



**POLIS ASURANSI JIWA SEBAGAI ALAT BUKTI PENUNTUTAN  
KLAIM DALAM PERJANJIAN ASURANSI JIWA (STUDI DI PT  
ASURANSI JIWASRAYA SEMARANG TIMUR)**

Aditama Setya Prakoso\*, Rinitami Njatrijani, Paramita Prananingtyas  
Program Studi S1 Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Diponegoro  
E-mail : [aditama\\_setya@yahoo.com](mailto:aditama_setya@yahoo.com)

**Abstrak**

Sesuai pasal 255 KUHD, kesepakatan para pihak dalam perjanjian asuransi jiwa tertuang dalam akta perjanjian tertulis yang bernama di polis yang juga berguna sebagai alat bukti. Apabila polis sudah diterbitkan maka selanjutnya akan timbul hak dan kewajiban bagi para pihak, penanggung menerima pembayaran premi dan tertanggung menerima ganti kerugian atau klaim apabila terjadi risiko. Namun dalam kenyataannya masih terdapat penolakan klaim padahal sudah memiliki polis sebagai alat bukti yang sempurna. Lalu apakah alat bukti polis dapat dikesampingkan dalam suatu perjanjian asuransi apabila terdapat bukti lain. Alasan yang diungkapkan adalah karena ada pelanggaran itikad baik yang menjadi dasar perjanjian. Hendaknya para tertanggung memberikan informasi sejujurnya mengenai obyek yang diasuransikan agar nantinya tidak dirugikan kedepannya.

Kata kunci : Polis Asuransi Jiwa, Penolakan Klaim Asuransi Jiwa

**Abstract**

*According to Article 255 of Business Law (KUHD), agreement of the parties to the agreement stated in the deed of life insurance written agreement named policy which is also useful as evidence . If the policy has been issued then will arise rights and obligations of the parties, the insurer receives premium payments and the insured receive compensation or a claim in the event of risk . Although in reality there is still a claim denial when own policy as perfect evidence . And whether that evidence can be ruled out policy in an insurance contract if there is other evidence . The reason mentioned is because there is a violation of good faith is the basis of the agreement. Should the insured provide honest information regarding the insured object that will not be harmed in the future .*

*Keywords : Constitutional complaint, legislative interpretation, judicial interpretation, constitutional rights*

**I. PENDAHULUAN**

Setiap orang pasti pernah mengalami peristiwa yang tidak pasti. Peristiwa yang tidak pasti ini selalu berupa keadaan yang selalu ingin hindari oleh manusia. Keadaan tidak pasti terhadap setiap kemungkinan yang dapat terjadi baik dalam bentuk atau peristiwa yang belum tertentu menimbulkan rasa

tidak aman yang lazim disebut sebagai risiko.<sup>1</sup>

Ada beberapa upaya yang dapat dilakukan oleh manusia untuk mengatasi risiko-risiko yang mungkin timbul sehingga akan mengakibatkan kerugian antara lain:<sup>2</sup>

1. Menghindari (*Avoidance*)
2. Mencegah (*Prevention*).

<sup>1</sup> Sri Rejeki Hartono, *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, Sinar Grafika, 1995, hal 2

<sup>2</sup> *Ibid*, hal 69

3. Menerima (*Assumption or Retention*)
4. Mengalihkan (*Transfer*)

Metode untuk mengalihkan risiko tersebut kepada pihak atau lembaga lain dianggap cara yang paling baik dalam pengelolaan risiko. Lembaga yang dimaksud adalah asuransi atau pertanggungan. Pengalihan risiko apabila berkaitan dengan nyawa manusia, maka jiwa seseorang yang dipertanggungkan, risiko kematian tersebut ditanggung oleh perusahaan asuransi yang berkaitan dengan seseorang.

Asuransi berdasarkan ketentuan Pasal 246 KUHD adalah: *“Asuransi atau Pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin dideritanya karena peristiwa yang tak tertentu”*

Di Indonesia sendiri asuransi jiwa adalah salah satu jenis asuransi yang paling diminati oleh masyarakat. Asuransi jiwa adalah persetujuan untuk mengadakan pembayaran sejumlah uang dengan menerima premi dalam hubungan hidup atau wafatnya seseorang manusia.<sup>3</sup> Sebagai produk hukum perdata, asuransi jiwa adalah bentuk perjanjian antara penanggung dengan tertanggung. Penanggung disini adalah perusahaan asuransi sedangkan tertanggung adalah nasabah asuransi atau penerima

manfaat dari asuransi jiwa tersebut. Dalam suatu perjanjian harus ada kesepakatan dari kedua belah pihak, di dunia asuransi kesepakatan tersebut tertuang dalam akta perjanjian yang disebut polis. Polis sebagai alat bukti kepesertaan asuransi jiwa secara jelas diatur dalam KUHD Pasal 255. Polis berfungsi sebagai alat bukti tertulis bahwa telah terjadi perjanjian asuransi antara tertanggung dan penanggung. Polis memuat kesepakatan mengenai syarat-syarat dan janji-janji khusus yang menjadi dasar pemenuhan hak dan kewajiban untuk mencapai tujuan asuransi. Polis memiliki arti penting dalam perjanjian asuransi jiwa sebab polis merupakan alat bukti yang sempurna dalam suatu perjanjian asuransi.

