

PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP NASABAH YANG MENDAPATKAN PENOLAKAN KLAIM ASURANSI JIWA DI INDONESIA

¹Muhammad Maulana Ardhi, ²Rosalinda Elsina L

^{1,2}Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya

¹mmaulanardhi@gmail.com, ²rosalindael@untag-sby.ac.id

ABSTRACT

In insurance activities, there is often an imbalance in the position between the customer as the insured and policy holder and the insurance company as the guarantor which will cause problems, namely the decision to reject life insurance claims. Where one of the factors causing claim rejection is multiple interpretations of the policy by customers and errors in providing information by insurance agents, whereas in resolving disputes, the insurance company will firmly maintain that claims must be in accordance with the policy. Therefore, the author is interested in conducting research on legal issues related to customer procedures for making claims on life insurance. This research aims to find out and understand the mechanism or procedure for submitting claims. The type of research used is normative with a Legislative Regulation approach; conceptual; and the case namely Decision No. 155/Pdt.G/2012/PN.Jkt.Ut and Decision no. 620/Pdt.G/2014 PN.Jkt.Sel. So it is concluded that in the case of making a life insurance claim, the customer is obliged to submit a claim according to the procedure, namely first, make an immediate report; Second, the customer is required to include the evidence specified in the policy; Third, the claim can be submitted 30 days after the end of treatment. Next, the Company carries out an investigation, if the application does not comply with the provisions in the policy book then the claim submitted will be rejected.

Keywords: Claims, Life Insurance, Insurance Policy

ABSTRAK

Pada kegiatan asuransi sering terjadi ketidakseimbangan posisi antara nasabah sebagai tertanggung dan pemegang polis dengan perusahaan asuransi sebagai penanggung yang akan menimbulkan masalah yakni keputusan penolakan klaim asuransi jiwa. Dimana salah satu faktor penyebab penolakan klaim yakni multi tafsir pada polis oleh nasabah dan kesalahan pemberian informasi oleh agen asuransi sedangkan dalam penyelesaian sengketanya, perusahaan asuransi akan memegang teguh bahwa klaim harus sesuai dengan polis. Oleh karena itu, Penulis tertarik melakukan penelitian dengan isu hukum terkait bagaimana prosedur nasabah dalam melakukan klaim pada asuransi jiwa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan memahami mekanisme atau prosedur pengajuan klaim. Jenis penelitian yang digunakan yakni secara normatif dengan pendekatan Peraturan Perundang-Undangan; konseptual; dan kasus yakni pada Putusan No. 155/Pdt.G/2012/PN.Jkt.Ut dan Putusan No. 620/Pdt.G/2014 PN.Jkt.Sel. Sehingga didapati kesimpulan bahwa dalam hal melakukan klaim asuransi jiwa maka Nasabah wajib melakukan pengajuan klaim sesuai prosedural yakni Pertama, melakukan pelaporan segera; Kedua, Nasabah wajib menyertakan bukti-bukti yang telah ditentukan dalam polis; Ketiga, klaim yang dimohonkan dapat diajukan 30 hari setelah berakhirnya perawatan. Selanjutnya Perusahaan melakukan investigasi, apabila dalam pengajuan tidak sesuai dengan ketentuan di buku polis maka klaim yang diajukan akan ditolak.

Kata Kunci: Asuransi Jiwa, Klaim, Polis Asuransi

Pendahuluan

Dalam pandangan ekonomi, asuransi merupakan suatu metode untuk mengurangi risiko dengan cara mengalihkan dan mengkombinasikan ketidakpastian akan adanya kerugian keuangan (*financial*) (Darmawi, 2002). Seperti halnya risiko kematian ataupun risiko atas harta benda. Demikian juga pada dunia usaha dalam menjalankan kegiatannya dalam menghadapi berbagai risiko yang mungkin dapat mengganggu kesinambungan usahanya. Menurut Pasal 1 angka 1 Undang Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menyebutkan bahwa :

“Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk:

- a) Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau
- b) Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.”

Selanjutnya, pada kegiatan asuransi yang dimaksud nasabah atau konsumen adalah tertanggung atau pemegang polis. Nasabah yang ada merupakan tulang punggung dari Perusahaan asuransi (Agit Pratama et al., 2017). Sejatinya kepercayaan konsumen bergantung pada pengelolaan dananya oleh Perusahaan asuransi. Apabila kepercayaan lahir maka perlindungan harus diberikan sepenuhnya terhadap segala kemungkinan yang akan terjadi dalam Tindakan dari Perusahaan asuransi yang merugikannya (Suparman, 2010).

