ditimbulkan apabila sebuah perusahaan asuransi dinyatakan pailit.

Sedang terlepas dari salah tidaknya sebuah perusahaan asuransi menolak klaim, kasus penahanan Direktur Asuransi Central Asia Raya, Hatbonar Sinaga, bisa menjadi preseden buruk untuk bisnis asuransi secara keseluruhan. Sekali lagi, perselisihan yang terjadi antara pemegang polis atau tertanggung dengan perusahaan asuransi selaku penanggung terjadi karena perbedaan pendapat terhadap polis asuransi atau perjanjian asuransi yang telah ditandatangani kedua belah pihak sehingga persoalan klaim adalah persoalan hubungan dagang yang bersifat perdata. Dan, tentunya hal itu harus diselesaikan secara perdata pula.

Perlindungan hukum terhadap nasabah dalam praktek asuransi di Indonesia

1. Polis asuransi sebagai bukti perjanjian pertanggungan asuransi

Polis asuransi merupakan bukti legal mengenai kesepakatan pertanggungan asuransi antara penanggung dengan tertanggung. Sebagai sebuah perjanjian, kontrak polis berbeda dengan format perjanjian pada umum. Perjanjian dalam polis asuransi bersifat unilateral dan tidak ada tawar menawar. Pihak asuransi berjanji untuk mengganti sejumlah kerugian yang mungkin diderita oleh tertanggung. Sedangkan perusahaan asuransi jiwa tidak bisa memaksa pemilik polis untuk membayar premi asuransi.

Pemerintah menetapkan standar minimum untuk setiap polis-polis asuransi yang beredar di Indonesia. Dan pelaku usaha asuransi tinggal mengikuti garis-garis besar yang telah ditentukan. Kalaupun ada perbedaan di antara satu perusahaan dan perusahaan lainnya tidak begitu banyak.

Maka dari itu nasabah atau tertanggung haruslah benar – benar membaca isi dari polis asuransi yang diberikan perusahaan asuransi tersebut. Perusahaan asuransi biasanya memberikan tenggang waktu membaca isi polis selama 30 – 45 hari. Maksudnya dalam tenggang waktu tersebut nasabah tidak setuju terhadap isi dari polis asuransi tersebut maka sang tertanggung dapat meminta pembatalan polis dan meminta premi yang telah dibayarkannya di kembalikan. Dan apabila lewat dari waktu tersebut maka dianggap kedua belah pihak setuju dengan isinya. Didalam polis asuransi selalu terdapat pasal-pasal sebagai berikut;

1. **Itikad baik (utmost goodfaith)**, salah satu syarat sahnya sebuah kontrak adalah **itikad baik**. Hal ini juga berlaku pada kontrak polis. Penanggung (perusahaan asuransi) percaya bahwa semua keterangan yang ditulis pada surat permohonan asuransi jiwa beserta formulir lain adalah benar. Apabila di kemudian hari penanggung **mengetahui** bahwa prinsip itikad baik ini dilanggar dalam arti bahwa tertanggung memberikan keterangan yang tidak benar mengenai dirinya padahal ia mengetahuinya, umpama kondisi

kesehatan, usia, status merokok, maka kontrak dapat di batalkan oleh penanggung.

2. **Masa dapat disanggah (*contestable period*)**, jika di kemudian hari ternyata bahwa surat permintaan asuransi jiwa beserta keterangan lain yang terkait dengan permohonan asuransi, tidak benar atau kurang lengkap dan dilakukan dengan sengaja maupun tidak dengan sengaja, yang apabila hal tersebut diketahui oleh penanggung sehingga dapat mempengaruhi pertimbangan seleksi risiko sedangkan polis asuransi sudah berlaku, maka penanggung berhak membatalkan asuransi sejak berlaku dari awal, dan semua premi yang telah dibayarkan oleh tertanggung akan dikembalikan dengan memperhitungkan semua manfaat yang telah diterima oleh tertanggung. Dengan catatan ketidakbenaran tersebut diketahui oleh penanggung dalam waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak tanggal penerbitan polis.
3. **Masa tidak dapat disanggah (*incontestable period*)**, apabila pertanggungan sudah berjalan lebih dari 2 (dua) tahun terhitung sejak tanggal penerbitan polis maka keabsahan pertanggungan untuk selanjutnya tidak dapat disanggah. Namun ketentuan tidak dapat disanggah ini tidak berlaku bila terdapat unsur penipuan atau pemalsuan.
4. **Penyelesaian sengketa**, apabila terjadi sengketa antara pemegang polis dan yang berkepentingan dalam pertanggungan dengan perusahaan asuransi, maka pemegang polis atau yang berkepentingan dalam pertanggungan dapat menyelesaikan persengketaan melalui musyawarah apabila musyawarah gagal dicapai, maka dapat menempuh upaya arbitrase atau pengadilan umum tergantung “choice of forum” yang tercantum pada polis. Apabila upaya arbitrase yang di tempuh maka apapun yang dihasilkan oleh badan arbitrase ini adalah final dan mengikat kedua belah pihak setelah keputusan arbitrase tersebut di tetapkan oleh pengadilan setempat di perlukan itikad baik dari kedua belah pihak untuk melaksanakannya. Sedangkan apabila menggunakan pilihan penyelesaian sengketa melalui peradilan umum biasa akan memakan waktu yang cukup panjang dan biaya yang besar mengingat pihak yang dikalahkan dapat mengajukan banding, kasasi sampai mempunyai kekuatan hukum tetap.