Secara teoritis ada empat syarat sah nya perjanjian yang diatur dalam Pasal 1320 KUHPerdata yaitu

1. Kesepakatan mereka yang mengikatkan diri;
2. Kecakapan untuk membuat perikatan;
3. Suatu hal tertentu;
4. Suatu sebab yang halal.

. Apabila keempat syarat itu terpenuhi maka secara otomatis perjanjian tersebut mengikat kedua belah pihak. Hal ini diperkuat oleh Pasal 1338 KUHPerdata *“setiap perjanjian yang dibuat secara sah maka mengikat sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya”*. Oleh karena itu, apabila suatu perusahaan asuransi sudah menerbitkan polis sebagai bukti kesepakatan antara penanggung dan tertanggung dengan syarat-syarat yang sudah disepakati dan sudah ditandatangani oleh kedua belah pihak, maka perjanjian tersebut

---

<sup>3</sup> Wirjono Prodjodikoro, 1991, *Hukum Asuransi di Indonesia*, PT Intermasa, hal 187

sudah sah. Sehingga selanjutnya munculah hak dan kewajiban diantara kedua belah pihak tersebut. Hak penanggung adalah menerima pembayaran dalam bentuk tunai tiap bulannya atau yang biasa disebut premi, sedangkan tertanggung menerima klaim apabila terjadi risiko.

## II. METODE

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian dan penulisan hukum ini adalah yuridis empiris. Pendekatan yuridis dimaksudkan bahwa penelitian ini ditinjau dari aspek-aspek hukum perasuransian yang berupa KUHPer, KUHD dan UU No 40 tahun 2014 tentang Perasuransian. Sedangkan aspek empiris ialah sebagai usaha mendekati masalah yang diteliti dengan melihat bagaimana penerapan peraturan-peraturan asuransi dan apa yang tertulis di polis terhadap kenyataannya di masyarakat.

Spesifikasi penelitian yang digunakan bersifat deskriptif analitis yaitu pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan keadaan obyek penelitian pada saat sekarang, berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Bersifat deskriptif karena penelitian ini mempunyai maksud untuk memberikan gambaran secara rinci, sistematis dan menyeluruh mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penulisan skripsi ini.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Hadari Nawawi & Mimi Martini, *Penelitian Terapan*, Yogyakarta: 1994, hal 73

## III. HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. HASIL PENELITIAN

#### 1. Prosedur Pengajuan Perjanjian Asuransi Jiwa di PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur

Setiap perusahaan asuransi jiwa memiliki SOP dalam proses pendaftaran calon tertanggung hingga menjadi tertanggung perusahaan asuransi jiwa. Perusahaan asuransi memiliki agen asuransi yang bertugas sebagai perantara dan juga pemasaran jasa asuransi untuk dan atas nama penanggung. Para agen harus mentaati prosedur yang tersedia di SOP perusahaan. Prosedur pengajuan PT. Asuransi Jiwasraya,<sup>5</sup> Pertama-tama agen asuransi menawarkan produknya kepada calon tertanggung, para agen menjelaskan keterangan berbagai macam produk yang dimiliki perusahaan asuransi jiwa yang menjelaskan berbagai manfaat, fungsi, kegunaan dan hal-hal lain yang membuat calon tertanggung tertarik menutup asuransi jiwa yang ditawarkan tersebut. Selain itu agen juga menjelaskan tentang daftar yang berisi tarif premi dan jumlah uang asuransi dari berbagai produk asuransi yang kemudian calon tertanggung sendiri yang menentukan pilihannya.

Selanjutnya apabila calon tertanggung sudah menentukan pilihan produk asuransinya, para agen asuransi membuat proposal ringkasan polis yang berisi permintaan asuransi jiwa dari calon

---

<sup>5</sup>Listianto, Kepala Seksi Pertanggung (Underwriter) PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur, Wawancara tanggal 5 Maret 2016

tertanggung dan manfaat yang akan diterima serta jangka waktu pembayaran premi dan besarnya premi yang harus dibayarkan oleh calon tertanggung. Agen asuransi menyerahkan kepada calon tertanggung untuk dimintakan persetujuan dan tanda tangannya. Apabila calon tertanggung sudah menyetujui proposal ringkasan polis yang dibuat oleh agen selanjutnya pihak agen akan memberikan surat permintaan asuransi jiwa (SPAJ).

Surat permintaan asuransi jiwa (SPAJ) dan surat-surat keterangan lain yang diisi calon tertanggung menjadi dasar perjanjian asuransi antara penanggung dan pemegang polis. Agen asuransi sebagai pihak penanggung akan meneliti dan memeriksa surat permintaan asuransi jiwa (SPAJ) serta surat-surat keterangan yang lain apakah tertanggung layak untuk dicover atau tidak, jika perlu dapat dilakukan *medical check up* untuk memeriksa riwayat kesehatan calon tertanggung.

Agen asuransi jiwa akan menyerahkan SPAJ dan surat-surat keterangan tersebut kepada bagian *underwriting* yang selanjutnya melakukan seleksi untuk menentukan disetujui atau tidaknya tertanggung. Apabila disetujui kemudian *underwriter* mengirimkan SPAJ dan surat-surat keterangan tersebut serta tertanggung diwajibkan membayar uang polis dan pembayaran premi pertama ke kantor pusat yang berada di Jakarta.