Selanjutnya, perusahaan asuransi harus memiliki keterikatan secara hukum yang mengikat para pihak. Keterikatan hukum ini muncul sebagai konsekuensi dari perjanjian kedua pihak yang dicantumkan dalam kontrak secara tertulis yang disebut polis. Polis berguna sebagai bukti otentik jika terjadi klaim atau konflik di antara pihak yang terlibat (Mulhadi, 2017).

Pada umumnya pada asuransi sering terjadi ketidakseimbangan posisi antara nasabah sebagai pemegang polis dengan pihak perusahaan asuransi akan menimbulkan masalah. Nasabah sebagai tertanggung memiliki hak untuk memperoleh dana ganti kerugian jika produk yang didapat menyalahi isi kontrak perjanjian atau menyalahi kesepakatan (Masri, Esther, 2019). Sebagaimana hal tersebut dituangkan dalam Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Sebagian dari nasabah asuransi adalah nasabah individual, dan ada pula nasabah dengan keadaan ekonomi menengah ke bawah, sehingga pemberlakuan peraturan hukum lebih diutamakan sebagai pemberian perlindungan hukum yang lebih kuat untuk nasabah dari peluang atau resiko adanya pelanggaran hukum yang dilakukan oleh pihak perusahaan asuransi. Sebagaimana yang terjadi dalam kasus putusan no. 155/Pdt.G/2012/PN.Jkt.Ut dimana Willy Yanto sebagai Penggugat melawan PT. Asuransi Allianz Life Indonesia. Penggugat sebagai pemegang polis Asuransi jiwa pada SMARTLINK FLEXI ACCOUNT PLUS milik PT. Asuransi Allianz Life mengajukan gugatan kepada Pengadilan yang mana Penggugat menjadi nasabah asuransi yang mengasuransikan dirinya sebagai tergantung sebagaimana tertera dalam Polis Asuransi tertanggal 02 Juni 2010, No. 000011526318 dengan uang pertanggungan dasar SMARTLINK FLEXI ACCOUNT PLUS sejumlah Rp. 200.000.000; (dua ratus juta rupiah) dan pertanggungan Tambahan Flexicare Family for POA 15 unit , PAYOR BENEFIT – REGULER PREMIUM Rp. 7.800.000; (Tujuh juta delapan ratus ribu rupiah) Critical ILLNESS PLUS Rp. 100.000.000 ; (Seratus juta rupiah) ACCIDENTAL DEATH AND DISABLEMENT BENEFIT Rp. 200.000.000; (dua ratus juta rupiah) dengan total Premi/ bulan sebesar Rp. 650.000; (Enam ratus lima puluh ribu rupiah).

Dimana Penggugat mendapat manfaat yakni Santunan Pokok Harian untuk perawatan Rumah Sakit bukan karena kecelakaan , per hari / 100.000; (seratus ribu rupiah) dikalikan jumlah unit yang diambil dan Flexicare Family for POA 15 Unit x Rp. 100.000; = Rp. 1.500.000; (satu juta lima ratus ribu rupiah).hari, yang harus di bayarkan oleh Tergugat kepada Penggugat, apabila Penggugat mengalami sakit dan Rawat inap di Rumah Sakit sebagaimana yang terdapat dalam table Manfaat Program Asuransi Perorangan – Flexicare Family (per unit) di dalam Polis Asuransi Jiwa. Selanjutnya Penggugat pada tanggal 24 Agustus 2011 Penggugat mengajukan Klaim Santunan Pokok Harian kepada Tergugat, karena pada tanggal 23 Juli 2011 s/ 29 Juli 2011 yaitu selama 6 hari Penggugat dirawat di Rumah Sakit Husada , yang mana untuk pengajuan Klaim tersebut Penggugat telah melampirkan beberapa persyaratan sebagaimana yang diatur dalam polis. Namun pada tanggal 17 November 2011 Tergugat mengirim surat kepada Penggugat, yang menerangkan Klaim Penggugat “tidak dapat diproses sehubungan analisa dari data yang ada, perawatan yang dilakukan tidak ditemukan adanya indikasi medis dilakukan rawat inap”. “Bahwa hal ini membuat Penggugat melakukan upaya atas hal tersebut, karena merasa tidak terima dengan perlakuan daripada tergugat.