2. Perlindungan Hukum bagi Pemegang Polis menurut Undang undang perlindungan konsumen No. 8 tahun 1999

Payung hukum bagi konsumen di Indonesia termasuk konsumen asuransi adalah undang undang no. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan konsumen terutama Pasal 5, 7, 8, 9, dan 10.

Pasal 5 kewajiban konsumen adalah:

- a. Membaca dan mengikuti petunjuk informasi dan prosedur pemakaian atau pemanfaatan barang dan/atau jasa, demi keamanan dan keselamatan.
- b. Beritikad baik dalam melakukan transaksi pemberian barang dan/atau jasa.
- c. Membayar sesuai dengan nilai tukar yang disepakati.
- d. Mengikuti upaya penyelesaian hukum sengketa perlindungan konsumen secara tetap.

Pasal 7 kewajiban pelaku usaha adalah:

- a. Beritikad baik dalam melakukan kegiatan usahanya.
- b. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan.
- c. Memperlakukan atau melayani konsumen secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif.
- d. Menjamin mutu barang dan/atau jasa yang diproduksi dan/atau diperdagangkan berdasarkan ketentuan standar mutu barang dan/atau jasa yang berlaku.
- e. Memberi kesempatan kepada konsumen untuk menguji, dan/atau mencoba barang dan/atau jasa tertentu serta memberi jaminan dan/atau garansi atas barang yang dibuat /atau yang diperdagangkan
- f. Memberi kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian atas kerugian akibat penggunaan, pemakaian dan pemanfaatan barang dan/atau jasa yang diperdagangkan.
- g. Memberi kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian apabila barang dan/atau jasa yang diterima atau dimanfaatkan tidak sesuai dengan perjanjian.

Pasal 8 tentang pelaku usaha adalah:

Pelaku usaha dilarang memproduksi dan/atau memperdagangkan barang dan/atau jasa yang:

- a. Tidak memenuhi atau tidak sesuai standar yang dipersyaratkan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- b. Tidak sesuai dengan kondisi, jaminan, keistimewaan atau kemajuan sebagaimana dinyatakan dalam label, etiket atau keterangan barang dan/atau jasa tersebut.
- c. Tidak sesuai dengan yang dinyatakan dalam label, etiket, keterangan, iklan atau promosi penjualan barang dan/atau jasa.

Pasal 9:

Pelaku usaha dilarang menawarkan, mempromosikan, mengiklankan suatu barang dan/atau jasa secara tidak benar, dan atau seolah-olah, menawarkan sesuatu yang mengandung jadi yang belum pasti.

Pasal 10:

Pelaku usaha dalam menawarkan barang dan/atau jasa yang ditujukan untuk diperdagangkan dilarang menawarkan mempromosikan, mengiklankan atau membuat pernyataan yang tidak benar atau menyesatkan mengenai: C. kondisi, tanggungan, jaminan, hak ganti rugi atas suatu barang dan/atau jasa.

Pasal 18:

Tentang pencantuman klausula baku:

1. Pelaku usaha dalam menawarkan barang dan/atau jasa yang ditujukan untuk diperdagangkan dilarang membuat atau mencantumkan klausula baku pada setiap konsumen dan/atau perjanjian apabila:
 - a. Menyatakan pengalihan tanggung jawab pelaku usaha.
 - b. Menyatakan bahwa pelaku usaha berhak menolak penyerahan kembali barang yang dibeli konsumen.
 - c. Menyatakan pelaku usaha berhak menolak penyerahan kembali uang yang dibayarkan atas barang dan/atau jasa yang dibeli oleh konsumen. Mengatur perihal pembuktian atas hilangnya kegunaan barang atau pemanfaatan jasa yang dibeli konsumen.
 - d. Menyatakan pemberian kuasa dari konsumen kepada pelaku usaha baik secara langsung maupun tidak langsung untuk melakukan segala tindakan sepihak yang berkaitan dengan barang yang dibeli oleh konsumen secara angsuran.
 - e. Mengatur perihal pembuktian atas hilangnya kegunaan barang atau pemanfaatan jasa yang dibeli konsumen.
 - f. Memberi hak pelaku usaha untuk mengurangi manfaat jasa atau mengurangi harta kekayaan konsumen yang menjadi objek jual beli jasa.
 - g. Menyatakan tunduknya konsumen kepada peraturan yang berupa aturan baru, tambahan, lanjutan dan/atau pengubahan lanjutan yang dibuat sepihak oleh pelaku usaha dalam masa konsumen memanfaatkan jasa yang belinya.
 - h. Menyatakan bahwa konsumen memberi kuasa kepada pelaku usaha untuk pembebanan hak tanggungan, hak gadai atau hak jaminan terhadap barang yang dibeli oleh konsumen secara angsuran.
2. Pelaku usaha dilarang mencantumkan klausula baku yang letak atau bentuknya sulit terlihat atau tidak dapat dibaca secara jelas, atau yang pengungkapannya sulit dimengerti.
3. Setiap klausula baku yang telah ditetapkan oleh pelaku usaha pada dokumen atau perjanjian yang memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dinyatakan batal demi hukum.