*Underwriter* sendiri adalah fungsionaris bagian Teknik / Underwriting, yang mempunyai

tugas pokok untuk menganalisa risiko yang ditawarkan, menetapkan *term and condutions* serta menetapkan besarnya premi yang mencerminkan tingkat risiko yang ditanggung. Sumber informasi untuk melakukan seleksi risiko atau *underwriting* ini berasal Surat Permohonan Asuransi Jiwa dan dokumen-dokumen lain, *underwiter* sebagai pihak yang bertanggung jawab dari perusahaan asuransi jiwa akan melakukan pemeriksaan pada diri calon tertanggung.

SPAJ adalah data awal yang didapatkan penanggung dari untuk menentukan calon tertanggung mengikuti perjanjian asuransi. Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) berisi antara lain data calon pemegang polis, data calon pembayar premi, data calon tertanggung utama, manfaat asuransi. Sedangkan SKK (Surat Keterangan Kesehatan) berisi tentang riwayat kesehatan calon tertanggung. Informasi dalam dokumen permohonan asuransi jiwa, surat keterangan kesehatan dan data tambahan lainnya yang kemudian dianalisis lengkap dan setelah itu *underwriter* akan memberikan keputusan atas permohonan yang diajukan.

Jika PT.Asuransi Jiwasraya menyetujui dan mengaksep SPAJ tersebut maka polis diterbitkan dan pertanggungan mulai berlaku sejak tanggal yang tercantum di dalam polis dan kewajiban membayar premi sudah terpenuhi.

Selanjutnya polis yang sudah disetujui *underwriter* ini diberikan kepada tertanggung dan kemudian

disebut pemegang polis. Pemegang polis mempunyai hak untuk mempelajari dan memahami mengenai isi dan ketentuan yang terdapat dalam polis (*free look provision*) tersebut, apabila terdapat hal-hal yang tidak dimengerti oleh klien tersebut, maka dapat ditanyakan kepada *underwriter*. maka polis diterbitkan dan pertanggung jawaban mulai berlaku sejak tanggal yang tercantum di dalam polis dan kewajiban membayar premi sudah terpenuhi. Polis yang sudah ditandatangani oleh calon tertanggung, secara otomatis berpindah sepenuhnya menjadi milik tertanggung dan polis ini merupakan bukti tertulis perjanjian jiwa antara tertanggung dan penanggung dalam hal ini PT. Asuransi Jiwasraya (persero) sampai jangka waktu yang ditentukan sebagaimana yang tertulis didalam polis

Dalam kenyataannya, pada awal pendaftaran Asuransi tertanggung merasa dalam pengisian SPAJ sudah benar sesuai prosedur. Seperti yang dinyatakan oleh Ny Budi Sugiarsih<sup>6</sup> sebagai penerima manfaat asuransi di PT Asuransi Jiwasraya yang klaim nya ditolak. Menurut beliau pada saat SPAJ diajukan kepada suaminya, Alm. Eddy Triyono sebagai tertanggung oleh agen asuransi yang sebagai wakil dari penanggung memang sudah memenuhi ketentuan yang tertulis dan mengisi sesuai prosedur yang dituntun oleh agen asuransi. Namun tidak dapat dipungkiri setelah pengajuan klaim terbukti bahwa

dalam pengisian ada kelalaian yang dilakukan suaminya dalam pengisian SPAJ tidak diisi dengan sebenarnya, tetapi menurut beliau karena agen asuransi memang kerabat dekat jadi prinsip yang terakhir yaitu pernyataan agen penutup yang menganggap bahwa calon tertanggung pada saat itu sehat jasmani maupun rohani walaupun pada saat itu dalam keadaan sakit diabetes, yang seharusnya gagal dalam proses *underwriting*. Walaupun terdapat kesalahan dalam pengisian SPAJ namun dalam proses pendaftaran asuransi ini tidak ada *medical check up* sehingga *underwriter* melakukan seleksi dengan mengandalkan pernyataan riwayat kesehatan yang tertulis. Syarat-syarat awal dalam prosedur pendaftaran sudah terpenuhi sehingga polis diserahkan pada tertanggung.

## 2. Tata Cara Pengajuan Klaim

Klaim secara umum adalah suatu tuntutan atas suatu hak, yang timbul karena persyaratan dalam perjanjian yang ditentukan sebelumnya telah dipenuhi. Sedangkan secara khusus klaim asuransi jiwa adalah suatu tuntutan dari pihak pemegang polis/ ahli waris/ penerima manfaat asuransi jiwa kepada pihak perusahaan asuransi jiwa atau sejumlah pembayaran uang pertanggung jawaban atau nilai tunai yang timbul karena syarat-syarat dalam perjanjian asuransi jiwanya telah terpenuhi.