Adapun kasus lainnya terkait penolakan klaim asuransi sebagaimana pada putusan No. 620/Pdt.G/2014 PN.Jkt.Sel bahwa Vinsensius H. Ranteallo (Penggugat) mengajukan gugatan kepada Pengadilan Negeri Jakarta Selatan melawan PT. Asuransi Allianz Life Indonesia (Tergugat). Dimana sejak bulan Februari 2009 PENGUGAT menjadi nasabah TERGUGAT selaku Pemegang Polis Asuransi Kesehatan Allianz dengan Nomor Polis : V698-VINRA-010000, dengan Hak Pertanggungan sebesar Rp. 150.000.000,- (seratus lima puluh juta rupiah) sebagaimana dalam Perjanjian Asuransi tertanggal 24 Pebruari 2009. Bahwa PENGUGAT menjadi nasabah TERGUGAT dikarenakan adanya jaminan dalam hal pertanggungan terhadap berbagai macam penyakit dan kemudahan dalam melakukan klaim penagihan biaya pengobatan dimana menurut agen asuransi TERGUGAT menjelaskan bahwa dengan bukti foto copy biaya pengobatan proses klaim dapat diselesaikan tanpa melampirkan bukti asli, dengan alasan apabila PENGUGAT memiliki beberapa asuransi dapat melampirkan bukti asli biaya pengobatan tersebut kepada pihak asuransi lainnya. Alasan tersebut mendorong PENGUGAT menjadi nasabah asuransi kesehatan Allianz, karena PENGUGAT selain nasabah TERGUGAT juga nasabah pihak asuransi lainnya. Bahwa pada saat sedang bekerja di Papua, Penggugat mengalami kondisi kritis yang kemudian dirawat di RS. Stella Maris selama 7 (tujuh) hari yaitu sejak tanggal 12 September 2010 sampai dengan tanggal 18 September 2010. dalam proses administrasi di RS. Stella Maris, Makassar, PENGUGAT menunjukkan Kartu Anggota Asuransi Kesehatan (sejenis kartu ATM) yang diterbitkan oleh TERGUGAT, namun pihak RS. Stella Maris, Makassar, menolak pembayaran dengan menggunakan kartu anggota asuransi tersebut, karena RS. Stella Maris, Makassar, tidak bekerja sama dengan Asuransi Kesehatan Allianz, sehingga Penggugat harus membayar seluruh biaya pengobatan terlebih dahulu dengan total biaya pengobatan sebesar Rp. 8.610.000,- (delapan juta enam ratus sepuluh ribu rupiah). Bahwa setelah itu Penggugat mengajukan pengurusan klaim biaya dengan membawa berkas fotocopy yang telah dilegalisir, namun sesampainya pada Tergugat ditinjau kembali bahwa harus ada berkas-berkas lain yang harus dibawa lalu Penggugat kembali dari Jakarta ke Makassar untuk meminta hasil diagnosa dokter yang asli dan bukti pembayaran yang asli. Pihak Tergugat menyatakan bahwa menyanggupi pengajuan klaim setelah perlengkapan pembuktian telah dipenuhi. Lalu setelah Penggugat kembali ke pihak Tergugat ternyata Tergugat meminta kwitansi asli dari Rumah Sakit (kwitansi asli telah diberikan kepada kantor Penggugat). Setelah beberapa minggu Penggugat kembali menanyakan progres pada Tergugat namun Tergugat menyatakan bahwa pengajuan klaim asuransi atas biaya pengobatan di RS. Stella

Maris telah lewat waktu (kadaluarsa) sehingga Tergugat menolak untuk membayar klaim asuransi yang diajukan oleh Penggugat. Oleh karenanya Penggugat merasa bahwa tindakan daripada Tergugat merupakan perbuatan yang melanggar perjanjian asuransi yang disepakati oleh Tergugat dengan Penggugat, sehingga perbuatan yang demikian adalah perbuatan wanprestasi (ingkar janji) (Pratama, Adyan Agit, Bambang Eko Turisno, and Suradi, 2017).

Berdasarkan kasus tersebut menunjukkan bahwa adanya kesalahan pemberian informasi oleh perusahaan asuransi yang dapat menimbulkan resiko terjadinya sengketa hukum atau gugatan klaim asuransi yang berakhir di pengadilan. Transparansi informasi pada awal sebelum penutupan kontrak asuransi kerap diabaikan oleh perusahaan asuransi, sehingga menimbulkan kerugian bagi nasabah (Arifin, Miftah, 2020). Oleh karena itu, pengetahuan tentang mekanisme atau prosedur pengajuan klaim, persyaratan klaim, dan tahap yang harus dijalankan oleh nasabah jika klaim ditolak adalah penting untuk dipahami. Sehingga dengan ini Penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul **“PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP NASABAH YANG MENDAPATKAN PENOLAKAN KLAIM ASURANSI JIWA DI INDONESIA”**. Sehingga didapati isu hukum sebagai rumusan permasalahan yakni bagaimanakah prosedur nasabah dalam melakukan klaim pada asuransi jiwa.