3. Keputusan Menteri Keuangan RI No. 225/KMK.017/1993

Peraturan pemerintah mengenai masalah klaim ini di atur pada Keputusan Menteri Keuangan RI No. 225/KMK.017/1993 pasal 15 yang berbunyi; Perusahaan asuransi harus telah menyelesaikan pembayaran klaim *paling lama 30 hari* sejak adanya kesepakatan atau kepastian mengenai jumlah klaim yang harus dibayar.

4. Peraturan Pemerintah Nomor 73 tahun 1992

Pasal 23 ayat 1 menyatakan tindakan yang dapat dikategorikan sebagai memperlambat penyelesaian dan/atau pembayaran klaim adalah sebagai berikut:

- a. Memperpanjang proses penyelesaian klaim dengan meminta penyerahan dokumen tertentu, yang kemudian diikuti dengan penyerahan dokumen lain yang pada dasarnya berisi hal yang sama.
- b. Menunda pembayaran klaim dengan mengkaitkan dengan pembayaran klaim reasuransi atas klaim tersebut.
- c. Menetapkan prosedur penyelesaian klaim yang tidak lazim dipergunakan dalam kegiatan usaha asuransi.
- d. Tidak melakukan penyelesaian klaim yang merupakan bagian dari penutupan asuransi dengan mengaitkan pada penyelesaian klaim yang merupakan bagian lain dari penutupan asuransi dalam satu polis yang sama.

Berdasarkan pembahasan atas peraturan-peraturan yang mengatur hak-hak tertanggung serta peraturan-peraturan mengenai masalah klaim sebenarnya hak-hak seorang pemegang polis asuransi jiwa sudah dijamin oleh hukum yang ada. Kalau dalam relasi kasus diatas memang tertanggung dalam posisi yang salah karena;

- a. Tertanggung telah **mengabaikan asas itikad baik** karena tertanggung tidak dengan jujur menyampaikan kondisi bersangkutan yang sebenarnya, dalam hal ini sudah mempunyai penyakit yang ada sebelum penutupan polis.
- b. Tertanggung telah **mengabaikan “Kewajiban membaca polis asuransi”** sehingga berlaku asas kedua belah pihak sudah memahami betul apa yang diperjanjikan,

Tetapi dipihak penanggung tidak serta merta dapat begitu saja melepaskan tanggung jawabnya karena;

- a. Pihak tertanggung dapat dikenakan sanksi pula sesuai **Undang-undang perlindungan konsumen nomor 8 tahun 1999 pasal 7 ayat 2 (dua)** tentang kewajiban penanggung untuk **memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur** mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan. Apakah penanggung telah dengan jelas, benar dan jujur telah pula menjelaskan selengkap-lengkapnyanya mengenai syarat batal dalam polis asuransi, mengingat didalam syarat-syarat umum polis yang berupa kontrak baku itu selalu tercantum mengenai, **masa dapat disanggah dan masa tidak dapat disanggah?**
- b. Selain itu pihak penanggung dapat digugat dengan menggunakan **yurisprudensi** Negeri Belanda dalam hal ini Arrest HR tanggal 19 Mei 1978 yang mempertimbangkan bahwa jika penanggung sendiri sudah tahu tentang adanya **suatu keadaan yang dapat dipakai untuk menolak klaim** namun tidak memberitahukan kepada tertanggung, maka berdasarkan **itikad baik** yang harus diindahkan juga oleh penanggung dalam taraf pelaksanaan perjanjian menurut pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata (Suatu perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik), maka klaim yang bersangkutan tidak boleh di tolak (H.Gunarto, 1987).