Dalam asuransi jiwa, klaim mencakup beberapa hal. Pengajuan klaim dapat dilakukan ketika tertanggung rawat inap di Rumah

---

<sup>6</sup> Budi Sugiarsih, Penerima Manfaat yang klaimnya ditolak, Semarang, Wawancara tanggal 19 Maret 2015

Sakit, mengalami cacat tetap total (yang disebabkan oleh sakit kritis terlebih dahulu, kecelakaan, maupun tidak), penyakit kritis, kecelakaan yang disertai meninggal, dan meninggal dunia. Apabila terjadi risiko, tertanggung dapat mengajukan klaim. Pertama-tama yang dilakukan adalah datang langsung ke perusahaan atau menghubungi agen asuransi, tertanggung dan agen asuransi akan bekerjasama dengan segera untuk mengurus kelengkapan yang menjadi syarat-syarat dalam pengajuan klaim<sup>7</sup>. Syarat-syarat dapat berupa polis yang bersangkutan, fotokopi bukti diri, bukti pembayaran premi yang sah dan sebagainya.

Setelah syarat-syarat terpenuhi dan tidak ada yang dikecualikan maka selanjutnya pihak penanggung akan memeriksa arsip untuk melihat apakah premi telah dilunasi dan kondisi-kondisi yang lain serta memeriksa kelengkapan dokumen yang diajukan oleh pihak tertanggung. Apabila dokumen pengajuan klaim telah lengkap dan risiko dapat dicover oleh polis, pihak kantor cabang PT Asuransi Jiwasraya akan memberikan laporan atas pengajuan klaim yang diajukan oleh pihak tertanggung kepada bagian klaim PT Asuransi Jiwasraya pusat yang berada di Jakarta.

Bagian Klaim Asuransi Jiwasraya akan melakukan survey investigasi apabila terjadi klaim karena meninggalnya tertanggung. Survey dilakukan terhadap sebab-

sebab kematian baik terhadap ahli waris tertanggung maupun pihak-pihak terkait dokter, mengenai sebab kematian tertanggung, termasuk mengenai riwayat kesehatan tertanggung.

Pelaksanaan survey dan investigasi ini dilakukan untuk memastikan kebenaran klaim, dan pembayaran uang asuransi sebelum akhirnya pihak penanggung memutuskan untuk menerima atau menolak pengajuan klaim tersebut. Apabila semua syarat pengajuan sudah dipenuhi dan telah terbukti kebenarannya selanjutnya klaim dapat cair dan tertanggung/ penerima manfaat mendapatkan ganti kerugian.

Seperti halnya pula klaim yang dilakukan oleh Ny. Budi Sugiarsih sebagai ahli waris atau penerima manfaat dari klaim atas meninggalnya tertanggung Alm.Eddy Triyono. Ketika Almarhum meninggal dunia, ahli waris menghubungi agen asuransi yang menawarkan produk asuransi pada saat itu. Selanjutnya agen asuransi memberitahukan syarat-syarat yang harus dipenuhi dalam pengajuan klaim, seperti polis yang bersangkutan, surat kematian, fotokopi ktp dan lain-lain. Sedangkan syarat-syarat seperti keterangan dari rumah sakit dan sebagainya, agen yang mencari. Setelah itu seluruh syarat-syarat tersebut dikirim ke perusahaan asuransi untuk diputuskan menolak atau menerima pengajuan klaim.

Setelah dilakukan survey, perusahaan Asuransi atau PT Asuransi Jiwasraya memutuskan untuk menolak klaim yang diajukan. Alasannya adalah karena pada saat

---

<sup>7</sup>Listianto, Kepala Seksi Pertanggungan (*Underwriter*) PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur, Wawancara tanggal 5 Maret 2016

awal pengisian surat pengajuan asuransi jiwa (SPAJ), tertanggung utama Alm. Eddy Triyono memberikan informasi yang tidak benar dan bersifat menyembunyikan fakta dalam mengisi formulir pendaftaran polis asuransi. Ini terbukti setelah dilakukan survey bahwa tertanggung sebelumnya pernah masuk rumah sakit sebelum ikut dalam perjanjian asuransi. Dalam hal ini maka ditemukan unsur melanggar itikad baik dalam mengadakan perjanjian asuransi. Tertulis dalam ketentuan umum polis Asuransi Jiwasraya Pasal 3 bahwa apabila keterangan yang disampaikan kepada penanggung keliru atau tidak benar maka penanggung tidak berkewajiban membayar apapun selain pengembalian premi yang telah disetor pemegang polis.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Alasan Penolakan Klaim**

Polis, suatu perjanjian berisi hak dan kewajiban yang mengadakan perjanjian. Dengan adanya dua hal tersebut maka suatu saat akan terjadi tuntutan atau klaim atas masing-masing pihak. Dalam perjanjian asuransi jiwa, pemegang polis akan mengajukan tuntutan klaim atas pembayaran premi asuransi apabila masa uang asuransi berakhir, pemutusan kontrak, atau tertanggung meninggal dunia dalam masa asuransi.

Pasal 257 KUHD menyatakan bahwa perjanjian pertanggungan akan segera setelah selesai atau diterbitkannya seketika setelah ia ditutup, hak dan kewajiban bertimbal balik dari si tertanggung dan penanggung mulai berlaku sejak saat

itu. Jadi dapat disimpulkan di Pasal 257 KUHD ini bahwa untuk berlaku sah atau tidaknya perjanjian asuransi tidaklah tergantung suatu adanya akta atau polis. Tetapi bila dilihat di Pasal 255 KUHD menggambarkan bahwa suatu pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang dinamakan polis, ini berarti menyatakan bahwa polis merupakan syarat untuk adanya perjanjian itu. Hak dan kewajiban tertanggung dikatakan sebagai suatu yang melekat atau tak terpisahkan dari polis tersebut. Salah satu hak dari tertanggung adalah melakukan tuntutan klaim kepada penanggung dimana inilah yang menjadi tujuan dari adanya perjanjian asuransi yaitu mengalihkan risiko kepada tertanggung.