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum secara normatif. Penelitian hukum normatif adalah sebuah penelitian yang meletakkan hukum sebagai bangunan sistem norma mengenai asas-asas, norma, kaidah dari peraturan perundang-undangan, putusan pengadilan, perjanjian serta doktrin (ajaran). Penelitian hukum normatif yang nama lainnya adalah penelitian hukum doktrinal yang disebut juga sebagai penelitian perpustakaan atau studi dokumen karena penelitian ini dilakukan atau ditujukan hanya pada peraturan-peraturan yang tertulis atau bahan-bahan hukum yang lain (Soekanto & Mamudji, 2004).

Selain menggunakan jenis penelitian hukum normatif, penulis juga menggunakan Pendekatan Peraturan Perundang-Undangan dengan cara menganalisis segala Undang-Undang dan Regulasi terkait Dengan menggunakan pendekatan ini penulis dapat melihat konsistensi antara regulasi satu dengan lainnya. Selanjutnya, penulis menggunakan pendekatan konseptual untuk mengkaji dan menganalisis kerangka berpikir, kerangka konsep atau landasan teoritis yang akan diteliti.

Hasil dan Pembahasan

Mengetahui Hak dan Kewajiban Para Pihak dalam Asuransi Jiwa

Setiap perjanjian itu merupakan suatu hubungan hukum maka hak dan kewajiban yang timbul dari suatu perjanjian itu akan dijamin oleh hukum dan undang-undang selama isinya tidak bertentangan dengan hukum, ketertiban, kesusilaan serta memenuhi syarat-syarat perjanjian. Beberapa pasal penting mengenai perjanjian dalam KUHPerdara yang harus diperhatikan dalam perjanjian asuransi, seperti Pasal 1320 KUHPerdara yang mengatur syarat-syarat yang harus dipenuhi dalam suatu perjanjian, yaitu:

- a) hal tertentu; Kesepakatan kedua belah pihak;
- b) Kecakapan untuk membuat suatu perjanjian;
- c) Suatu hal tertentu;
- d) Suatu sebab yang halal.

Dalam hal asuransi memuat Hak dan Kewajiban antar pihak tertanggung dan penanggung yakni yang termuat dalam suatu polis. Sebagaimana Penulis menemukan bahwa

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia telah mengungkapkan beberapa hal yang menjadi ketentuan standar dalam polis yakni: (Allianz, 2022)

- 1) Ketentuan *free-look provision*
Dalam klausula ini berarti pemegang polis memiliki waktu untuk memeriksa terlebih dahulu polisnya dan selanjutnya dapat mengambil keputusan.
- 2) Ketentuan *incontestability*
Dalam klausula ini memiliki artian memberikan jaminan ke masyarakat bahwa kekeliruan kecil yang dilakukan pemohon pertanggungan, tidak akan dijadikan alasan oleh perusahaan asuransi untuk menolak klaim di saat risiko terjadi.
- 3) Ketentuan *grace period provision*
Dimana klausula ini memberikan jangka waktu bagi pemegang polis untuk membayar premi lanjutan dalam periode 30 hari setelah tanggal jatuh tempo.
- 4) Ketentuan *reinstatement provision*
Dalam klausula ini menjelaskan keadaan-keadaan yang harus dipenuhi untuk memulihkan polis yang telah berakhir akibat premi yang tidak dibayar atau tidak diteruskan.
- 5) Ketentuan *waiting period*
Dimana klausul ini menentukan jangka waktu tertentu yang harus dijalani oleh tertanggung, sebelum ia memenuhi syarat untuk menerima manfaat dari polis.
- 6) Ketentuan *misstatement of age or sex provision*
Dalam klausula ini mengatur mengenai penyesuaian manfaat polis yang akan dilakukan oleh perusahaan asuransi jika pemegang polis memberikan informasi yang keliru mengenai usia atau jenis kelamin tertanggung pada saat Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (yang selanjutnya disebut SPAJ).
- 7) Ketentuan Pengecualian
Dalam klausula ini terdapat beberapa kondisi yang dikecualikan dari manfaat asuransi jiwa.
- 8) Ketentuan *pre-existing condition*
Merupakan kondisi kesehatan yang sudah ada sebelum polis asuransi berlaku.
- 9) Ketentuan Wilayah Pertanggungan
Dengan adanya klausul ini maka menjadi batasan manfaat yang disediakan oleh polis asuransi jiwa.
- 10) Ketentuan mengenai lapse
Dengan adanya klausula ini merupakan kondisi di mana polis asuransi jiwa sudah tidak berlaku lagi.
- 11) Ketentuan Waktu Pengajuan Klaim
Klausul ini merupakan Salah satu kondisi yang diatur dalam proses klaim adalah periode maksimal pengajuan klaim sejak terjadi suatu peristiwa.
- 12) Ketentuan *cash value*
Dalam hal ini Asuransi jiwa juga ada yang mengandung *cash value* atau nilai tunai.
- 13) Ketentuan Cuti Premi
Dalam hal ini merupakan klausul yang menawarkan fasilitas pembayaran premi bukan dari uang tunai, melainkan dari nilai tunai yang sudah terbentuk.