Berdasarkan uraian diatas cukuplah jelas sebenarnya kedua belah pihak masing-masing mempunyai derajat kesalahan yang sama untuk itu kedua belah pihak dapat meminta penyelesaian sengketa tersebut melalui arbitrase ataupun pengadilan setempat untuk menyelesaikan perselisihannya secara perdata.

KESIMPULAN

Bisnis sesungguhnya dari asuransi adalah klaim atau tuntutan ganti rugi, seorang nasabah atau tertanggung (insured) dari suatu perusahaan asuransi baik itu asuransi jiwa ataupun asuransi kerugian memang biasanya mengharapkan klaimnya segera di bayar.

Perjanjian asuransi sebagai lembaga pengalihan dan pembagian resiko mempunyai kegunaan positif baik bagi masyarakat, perusahaan maupun bagi pembangunan negara. Mereka yang menutup perjanjian asuransi akan merasa tenteram sebab mendapat perlindungan dari kemungkinan tertimpa suatu kerugian. Demikian pula premi-premi yang terkumpul dalam suatu perusahaan asuransi dapat diusahakan dan digunakan sebagai dana untuk usaha pembangunan dan hasilnya akan dapat dinikmati masyarakat luas. Dipihak lain, risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan pembangunan juga dapat dialihkan kepada perusahaan asuransi. Dengan manfaat positif tersebut maka keberadaan asuransi perlu di pertahankan dan dikembangkan. Namun untuk mengembangkan usaha ini banyak factor yang perlu diperhatikan seperti antara lain: peraturan perundang-undangan yang memadai, kesadaran masyarakat, kejujuran para pihak, pelayanan yang baik, tingkat pendapatan masyarakat, pemahaman

akan kegunaan asuransi serta pemahaman yg baik terhadap ketentuan perundang- undangan yang terkait.

Sesuai dengan uraian kasus dan pembahasan diatas maka dapat disimpulkan seperti dibawah ini;

Bisnis asuransi menguntungkan kedua belah pihak, disatu pihak tertanggung selaku pemegang polis terjamin resiko yang diasuransikannya dan dilain pihak perusahaan asuransi dapat menggunakan dana yang disetorkan tertanggung untuk kepentingan bisnis yang lebih besar sehingga terjadi win-win solution.

Polis asuransi merupakan bukti legal mengenai kesepakatan pertanggungan asuransi antara penanggung dengan tertanggung. Sebagai sebuah perjanjian yang menjadi acuan utama apabila terjadi perselisihan.

Kewajiban tertanggung untuk membaca polis asuransi. Karena apabila kewajiban ini tidak dilakukan oleh calon pemegang polis maka si tertanggung dianggap menyetujui segala hal yang diperjanjikan dalam polis asuransi tersebut.

Kewajiban penanggung untuk menjelaskan isi polis asuransi secara jelas, benar, jujur dan lengkap. Adakalanya perusahaan asuransi melalui agen agennya suka lalai melakukan hal – hal yang sebenarnya wajib dilaksanakannya demi kepentingan finansial semata dalam mengejar komisi atau pendapatan si agen atau perusahaan asuransi.

Sengketa antara tertanggung dan penanggung adalah proses perdata bukan pidana, karena hubungan hukum yang terjadi antara tertanggung dan penanggung karena adanya perjanjian yang berupa polis asuransi maka penyelesaian sengketa pun haruslah melalui proses yang ditentukan dalam perjanjian (polis asuransi).

Undang undang Perlindungan Konsumen No 8 tahun 1999, Peraturan Pemerintah Nomor 73 tahun 1992 dan Kepmenkeu No. 225/KMK.017/1993 yang telah diperbaharui dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian dan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor: 422/kmk.06/2003 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi sebagai payung hukum bagi nasabah (tertanggung) dalam mendapatkan hak-hak nya selaku pemegang polis asuransi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, Zainal, Pahlevi. (2001). Kebijakan Bisnis, Pusat Penerbitan Universitas Terbuka, Jakarta.
- Fuady, M. (2003). Hukum Kontrak (Dari Sudut Pandang Hukum Bisnis) Buku Kedua. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Gunarto, H. (1984). Asuransi Kebakaran di Indonesia, Jakarta: Tira Pustaka.
- H. Man Suparman Sastrawidjaja. (2004). Hukum Asuransi, PT. Alumni, Bandung.
- Sari, E. K. (2005). Edvendi Simangunsong, Hukum dalam Ekonomi, Jakarta: PT. Grasindo Persada.
- Widjaja, G., & Adrian, M. (2004). Seri Aspek Hukum dalam Bisnis. Arbitrase Vs Pengadilan Persoaln Kompetensi absolut yang tidak pernah selesai,(Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2008).
- Majalah InfoBank no. 317, Agustus 2005, Vol XXVII
- Jurnal Hukum bisnis, volume 24 no 3, tahun 2005
- Jurnal Hukum bisnis, volume 30 no 1, tahun 2011