Suatu perusahaan asuransi sebagai penanggung tentu saja akan menghadapi adanya pengajuan klaim dari tertanggung untuk memperoleh uang asuransi setelah terjadinya peristiwa tidak tentu yang menimpanya. Pengajuan klaim juga harus memenuhi syarat-syarat yang sudah ditetapkan di polis asuransi jiwa. Apabila syarat-syarat semua sudah terpenuhi dan tidak terdapat pengecualian maka tertanggung atau ahli waris berhak mendapatkan manfaat atas pengajuan klaim yang diajukan.

Faktanya tidak semua pengajuan klaim dapat diterima oleh perusahaan asuransi, beberapa pengajuan klaim ada yang ditolak. Seperti klaim yang diajukan istri dari Alm. Eddy Triyono, Ny Budi Sugiarsih. Padahal beliau sudah memenuhi syarat-syarat yang

ditentukan dari mulai pendaftaran polis hingga syarat-syarat pengajuan klaim. Namun karena penyakit yang diderita Alm. Eddy Triyono sudah ada sebelum perjanjian asuransi dilakukan, dan itu tidak disampaikan secara jujur kepada PT Asuransi Jiwasraya pada saat pengisian SPAJ, maka penanggung menganggap perjanjian tersebut batal dan oleh penanggung menganggap perjanjian itu batal dan oleh karena itu tidak berkewajiban memenuhi manfaat kepada ahli waris atau penerima uang asuransi.

Surat permintaan asuransi jiwa sangat penting dalam perjanjian asuransi karena ini adalah yang menjadi dasar dalam perjanjian asuransi asuransi. Dalam suatu perjanjian supaya sah asuransi atau pertanggungan haruslah memenuhi syarat sah nya perjanjian yang diatur di Pasal 1320 KUHPer yaitu kata sepakat, cakap, hal tertentu dan sebab yang halal. Disamping Pasal 1320 KUHPer suatu perjanjian asuransi harus memenuhi Pasal 251 KUHD yang menentukan:

*“Bahwa semua pemberitaan yang salah atau tidak benar atau penyembunyiannya keadaan yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun jujurnya itu terjadi pada pihaknya yang sedemikian rupa sehingga perjanjian tidak akan diadakan atau diadakan dengan syarat-syarat yang sama bilamana penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari benda itu, menyebabkan pertanggungan itu batal”.*

Hal ini juga diperkuat di Ketentuan Umum Polis Asuransi Jiwa Pasal 3 ayat 2

*“Apabila keterangan atau pemberitahuan yang disampaikan kepada Penanggung ternyata keliru atau tidak benar atau ternyata terdapat penyembunyian keadaan yang diketahui oleh pemegang polis dan atau tertanggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggungan dan/ atau polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu , maka pertanggungan dari polis dengan sendirinya menjadi batal sejak pertanggungan dimulai dan dalam hal demikian Penanggung tidak berkewajiban membayar apapun selain pengembalian premi yang telah disetor oleh Polis. Ketentuan tersebut tetap berlaku walaupun kekeliruan, ketidakbenaran atau penyembunyian keadaan yang dimaksud diatas baru diketahui sesudah dilaksanakan pembayaran manfaat asuransi”*

SPAJ berisi tentang data-data yang harus diisi oleh calon tertanggung. Apabila data-data yang diisi calon tertanggung tidak sesuai dan tidak benar dengan keadaan sesungguhnya sedangkan pertanggungan sudah berjalan maka penanggung berhak membatalkan pertanggungan karena melanggar prinsip itikad baik.

Prinsip *utmost good faith* atau prinsip itikad baik yang terkandung di Pasal 251 KUHD menekankan bahwa perjanjian asuransi harus dilaksanakan secara pantas dan patut. Itikad baik bukan hanya dilakukan

pada perjanjian saja tetapi juga pada saat dibuatnya atau ditandatanganinya suatu perjanjian seperti pada pengisian SPAJ. Agar prinsip itikad baik ini benar-benar terpenuhi, tertanggung diharapkan tidak menyalahgunakan dalam mengisi SPAJ demikian juga penanggung agar menjelaskan luas jaminan yang diberikan dan hak-hak dari penanggung.

Pelanggaran prinsip itikad baik sebenarnya tidak serta merta adalah kesalahan dari pihak tertanggung, jika dalam hal ini tertanggung tidak mengetahui penyakit yang dideritanya maka merupakan kewajiban dari pihak penanggung untuk memeriksa kesehatan tertanggung. Sehingga apabila terjadi permasalahan pada kesehatan calon tertanggung yang tidak memenuhi syarat di polis dapat dicegah. Selain itu pemberian keterangan yang salah oleh tertanggung atau itikad buruknya seperti penipuan oleh tertanggung dapat diketahui.