Berdasarkan hal tersebut diatas diketahui bahwa nasabah sebagai tertanggung memiliki hak dimana Pertama, nasabah berhak Memperoleh informasi mengenai produk yang dipilih dari agen/tenaga pemasar secara akurat, jujur, jelas, serta tidak menyesatkan; Kedua, nasabah berhak untuk memeriksa, mempelajari, dan mempertimbangkan polis sebelum mengambil keputusan; Ketiga, nasabah berhak mendapatkan manfaat-manfaat daripada asuransi yang dipilih; Keempat, nasabah berhak mendapatkan penjelasan se jelas-

jelasan bila pengajuan klaim manfaat ditolak oleh perusahaan asuransi. Sedangkan kewajiban daripada nasabah sebagai tertanggung yakni Pertama, Nasabah berhak membayar premi sesuai yang diperhitungkan; Kedua, nasabah berhak memberikan informasi sebenarnya; Ketiga, nasabah berkewajiban untuk memberikan bukti yakni dengan melengkapi surat-surat yang diperlukan dalam pengajuan klaim (Suratman, Sukadi, and Muhammad Junaidi, 2019).

Adapun hak dan kewajiban pihak penanggung yakni perusahaan asuransi yakni Pertama, berhak mendapatkan seluruh informasi yang benar dan lengkap mengenai objek asuransi sesuai dengan yang telah diatur dalam Pasal 251 KUHD; Kedua, berhak mengatur penyesuaian manfaat polis; Ketiga, berhak memutuskan terkait bagaimana manfaat akan diberikan; Keempat, berhak melakukan penyelidikan/investigasi terkait klaim manfaat. Sedangkan kewajibannya yakni Pertama, melakukan penagihan premi secara berkala sesuai polis yang telah dibuat; Kedua, berkewajiban memberikan pertanggungan kepada nasabah sesuai manfaat yang tertulis dalam polis; Ketiga, Memberikan jangka waktu tertentu; Keempat, Berkewajiban memberikan penjelasan secara transparan kepada nasabah (Husain, Fajrin, 2011).

Tahapan Pengajuan Klaim

Klaim adalah salah satu fungsi terpenting dari perusahaan asuransi. Adalah esensial, klaim yang sah itu dibayar dengan segera dan sepenuhnya. Klaim adalah suatu tuntutan atas suatu hak yang timbul karena persyaratan dalam perjanjian yang ditentukan sebelumnya telah terpenuhi. Sedangkan klaim asuransi jiwa adalah suatu tuntutan dari hak pemegang polis atau yang ditunjuk kepada pihak asuransi atas sejumlah pembayaran uang pertanggungan atau harga tunai yang timbul karena syarat-syarat dalam perjanjian asuransinya telah dipenuhi (Rejeki Hartono, 1992).

Agar Klaim Asuransi dapat diproses dan dibayar oleh perusahaan asuransi, ada berbagai ketentuan penting mengenai pengajuan klaim yang harus diperhatikan:

- 1) Klaim sesuai dengan yang tertera dalam polis.
- 2) Polis masih berlaku (*inforce*).
- 3) Polis tidak dalam masa tunggu.
- 4) Klaim termasuk dalam pertanggungan.
- 5) Pastikan klaim yang Anda ajukan bukan pengecualian yang tertera dalam polis (Badruzaman, 2019).

Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa dalam kasus Putusan No. 155/Pdt.G/2012/PN.Jkt.Ut dimana Willy Yanto sebagai Penggugat melawan PT. Asuransi Allianz Life Indonesia. Penggugat sebagai pemegang polis Asuransi jiwa pada SMARTLINK FLEXI ACCOUNT PLUS milik PT. Asuransi Allianz Life mengajukan gugatan kepada Pengadilan yang mana Penggugat menjadi nasabah asuransi yang mengasuransikan dirinya sebagai tertanggung sebagaimana tertera dalam Polis Asuransi tertanggal 02 Juni 2010, No. 000011526318 dengan uang pertanggungan dasar SMARTLINK FLEXI ACCOUNT PLUS sejumlah Rp. 200.000.000; (dua ratus juta rupiah) dan pertanggungan Tambahan Flexicare Family for POA 15 unit , PAYOR BENEFIT – REGULER PREMIUM Rp. 7.800.000; (Tujuh juta delapan ratus ribu rupiah) Critical ILLNESS PLUS Rp. 100.000.000 ; (Seratus juta rupiah) ACCIDENTAL DEATH AND DISABLEMENT BENEFIT Rp. 200.000.000; (dua ratus juta rupiah) dengan total Premi/ bulan sebesar Rp. 653.000; (Enam ratus lima puluh tiga ribu rupiah). Dimana Penggugat mendapat manfaat yakni Santunan Pokok Harian untuk perawatan Rumah Sakit bukan karena kecelakaan , per hari Rp. 100.000; (seratus ribu rupiah) dikalikan jumlah unit yang diambil dan Flexicare Family for POA 15 Unit x Rp. 100.000; = Rp. 1.500.000; (satu juta lima ratus ribu rupiah). hari, yang harus di bayarkan oleh Tergugat