Selain penolakan yang disebabkan karena melanggar itikad baik atau penyampaian informasi yang salah, penolakan klaim biasanya disebabkan karena tidak memenuhi ketentuan-ketentuan yang ada di polis asuransi. Misalnya yang dialami Bapak Ismail, beliau mendaftarkan di Asuransi Jiwasraya dengan produk Dwiguna Menaik, dimana produk ini akan mencover biaya tertanggung apabila masuk rumah sakit. Namun suatu ketika Bapak Ismail menderita penyakit glaukoma yang butuh biaya rumah sakit. Beliau mengajukan klaim asuransi namun ditolak karena dalam

ketentuan di polis Dwiguna bahwa ada beberapa penyakit tertentu salah satunya penyakit glaukoma yang bisa dicover penanggung apabila tertanggung sudah mengikuti asuransi selama 2 tahun. Berbeda yang dialami oleh Ibu Siti Maryani, beliau adalah Suami dari Alm Bapak Karyadi tertanggung PT Asuransi Jiwasraya. Pengajuan klaim Ibu Siti Maryani ditolak karena tidak memenuhi syarat-syarat ketentuan di polis. Alm Bapak Karyadi meninggal dikarenakan penyakit jantung dan penyakit tersebut tidak dicover oleh pihak penanggung.

Pada awal pendaftaran asuransi calon tertanggung diharapkan membaca dengan teliti ketentuan-ketentuan yang tertulis di SPAJ maupun di dalam Polis, karena hal tersebut sangat penting apabila nantinya terjadi risiko dan tidak terjadi kesalahan yang malah merugikan tertanggung tersendiri. Demikian pihak Penanggung juga harus memberikan informasi sejelas-jelasnya kepada calon tertanggung.

## **2. Perlindungan Hukum Apabila Terjadi Penolakan Klaim**

Perusahaan Asuransi Jiwa dalam hal ini PT. Asuransi Jiwasraya apabila lalai atau sengaja tidak memenuhi jaminan yang telah diberikan atau disepakati, maka nasabah yang merasa dirugikan dapat mengajukan tuntutan ganti kerugian kepada perusahaan asuransi jiwa yang bersangkutan. Tanggung jawab PT Asuransi Jiwasraya sebagai pelaku usaha dalam bidang pertanggungan jiwa, perusahaan asuransi harus mengelola dan

membayar uang pertanggungan jiwa kepada nasabah atau ahli warisnya sesuai dengan perjanjian yang tertera di polis.

PT Asuransi Jiwasraya mempunyai ketentuan sendiri apabila terjadi perselisihan antara tertanggung dan penanggung yang diatur di ketentuan umum Pasal 28 polis Asuransi Jiwa. Ada beberapa cara penyelesaian permasalahan yang ditawarkan oleh PT Asuransi Jiwasraya Menurut *Ketentuan Umum Polis Pasal 28 yaitu,*

1. Apabila dalam pelaksanaan perjanjian asuransi ini terjadi perselisihan, maka penyelesaiannya terlebih dahulu akan dilakukan secara musyawarah antara Penanggung dengan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung atau penerima manfaat Asuransi lainnya;
2. Apabila musyawarah tidak berhasil mencapai kata sepakat, maka penyelesaiannya dapat dilakukan melalui lembaga alternatif penyelesaian sengketa diluar pengadilan atau dapat menyampaikan permohonan untuk memfasilitasi Otoritas Jasa Keuangan untuk memfasilitasi penyelesaian;
3. Apabila penyelesaian diatas tidak berhasil mencapai kata sepakat, maka penyelesaiannya akan ditempuh melalui jalur hukum untuk itu Pemegang polis/ Tertanggung dan Penanggung sepakat untuk memilih tempat kedudukan/ domisili hukum yang umum dan tetap di Pengadilan Negeri tempat kedudukan Pemegang Polis/Tertanggung atau Penanggung sesuai ketentuan

perundang-undangan yang berlaku;

4. Penyelesaian sengketa dapat dilakukan diluar pengadilan atau melalui pengadilan. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan dapat dilakukan melalui BMAI atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang dimuat dalam daftar LAPS yang ditetapkan Otoritas Jasa Keuangan.

Penyelesaian sengketa antara tertanggung asuransi jiwa dan penanggung dapat dilakukan melalui di luar pengadilan maupun melalui pengadilan. Upaya penyelesaian diluar pengadilan dilakukan untuk mengatasi berlakunya proses pengadilan dan bertujuan mencapai kesepakatan mengenai bentuk dan besarnya ganti kerugian dan/atau mengenai tindakan tertentu untuk menjamin tidak terjadi kembali atau tidak akan terulang kembali kerugian yang diderita oleh tertanggung maupun penanggung.

Ketentuan umum polis asuransi jiwaasraya mementingkan musyawarah sebagai jalan utama penyelesaian sengketa asuransi diluar pengadilan antara penanggung dan tertanggung. Musyawarah dijadikan pilihan utama karena dirasa dapat memberikan *win-win solution* bagi kedua belah pihak. Selain itu keuntungan melakukan musyawarah dalam penyelesaian efisiensi dari segi waktu dan biaya. Musyawarah yang dilakukan ini bertujuan untuk mencapai suatu keputusan yang mufakat secara kekeluargaan, dimana keputusan tersebut tidak merugikan tertanggung maupun penanggung.