kepada Penggugat, apabila Penggugat mengalami sakit dan Rawat inap di Rumah Sakit sebagaimana yang terdapat dalam table Manfaat Program Asuransi Perorangan – Flexicare Family (per unit) di dalam Polis Asuransi Jiwa. Selanjutnya Penggugat pada tanggal 24 Agustus 2011 Penggugat mengajukan Klaim Santunan Pokok Harian kepada Tergugat, karena pada tanggal 23 Juli 2011 s/ 29 Juli 2011 yaitu selama 6 hari Penggugat dirawat di Rumah Sakit Husada, yang mana untuk pengajuan Klaim tersebut Penggugat telah melampirkan beberapa persyaratan sebagaimana yang diatur dalam polis. Namun pada tanggal 17 November 2011 Tergugat mengirim surat kepada Penggugat, yang menerangkan Klaim Penggugat “tidak dapat diproses sehubungan analisa dari data yang ada, perawatan yang dilakukan tidak ditemukan adanya indikasi medis dilakukan rawat inap”. “ Bahwa hal ini membuat Penggugat melakukan upaya atas hal tersebut, karena merasa tidak terima dengan perlakuan daripada tergugat.

Dalam fakta-fakta tersebut maka Penggugat sebagai nasabah dalam pengajuan klaim telah memenuhi persyaratan klaim asuransi dimana Penggugat melakukan klaim asuransi sesuai dengan produk yang ia pilih yakni dimana Penggugat sebagai nasabah SMARTLINK FLEXI ACCOUNT PLUS milik PT. Asuransi Allianz Life yang akan mendapat manfaat yakni Santunan Pokok Harian untuk perawatan Rumah (selain kecelakaan) per hari Rp. 100.000; (seratus ribu rupiah) dikalikan jumlah unit yang diambil dan Flexicare Family for POA 15 Unit x Rp. 100.000; = Rp. 1.500.000; (satu juta lima ratus ribu rupiah) per harinya, yang harus di bayarkan oleh Tergugat kepada Penggugat, apabila Penggugat mengalami sakit dan Rawat inap di Rumah Sakit (memenuhi syarat pertama).

Dalam hal melakukan pengajuan klaim Penggugat sebagai nasabah Tergugat yang masih aktif dibuktikan dengan fakta bahwa Penggugat membayar premi tepat waktu sebesar Rp.653.000,- (enam ratus lima puluh tiga ribu rupiah) (memenuhi persyaratan kedua) dan polis tidak dalam masa tunggu (memenuhi persyaratan ketiga).

Klaim yang dilakukan Penggugat benar termasuk dalam pertanggungan yakni bahwa Penggugat rawat inap di Rumah Sakit bukan karena kecelakaan akibat pribadi ataupun kecelakaan kerja melainkan karena penyakit thypoid (memenuhi syarat keempat). Selanjutnya merujuk pada pokok perkara pada putusan tersebut didapati bahwa ternyata Tergugat menolak pengajuan klaim nasabah dikarenakan nasabah memberikan bukti-bukti termasuk hasil laboratorium dan kwitansi pembayaran namun dalam hasil laboratorium tidak membuktikan bahwa pasien yakni Penggugat belum memerlukan perawatan di Rumah Sakit. Selanjutnya nasabah juga tidak memberikan bukti kwitansi bersamaan dengan obat-obat yang dikonsumsi selama perawatan. Sehingga jika merujuk persyaratan klaim maka tidak memenuhi persyaratan kelima dikarenakan tidak terbuktinya perawatan inap di Rumah sakit. Dalam hal pengajuan klaim maka pada dasarnya terdapat 3 (tiga) tahapan dalam klaim yakni:

- 1) Pemberitahuan perihal pelaporan klaim selama batas waktu yakni 7 hari, 14 hari, 30 hari sesuai dengan ketentuan polis. Pelaporan dilakukan secara verbal dan diikuti dengan laporan tertulis.
- 2) Investigasi permintaan atas beberapa dokumen pembuktian atas nilai kerugian yang menunjukkan estimasi nilai klaim diperlukan.
- 3) Tertanggung yakni nasabah mengirimkan dokumen pendukung klaim yang diminta oleh penanggung. Selanjutnya penanggung melakukan pemeriksaan kesesuaian dokumen kepada polis, kelengkapan dokumen yang diminta oleh penanggung dan mengirimkan kepada pihak penanggung yakni perusahaan asuransi.

Berdasar hal tersebut maka pengajuan klaim diatas dengan fakta-fakta hukum yang tertulis dalam kasus Putusan No. 155/Pdt.G/2012/PN.Jkt.Ut dalam hal pelaporan dilakukan secara verbal dan diikuti laporan tertulis dengan tenggang waktu kurang dari 30 hari dimana nasabah dalam laporannya rawat inap mulai tanggal 23 juli 2011 sampai dengan 29 juli 2011

(selama 6 hari) dan melakukan pelaporan untuk pengajuan klaim pada tanggal 24 Agustus 2011. Selanjutnya dalam hal investigasi dokumen yang dilakukan Tergugat yakni perusahaan asuransi dibuktikan dalam eksepsinya dikatakan “bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan atas dokumen-dokumen Klaim Asuransi tersebut dan sebagai kewenangan dari Tergugat, maka Tergugat menolak permohonan Klaim Asuransi dari Penggugat tersebut melalui Surat No. Ref 10322/AZLI-CMD/ IX/2011 berperihal Pemberitahuan Penolakan Klaim Kesehatan tertanggal 20 September 2011 yang isinya menyampaikan kepada Penggugat bahwa Tergugat tidak dapat memproses Klaim Asuransi tersebut; surat mana telah diterima oleh Penggugat dengan melampirkan penjelasan bahwa Klaim tidak dapat diproses sehubungan analisa dari data yang ada, perawatan yang dilakukan tidak ditemukan adanya indikasi medis dilakukan rawat inap dan sebagai informasi : tidak ada pencurian obat. Perlu Tergugat tegaskan bahwa yang dimaksudkan oleh Tergugat dengan tidak ditemukan indikasi medis dilakukan rawat inap adalah tidak adanya bukti rawat inap. NAMUN tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa Tergugat mengalami suatu gejala penyakit yang membutuhkan perawatan inap; selain itu, tagihan pembayaran atas rawat inap 6 (enam) hari yang diajukan Penggugat tidak merincikan obat-obatan yang dikonsumsi Penggugat dalam hal ini”

Dalam hal melakukan investigasinya Tergugat telah melakukan konsultasi dengan konsultan yakni Dr. dr. Siti Setiati, SpPD, K-Ger, Mepid, FINASIM, mengenai diagnosa dalam Klaim Asuransi Penggugat ini, dan Konsultan tersebut telah memberikan jawaban atau penjelasan tertulisnya tertanggal 26 April 2012, yang pada intinya menyimpulkan bahwa dari data klinis dan penunjang yang dikirimkan kepadanya, belum tampak indikasi rawat inap pada pasien ini (cq. Penggugat). Sehingga berdasar hal tersebut sudah tepat dan sangatlah beralasan bahwa penolakan dari Tergugat atas Klaim Asuransi tersebut dengan menyatakan bahwa klaim tidak dapat diproses karena analisa dari data yang ada karena tidak ditemukan adanya indikasi medis perlu dilakukannya rawat inap terhadap Penggugat. Pada tahapan terakhir, Tertanggung yakni nasabah mengirimkan dokumen pendukung klaim yang diminta oleh penanggung. Sebagaimana dibuktikan bahwa Penggugat telah mengirimkan dokumen pendukung seperti halnya:

- 1) Formulir klaim Kesehatan Asuransi Kesehatan Perorangan - flexicare yang ditandatangani oleh dr.S.TAUFIK, SpPD..
- 2) Faktur Pemberian Jasa pada Rumah Sakit Husada tertanggal 02 Agustus 2011.
- 3) Bukti Kwitansi No. 2011080221 sebagai Pembayaran Biaya Perawatan selama di Rumah Sakit Husada yang disahkan oleh Dr.Meike Silfanus Massie, M.Kes selaku Direktur Keuangan tertanggal 04 A

Dimana dokumen tersebut sesuai dengan yang tertulis dalam Pasal 9 pada Polis yang menerangkan terkait prosedur klaim untuk syarat-syarat Tambahan Polis Unit Link Premi Berkala PT.Asuransi Life Indonesia Flexicare Family. Apabila Tergantung menjalani perawatan sebagaimana disebutkan dalam Pasal2 Addendum ini maka: Anda harus mengajukan bukti – bukti.