Menurut ketentuan dalam polis tersebut penyelesaian masalah asuransi dapat difasilitasi oleh Otoritas Jasa Keuangan sebagai pengatur dan pengawas perusahaan asuransi. OJK sendiri mengaturnya dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi yaitu,

1. Ketentuan dalam Polis Asuransi yang mengatur mengenai penyelesaian perselisihan harus memuat penyelesaian sengketa yaitu di luar pengadilan dan melalui pengadilan.
2. Ketentuan dalam Polis Asuransi yang mengatur mengenai penyelesaian perselisihan atas perjanjian asuransi yang dilakukan di luar pengadilan, harus memberikan pilihan alternatif penyelesaian sengketa yaitu melalui lembaga alternatif penyelesaian sengketa sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai lembaga alternatif penyelesaian sengketa di sektor jasa keuangan.
3. Ketentuan dalam Polis Asuransi yang mengatur mengenai penyelesaian perselisihan atas perjanjian asuransi yang dilakukan melalui pengadilan, tidak boleh membatasi pemilihan pengadilan hanya pada pengadilan negeri di tempat kedudukan Perusahaan

Penyelesaian sengketa di luar pengadilan yang lain adalah melalui orang ketiga semisal, arbitrase, mediasi, maupun konsiliasi. OJK di sini berfungsi sebagai wasit bagi

penanggung dan tertanggung.<sup>8</sup> OJK menerima laporan dari tertanggung lalu OJK sebagai pihak ketiga akan meminta penjelasan serta klarifikasi dari pihak penanggung kenapa klaim ditolak dan mengapa bisa terjadi sengketa. Apabila bukti dari pihak penanggung kuat maka OJK memberikan pengertian kepada tertanggung. Jika Tertanggung masih belum puas lagi, OJK juga memfasilitasi penyelesaian sengketa dengan badan arbitrase yaitu melalui BMAI.

BMAI (Badan Mediasi Asuransi Indonesia)<sup>9</sup>. Badan Mediasi Asuransi Indonesia adalah lembaga independent dan imparial yang memberikan pelayanan untuk penyelesaian perselisihan antara Perusahaan Asuransi dengan Tertanggung. Di BMAI terdapat dua tahapan penyelesaian yaitu:

#### 1. Mediasi (Tahap 1)

Laporan Keluhan yang diterima oleh BMAI akan ditangani oleh Case Manager. Case Manager akan berusaha untuk mengupayakan agar Tertanggung dan Perusahaan Asuransi dapat mencapai suatu penyelesaian secara damai dan adil bagi kedua belah pihak. Dalam kasus perselisihan yang umum, Case Manager akan bertindak sebagai mediator antara kedua belah pihak.

#### 2. Ajudikasi (Tahap 2)

Bila perselisihan tidak dapat diselesaikan melalui mediasi,

---

<sup>8</sup>Listianto, Kepala Seksi Pertanggung (Underwriter) PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur, Wawancara tanggal 15 April 2016

<sup>9</sup><http://bmai.or.id/> diakses pada 16 April 2015

kasus perselisihan akan dibawa ke tingkat adjudikasi untuk diputuskan oleh Adjudikator atau Penal Adjudikator yang ditunjuk oleh BMAI.

Apabila masih belum puas dengan penyelesaian non litigasi, tertanggung dapat mengajukan dalam proses pengadilan. Cara penyelesaian sengketa melalui pengadilan menggunakan huku acara yang umum berlaku selama ini, yaitu HIR/RBg. Penyelesaian sengketa dalam dunia bisnis seperti sengketa asuransi mempunyai masalah tersendiri, karena apabila para pelaku bisnis menghadapi sengketa tertentu, maka dia akan berhadapan dengan proses peradilan yang berlangsung lama dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit, sedangkan para pihak tentu saja menginginkan penyelesaian sengketa yang berlangsung cepat dan murah. Disamping itu penyelesaian dalam dunia bisnis diharapkan sedapat mungkin tidak merusak hubungan pihak yang bersengketa, namun apabila pihak yang bersangkutan membawa sengketanya ke melalui pengadilan tentu saja akan menjadi sulit karena akan berakhir dengan kekalahan salah satu pihak dan kemenangan pihak lainnya.

#### **IV. KESIMPULAN**

Dalam perjanjian asuransi jiwa, Alasan utama mengapa perusahaan asuransi jiwa menolak pengajuan klaim tertanggung adalah sebagai berikut:

1. Penolakan klaim terjadi karena tidak terpenuhi syarat-syarat pengajuan klaim yang sudah ditentukan. Selain itu didalam polis berisi tentang klausula-

klausula yang tidak termasuk dan yang menjadi pengecualian dalam tanggungan pihak asuransi. Semisal tertanggung meninggal karena penyakit jantung, maka dalam hal itu klaim tidak dapat di cover.