- a. Pembayaran atas perawatan (Kwitansi asli yang bermaterai atau salinan / copy kwitansi dari Rumah Sakit yang telah dilegalisir.
- b. Melengkapi Formulir klaim dari kami yang telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap Rumah sakit.
- c. Klaim diajukan selambat- lambatnnya 30 (tiga puluh) hari setelah berakhirnya perawatan.”

Penutup

Dalam hal melakukan klaim asuransi jiwa maka Nasabah wajib melakukan pengajuan klaim sesuai prosedural yakni Pertama, melakukan pelaporan segera ke perusahaan secara lisan dan dipertegas dengan laporan tertulis termasuk melengkapi form permohonan klaim;

Kedua, Nasabah wajib menyertakan bukti-bukti yang telah ditentukan dalam polis, dimana PT. Allianz dalam polisnya dituliskan bahwa pengajuan klaim wajib menyerahkan resume medis, kwitansi asli beserta perincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau pelayanan kesehatan, formulir klaim yang diisi lengkap dan ditanda tangani pemegang polis; Ketiga, klaim yang dimohonkan dapat diajukan 30 hari setelah berakhirnya perawatan. Selanjutnya Perusahaan melakukan investigasi terkait apakah pengajuan klaim telah memenuhi syarat yakni kesesuaian klaim dengan polis, masa berlaku polis, apakah polis termasuk dalam masa tunggu, apakah klaim termasuk dalam pertanggungan, memeriksa apakah klaim yang diajukan termasuk dalam pengecualian klaim yang telah tertulis dalam polis asuransi. Namun harap diingat bahwa setiap perusahaan memiliki ketentuan masing-masing mengenai prosedur penyelesaian klaim asuransi jiwa. Perusahaan asuransi memiliki prosedur standar menginvestigasi setiap klaim yang diajukan oleh nasabah, apabila dalam pengajuan tidak sesuai dengan ketentuan di buku polis maka klaim yang diajukan akan ditolak.

Daftar Pustaka

- Agit Pratama, A., Eko Turisno, B., & Suradi. (2017). "Perlindungan Hukum Bagi Konsumen Terhadap Perjanjian Perpanjangan Asuransi Melalui Telemarketing." *Diponegoro Law Jurnal*, 6.
- Arifin, Miftah. (2020). "Membangun Konsep Ideal Penerapan Asas Etikad Baik Dalam Hukum Perjanjian." *Jurnal Ius Constituendum* 5, no. 1, 66. <https://doi.org/10.26623/jic.v5i1.2218>.
- Allianz, I. (2022). *Klausul-Klausul yang Ada dalam Polis Asuransi Jiwa*. Allianz.
- Badruzaman, D. (2019). Perlindungan Hukum Tertanggung dalam Pembayaran Klaim Asuransi Jiwa. *Amwaluna: Jurnal Ekonomi Dan Keuangan Syariah*, 3(1), 96–118. <https://doi.org/10.29313/amwaluna.v3i1.4217>
- Darmawi, H. (2002). *Manajemen Risiko*. Bumi Aksara.
- Husain, Fajrin. (2011). "Perlindungan Hukum Terhadap Pemegang Polis Asuransi Menurut UU No. 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian." *Lex Crimen Vol. V/No. 6/Ags/2016* 44, no. 8, 22280. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>.
- Masri, Esther. (2019). "Pelanggaran Prinsip Etikad Baik Dalam Perjanjian Asuransi Pada PT. Asuransi Jiwasraya Cabang Padang." *Bhayangkara, Jurnal Krtha* 12, no. 1. 116–39.
- Mulhadi. (2017). *Dasar -Dasar Hukum Asuransi*. Raja Grafindo Persada.
- Pratama, Adyan Agit, Bambang Eko Turisno, and Suradi. (2017). "Perlindungan Hukum Bagi Konsumen Terhadap Perjanjian Perpanjangan Asuransi Melalui Telemarketing." *Diponegoro Law Journal* 6, 1–13.
- Rejeki Hartono, S. (1992). *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Sinar Grafika.
- Soekanto, S., & Mamudji, S. (2004). *Penelitian Hukum Normatif* (8th ed.). Raja Grafindo Persada.
- Suparman, H. M. (2010). *Hukum Asuransi*. PT. Alumni.
- Suratman, Sukadi, and Muhammad Junaidi. (2019). "Sistem Pengawasan Asuransi Syariah Dalam Kajian Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian." *Jurnal Usm Law Review* 2, no. 1, 63. <https://doi.org/10.26623/julr.v2i1.2259>.