2. Terjadinya kesalahan dalam pemberian informasi yang tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini melanggar prinsip asuransi yaitu prinsip itikad baik. Itikad baik disini berarti tertanggung diminta untuk memberikan informasi dan fakta secara jujur pada saat pengisian Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ). Apabila kesalahan dalam pengisian informasi tersebut dapat dibuktikan penanggung klaim dapat ditolak. Hal ini terkandung dalam Pasal 251 KUHD jo Pasal 1321 KUHper jo Pasal 2 Ketentuan Umum Polis Asuransi Jiwa tentang Dasar Pertanggungan Tertanggung/ahli waris/penerima manfaat dari perjanjian asuransi jiwa tersebut dimana apabila terbukti telah memberikan informasi yang salah maka tertanggung tidak mempunyai hak untuk meminta tuntutan ganti rugi atas peristiwa yang terjadi kepada penanggung. Demikian pula penanggung tidak berkewajiban membayar apapun selain biaya asuransi yang telah diterima oleh pihak penanggung dan nilai tunai.

Tertanggung yang mengalami penolakan klaim asuransi jiwa mendapat perlindungan hukum karena dalam praktek asuransi tertanggung adalah konsumen yang memiliki hak-hak yang harus dilindungi perusahaan asuransi sebagai produsen. Upaya

penyelesaian yang dapat dilakukan oleh pihak tertanggung adalah sebagai berikut:

- a. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan  
Tertanggung yang merasa dirugikan dapat melakukan upaya penyelesaian dengan musyawarah dengan tujuan untuk mencapai keputusan yang tidak merugikan kedua pihak. Apabila masih gagal maka dapat diselesaikan dengan penyelesaian sengketa alternatif dengan cara:
  - 1) Meminta permohonan kepada Otoritas Jasa Keuangan (OJK) untuk memfasilitasi penyelesaian sengketa.
  - 2) Mediasi melalui Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) atau Lembaga Penyelesaian Sengketa (LAPS).
  - 3) Penyelesaian melalui Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen yang disediakan oleh UUPK.
- b. Penyelesaian Sengketa di Peradilan  
Penyelesaian di pengadilan dilakukan apabila penyelesaian di luar pengadilan tidak mencapai kesepakatan.

Oleh karena itu hendaknya Calon tertanggung harus membaca informasi dan peraturan-peraturan yang tertulis di SPAJ maupun di ketentuan umum polis asuransi Pasal 21 agar tidak terjadi kelalaian yang menyebabkan kerugian bagi tertanggung kelak. Selain itu, pihak penanggung juga perlu memberikan pemberitahuan secara jelas tentang pentingnya penyampaian fakta dan/atau informasi secara jujur

terutama menyangkut tentang kesahatan calon tertanggung dan pengecualian-pengecualian yang diberikan kepada penanggung

Dalam penyelesaiannya Apabila tertanggung merasa dirugikan oleh pihak penanggung, tertanggung tidak perlu ragu untuk menyelesaikan upaya penyelesaiannya, upaya penyelesaian harus sesuai dengan yang tertulis di ketentuan umum polis. Upaya penyelesaian yang dilakukan oleh tertanggung diusahakan melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan karena penyelesaian diluar pengadilan akan lebih cepat dan murah selain itu tidak merugikan kedua belah pihak.

## **V. DAFTAR PUSTAKA**

### **Buku-Buku**

- R. Subekti, *Hukum Perjanjian*, Intermasa, Jakarta, 1979 hal.23
- Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Perikatan*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 1992.
- Hartono, Sri Redjeki. *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta: Sinar Grafika, 1985.
- Muhammad, Abdulkadir. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bandung: PT Citra Adya Bakti. 1999.
- Abdulkadir Muhammad, *Pokok-pokok Hukum Pertanggungan*, Alumni/1983, Bandung, 1983
- Projodikoro, Wirjono. *Hukum Asuransi Indonesia*. PT Intermasa. 1991.



- Simanjuntak, Emmy Pangaribuan. *Hukum Pertanggunggunaan dan pengembangannya*. Yogyakarta: Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum Gadjah Mada. 1983.
- Abbas Salim, *Asuransi dan Manajemen Risiko*, Rajawali Pers, Jakarta, 1998, hal 33
- Ahmad Miru & Sutarman Yodo, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Jakarta : Rajawali Pers, 2014.
- Soekanto, Soerjono dan Mamudji, Sri.. *Penelitian Hukum Normatif*. Jakarta: Rajawali. 1985
- Soekanto, Soerjono. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia, 2010.
- Soemitro, Rony Hanitiyo. *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*. Jakarta: Ghalia Indonesia, 1982.
- Dari S. Nasution, *Metode Penelitian Naturalistik*, Tarsito, Bandung, 1968.
- Hadari Nawawi & Mimi Martini, *Penelitian Terapan*, Yogyakarta: 1994.
- Ignasius Rusman Y.S, *Insurance Goes to Campus Pengertian Asuransi*, <http://e-igtc.dai.or.id/mod/resource/view.php?id=165>.
- Kitab Undang-Undang Hukum Dagang  
Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian  
Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen  
PP No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian  
Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 23/ POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi

**B. Internet**

<http://bmai.or.id/>

[www.hukumasuransi.blogspot.com](http://www.hukumasuransi.blogspot.com)

**C. Wawancara**

Wawancara dengan Bapak Listianto, Bagian Pertanggunggunaan PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur

Wawancara dengan Bapak Dimas Nugroho Dwi, Pegawai Administrasi Pertanggunggunaan PT Asuransi Jiwasraya Semarang Timur

Wawancara dengan Ibu Budi Sugiarsih, Penerima Manfaat yang mengalami penolakan klaim

**A. Undang-Undang**

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata