

## PERJANJIAN ASURANSI KESEHATAN TERHADAP PEMBIAYAAN LAYANAN KESEHATAN OLEH PERUSAHAAN ASURANSI

Nur Adilah Yasmin<sup>1\*</sup>, Indra Afrita<sup>2</sup>, Yeni Triana<sup>3</sup>

Pascasarjana Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Universitas Lancang Kuning<sup>1,2,3</sup>

\*Corresponding Author : nuradilahyasmin@gmail.com

### ABSTRAK

Pembangunan nasional merupakan landasan bagi pembangunan bangsa untuk mencapai masyarakat yang lebih makmur secara ekonomi. Seiring dengan pertumbuhan kebutuhan dan perkembangan masyarakat, perencanaan hidup individu menjadi integral dan tidak terlepas dari kebutuhan asuransi. Manusia dihadapkan pada risiko tak terduga dalam kehidupannya yang menginginkan kepastian dan keamanan. Pencegahan risiko memerlukan biaya dan melibatkan risiko tertentu, termasuk potensi kerugian finansial dan ancaman terhadap kesejahteraan fisik dan mental di masa depan. Dalam berbagai kegiatan, asuransi berperan penting dalam pengelolaan risiko masyarakat. Perusahaan asuransi memainkan peran krusial sebagai lembaga yang memberikan perlindungan terhadap risiko. Penelitian ini berfokus pada perjanjian asuransi kesehatan terhadap pembiayaan layanan kesehatan oleh perusahaan asuransi. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan undang-undang, kasus, dan analitik. Data utama bersumber dari data sekunder, melibatkan bahan hukum primer dan tersier. Perjanjian asuransi kesehatan diharapkan dapat melindungi tertanggung dari kesulitan ekonomi dalam pembiayaan layanan kesehatan. Namun, terdapat permasalahan terkait penolakan klaim oleh perusahaan asuransi. Keputusan perusahaan asuransi mempengaruhi hak dan kewajiban tertanggung, dan pelanggaran perjanjian dapat merugikan pihak tertanggung.

**Kata kunci** : asuransi, perusahaan, risiko

### ABSTRACT

*National development is the foundation for a nation's progress towards a more economically prosperous society. Alongside the growing needs and evolution of the community, individual life planning becomes integral and inseparable from the need for insurance. Humans are confronted with unforeseen risks in their lives that crave certainty and security. Risk prevention incurs costs and involves certain risks, including potential financial losses and threats to future physical and mental well-being. In various activities, insurance plays a crucial role in societal risk management. Insurance companies play a critical role as institutions providing protection against risks. This research focuses on health insurance agreements regarding the financing of health services by insurance companies. The research method employed is normative legal research with a legal, case, and analytical approach. Primary data is derived from secondary sources, involving primary and tertiary legal materials. Health insurance agreements are expected to protect the insured from economic difficulties in financing health services. However, there are issues related to claim rejections by insurance companies. The decisions of insurance companies impact the rights and obligations of the insured, and breaches of agreements can harm the insured party.*

**Keywords** : insurance, company, risk

### PENDAHULUAN

Pembangunan nasional membentuk landasan bagi upaya pembangunan bangsa dalam mencapai masyarakat yang lebih makmur secara ekonomi. Pola dasar pembangunan nasional menetapkan tujuan pembangunan seiring dengan pertumbuhan kebutuhan dan perkembangan masyarakat, termasuk perencanaan hidup individu. Perencanaan hidup sebagai bagian integral yang tidak dapat dilepaskan dari perlunya asuransi sehingga hadir sebagai respons terhadap kebutuhan manusia. Asuransi atau pertanggungan merujuk pada konsep *asurantie*

atau *insurance* yang diakui sebagai suatu kebutuhan esensial dalam upaya pencegahan untuk merencanakan masa depan.

Manusia kerap dihadapkan pada risiko tak terduga dalam kehidupannya, padahal manusia sangat menginginkan kepastian dan keamanan. Oleh karena itu, untuk mengatasi ketidakpastian dalam kehidupan, diperlukan upaya pencegahan yang maksimal. Namun, perlu diakui bahwa pencegahan itu sendiri memerlukan biaya dan melibatkan risiko tertentu. Risiko tersebut mencakup potensi kerugian finansial dan ancaman terhadap kesejahteraan fisik dan mental di masa depan.

Konsep risiko sangat terkait dengan asuransi yang didefinisikan sebagai ketidakpastian akan timbulnya kerugian dan menjadi prinsip mendasar dalam asuransi. Risiko adalah aspek krusial dalam kehidupan manusia secara umum yang mencakup kemungkinan penyimpangan dari harapan merugikan, yaitu ketidakpastian terhadap peristiwa yang tidak diinginkan.

Dalam bidang asuransi, risiko dapat diartikan dengan beberapa makna, yang esensinya adalah kemungkinan terjadinya kerugian, yaitu: risiko sebagai objek bahaya, risiko sebagai individu yang menjadi fokus pertanggung, dan risiko sebagai ancaman bahaya.

Menghadapi risiko seringkali dilakukan dengan cara mentransfernya kepada orang lain yang dianggap mau untuk menerima tanggung jawab tersebut. Fungsi asuransi diharapkan dapat membantu individu dalam mengurangi atau mengganti kerugian yang timbul akibat risiko. Dalam berbagai kegiatan, asuransi berperan penting dalam pengelolaan risiko masyarakat. Ketika seseorang mengambil keputusan untuk mengasuransikan diri, artinya ia sedang mentransfer risikonya kepada perusahaan asuransi. Tugas utama perusahaan asuransi dalam transaksi ini adalah memberikan ganti rugi finansial atas kerugian yang mungkin terjadi. Tertanggung tidak perlu menanggung langsung dampak kerugian akibat risiko tersebut, melainkan perusahaan asuransi yang bertanggung jawab mengatasi kerugian yang dialami tertanggung. Sebagai hasilnya, peran perusahaan asuransi menjadi krusial sebagai lembaga yang memberikan perlindungan terhadap risiko.

Pasal 1 ayat 1 Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 tentang Perasuransian menyatakan 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 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 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".

Asuransi jiwa merupakan kolaborasi dari sejumlah besar individu yang sepakat untuk menanggung kesulitan keuangan apabila salah satu pemegang polis menghadapi bencana. Setiap individu yang mengasuransikan hidupnya pada suatu perusahaan asuransi, secara umum telah menyetujui suatu kontrak tertulis antara dirinya dan perusahaan tersebut. Produk asuransi yang beragam, seperti asuransi jiwa, asuransi kesehatan, dan asuransi pendidikan, diperkenalkan ke pasar. Fungsi utama asuransi adalah sebagai mekanisme pengalihan risiko, di mana risiko dipindahkan dari tertanggung ke penanggung. Meskipun pengalihan risiko ini tidak menghilangkan kemungkinan terjadinya kecelakaan, perusahaan asuransi memberikan jaminan finansial dan ketenangan pikiran kepada tertanggung melalui pertanggung jiwa.

Perjanjian asuransi yang disepakati oleh kedua pihak memiliki keberlakuan hukum (*das sein*), dan keduanya diwajibkan untuk mematuhi ketentuan-ketentuan yang tertera dalam perjanjian tersebut (*das sollen*). Ketentuan ini menjadi hal mutlak dalam pembentukan suatu perjanjian. Perusahaan asuransi, pada dasarnya, berperan sebagai penyedia jasa yang menawarkan sebuah janji, yaitu janji untuk mengubah ketidakpastian menjadi kepastian. Hal

ini berarti bahwa ketidakpastian tertanggung terkait perlindungan terhadap risiko dapat dijamin oleh perusahaan asuransi.

Setelah kesepakatan perjanjian tercapai, tertanggung berkewajiban membayar premi sesuai perjanjian jumlah yang telah disepakati sebelumnya, yang umumnya lebih rendah apabila dibandingkan dengan probabilitas kerugian yang mungkin dialaminya. Penerima manfaat asuransi tidak hanya terbatas pada pemegang polis, melainkan juga bisa mencakup pihak lain yang ditunjuk langsung oleh tertanggung. Dalam konteks asuransi jiwa, risiko utamanya terletak pada unsur waktu sebab sulit untuk memprediksi kapan seseorang akan meninggal dunia, yang berdampak pada kehilangan pendapatan bagi keluarga tertentu.

Bisnis asuransi terus berkembang seiring berjalannya waktu, termasuk di Indonesia. Peningkatan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya asuransi mendorong pertumbuhan ini sehingga dapat memperkuat kebutuhan akan kerja sama yang baik antara perusahaan asuransi, regulasi, dan sistem perasuransian. Kerja sama ini diharapkan dapat menumbuhkan kepercayaan dari masyarakat terhadap perusahaan asuransi. Namun, dalam prakteknya, kegiatan perasuransian tidak selalu berjalan lancar. Terkadang, muncul permasalahan terkait ketidaksesuaian pemenuhan kewajiban yang diikatkan oleh perjanjian asuransi dengan prinsip-prinsip dasar asuransi.

Fenomena umum dalam industri asuransi melibatkan kesulitan dalam pemrosesan klaim, penolakan klaim oleh penanggung setelah risiko, dan sejumlah alasan seperti masa tunggu, diagnosa yang dikecualikan dalam polis, kejadian yang tidak diharapkan, dan ketidaksesuaian jumlah ganti rugi dengan kontrak. Pelanggaran perjanjian asuransi dapat timbul karena itikad buruk dari tertanggung atau penanggung, menyebabkan kerugian bagi kedua belah pihak. Menurut data BPKN, dari tahun 2017 hingga 29 April 2021, terdapat 2.170 aduan konsumen di sektor jasa keuangan, dengan sekitar 70% terkait asuransi.

Hak dan kewajiban masing-masing pihak, terutama tertanggung sebagai pemegang polis asuransi jiwa, menjadi penting dan harus dipahami sesuai dengan prinsip-prinsip perjanjian asuransi. Pelanggaran terhadap asas-asas perjanjian asuransi telah banyak terjadi, di mana pihak asuransi melanggar perjanjian yang telah ditetapkan sesuai dengan undang-undang perasuransian. Padahal, tertanggung telah memenuhi semua persyaratan, seperti jujur dalam mengisi surat permohonan dan membayar premi secara teratur. Namun, pembayaran klaim masih tertunda oleh perusahaan dengan berbagai alasan sehingga menyebabkan pemegang polis merasa dirugikan.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian hukum normatif yang bertujuan untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip, atau doktrin hukum sebagai preskripsi dalam menangani isu hukum. Tiga pendekatan penelitian yang digunakan melibatkan pendekatan undang-undang, kasus, dan analitik. Sumber data utamanya adalah data sekunder, tetapi turut melibatkan bahan hukum primer dan tersier. Bahan hukum primer mencakup norma dasar seperti Pembukaan UUD 1945, batang tubuh UUD 1945, dan peraturan perundang-undangan. Bahan hukum sekunder menjelaskan bahan hukum primer melalui buku, tesis, kamus hukum, jurnal, data internet, dan komentar atas putusan pengadilan. Bahan hukum tersier memberikan petunjuk dan penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder.

Pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumenter dengan teknik wawancara non-struktur sebagai pendukung. Analisis data dilakukan secara kualitatif tanpa menggunakan statistik, dengan merujuk pada peraturan perundang-undangan, berita media, dan argumentasi peneliti. Kesimpulan ditarik menggunakan logika berfikir deduktif yang menyimpulkan dari pernyataan umum ke pernyataan khusus dalam menanggapi permasalahan hukum yang dihadapi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Perjanjian Asuransi Kesehatan Terhadap Pembiayaan Layanan Kesehatan oleh Perusahaan Asuransi

Pada hakikatnya, setiap individu akan menghadapi risiko dalam kehidupannya. Meskipun jenis risiko yang dihadapi berbeda-beda, risiko tersebut pada dasarnya dapat mengancam baik jiwa maupun harta benda individu. Salah satu risiko jiwa yang mungkin dihadapi setiap orang adalah potensi kejadian sakit. Risiko diartikan sebagai ketidakpastian yang bisa mengakibatkan keuntungan atau kerugian, terutama dalam konteks asuransi di mana risiko merujuk pada potensi kerugian.

Kesehatan dianggap sebagai hak asasi manusia dan merupakan salah satu elemen kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Hal ini tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 dan Pasal 28 H perubahan kedua Undang-Undang Dasar 1945. Pasal tersebut berbunyi: Ayat (1) "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Ayat (3) "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat."

Sejak awal kehidupan manusia hingga usia tua, ia selalu dihadapkan pada berbagai risiko yang tidak pernah hilang. Dengan akal pikiran yang diberikan Tuhan, manusia berupaya mengatasi risiko tersebut untuk meminimalkan potensi kerugian, sekalipun tidak selalu dapat menghindari kerugian sepenuhnya. Manusia yang dilengkapi akal pikiran diharapkan mampu mengelola risiko sakit agar kerugian yang timbul dapat diminimalkan. Salah satu pendekatan untuk menghadapi risiko sakit adalah melalui asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan bertujuan untuk memindahkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung, dengan tertanggung sebagai pihak yang mentransfer risiko dan penanggung sebagai pihak yang menerima risiko.

Risiko sakit yang dialihkan melalui asuransi kesehatan berarti bahwa jika tertanggung mengalami sakit, penanggung akan memberikan pelayanan perawatan kesehatan sebagai upaya penyembuhan. Asuransi kesehatan merupakan bagian dari asuransi jiwa bersama-sama memiliki tujuan melindungi tertanggung dari kesulitan ekonomi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Fungsi pengalihan risiko dalam asuransi sangat bermanfaat bagi masyarakat dan negara. Individu yang memiliki polis asuransi merasa tenang karena tahu bahwa mereka terlindungi dari potensi kerugian. Perusahaan asuransi secara terbuka menawarkan perlindungan dan harapan di masa depan kepada individu, kelompok masyarakat, atau institusi lain, terhadap risiko kerugian yang tidak pasti.

Pada dasarnya, perusahaan asuransi melakukan penawaran perlindungan dan harapan dalam perjanjian pertanggungan terhadap jiwa, kesehatan, dan harta benda. Peralihan risiko ini tidak terjadi tanpa kesepakatan, dan sebagai imbalan dari peralihan risiko, tertanggung berkewajiban membayar premi sebagai hak dari penanggung.

Dalam konteks asuransi, setiap kejadian yang tidak disengaja dan berpotensi menyebabkan kerugian pada kekayaan dianggap sebagai bahaya atau risiko. Unsur-unsur kunci dalam konsep asuransi melibatkan perjanjian, pembayaran premi, ganti rugi, dan kejadian yang tidak pasti. Perjanjian dalam asuransi merujuk pada keterikatan antara satu atau lebih pihak yang menetapkan hubungan hukum terkait kinerja yang harus dijalankan. Konsep ini sejalan dengan Pasal 1313 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Pembayaran premi mencakup transfer risiko, di mana tertanggung membayar kepada penanggung sebagai imbalan atas pengalihan risiko tersebut. Konsep ganti rugi menegaskan kewajiban penanggung untuk memberikan kompensasi kepada tertanggung ketika kejadian yang diasuransikan terjadi. Adapun kejadian yang tidak pasti menunjukkan bahwa peristiwa

tersebut harus bersifat tidak dapat diprediksi atau diantisipasi berdasarkan pengalaman manusia yang normal. Dengan demikian, asuransi mengoperasikan mekanisme di mana pihak tertentu melibatkan diri dalam perjanjian, membayar premi sebagai imbalan atas transfer risiko, dan menerima ganti rugi saat terjadinya peristiwa yang tidak pasti yang dijamin oleh polis asuransi.

Klaim asuransi didefinisikan sebagai permintaan resmi nasabah kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk pembayaran berdasarkan ketentuan polis. Proses klaim melibatkan tinjauan oleh perusahaan untuk menilai validitasnya sebelum pembayaran dilakukan kepada tertanggung setelah disetujui. Klaim asuransi muncul dari kontrak perjanjian antara asuransi dan tertanggung, di mana keduanya berkomitmen untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung dalam situasi tertentu.

Sebagai penerima risiko, penanggung berkomitmen untuk mengganti kerugian jika risiko tersebut menjadi kenyataan, dengan premi sebagai kewajiban yang dikenakan kepada tertanggung. Jumlah premi ditetapkan oleh penanggung berdasarkan perhitungan statistik dan kemungkinan. Dengan meningkatnya jumlah konsumen asuransi, klaim manfaat polis juga mengalami peningkatan. Meskipun demikian, pengajuan klaim tidak selalu berjalan sesuai harapan, dapat diterima atau ditolak. Proses klaim yang sulit atau penolakan klaim asuransi merupakan tantangan yang sering dihadapi oleh konsumen asuransi atau tertanggung.

Mirip dengan kasus perselisihan klaim asuransi yang dibawa ke pengadilan karena tertanggung tidak memperoleh haknya sesuai dengan yang dijanjikan dalam polis asuransi, situasi ini menjadi fokus penelitian yang akan dibahas lebih lanjut. Dalam penelitian ini, permasalahan tersebut akan dihubungkan dengan berbagai teori dan pokok permasalahan yang menjadi landasan utama penulisan tesis.

Berikut adalah analisis penulis terhadap permasalahan hukum dalam kasus pertama yang dijelaskan dalam Putusan Mahkamah Agung Nomor 20/Pdt.G/2010/PN.Ptk tanggal 26 Juli 2010. Kasus ini melibatkan PT. Asuransi Jiwa Mega Life, yang merupakan Tergugat dalam konteks Jakarta dan Cabang Pontianak di Jl. H. Agus Salim (Bank Mega Cabang Pontianak, Lantai Atas).

Mulai bulan Juni 2009, Penggugat, Ny Milo Herlina, yang tinggal di Jalan Dr. Wahidin Sudirohusodo, Komplek Batara.I No.T.15 Pontianak, mendapat kunjungan berulang kali dari Marketing Tergugat bernama Ratnawaty. Marketing tersebut memiliki tujuan untuk menawarkan produk asuransi dengan Program Asuransi Jiwa Perorangan kepada Penggugat. Meskipun Penggugat berulang kali menolak, Marketing Tergugat terus berusaha dengan berbagai cara untuk meyakinkan Penggugat. Setelah beberapa pertemuan, Penggugat tertarik untuk mengikuti program asuransi atas nama Sisilia, anak perempuannya yang berusia 6 tahun.

Pada tanggal 16 September 2009, Penggugat diminta membuat Surat Pernyataan yang menyatakan tanggung jawab finansial terhadap Tertanggung Sisilia. Keyakinan diberikan oleh Marketing Tergugat dan Kepala Cabang Tergugat, sehingga Penggugat setuju untuk mengikuti program asuransi atas nama Tertanggung Sisilia, dengan nilai pertanggungan sebesar Rp.300.000.000,-. Penggugat telah memenuhi semua persyaratan yang ditentukan oleh Tergugat dan menyerahkan dokumen-dokumen tersebut kepada Marketing Tergugat (Ratnawaty).

Selanjutnya, pada tanggal 16 September 2009, Marketing Tergugat meminta Penggugat membayar uang premi semester pertama sebesar Rp.6.525.000,-. Penggugat langsung menyerahkan uang tersebut kepada Marketing Tergugat pada hari itu juga, seperti yang tercatat dalam kwitansi premi sementara tanggal 16 September 2009.

Kwitansi premi sementara mencantumkan informasi seperti Nama Pemegang Polis / Tertanggung: Milo Herlina, No. SPAJ / Polis: 016323, dan rincian pembayaran. Uang tersebut disetorkan oleh Agen Tergugat (Ratnawaty) ke rekening Tergugat melalui Surat

Sleep Penyeteran Bank Mega dengan Nomor Rekening: 01.001.00.11.05511.8 atas nama Milo Herlina (Penggugat). Pada saat itu, kondisi tertanggung Sisilia dalam keadaan sehat tanpa kekurangan atau riwayat penyakit.

Selanjutnya, Surat Kematian No.446/Pemdes dari Kepala Desa Melobok, Kecamatan Meliau, Kabupaten Sanggau, tanggal 05 Oktober 2009, didukung oleh Surat Keterangan Kematian Nomor: RSP/002/X/2009 dari Kepala Rumah Sakit Pembantu PTP. Nusantara XIII (Persero) RSP Gunung Meliau, tanggal 08 Oktober 2009, menyatakan bahwa Tertanggung Sisilia meninggal dunia pada tanggal 30 September 2009 karena DBD (Demam Berdarah Dengue). Atas peristiwa ini, Penggugat mengajukan klaim pada tanggal 17 Oktober 2009.

Tergugat menolak klaim Penggugat melalui surat tertanggal 30 Oktober 2009 dengan alasan kurangnya persyaratan, yang dianggap Penggugat sangat tidak masuk akal karena semua persyaratan sudah dipenuhi. Penggugat kemudian menyurat kembali pada 24 November 2009, menolak surat jawaban Tergugat, dan mengadakan pertemuan pada 4 Januari 2010 di Kantor Pusat PT. Asuransi Jiwa Mega Life di Jakarta. Meskipun demikian, Tergugat tetap menolak klaim Penggugat dengan alasan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) tidak dapat dikabulkan karena kurangnya persyaratan.

Pada 15 Januari 2010, Tergugat menolak klaim asuransi dan berjanji akan mengembalikan uang premi semester pertama tanpa memberikan bunga. Tindakan penolakan klaim Tergugat dianggap sebagai wanprestasi terhadap perjanjian pembayaran manfaat asuransi. Pada tanggal 30 September 2009, Tertanggung meninggal dunia karena DBD, yang tidak termasuk dalam diagnosa masa tunggu atau pengecualian polis, dan tidak ada berkas yang belum dipenuhi oleh Penggugat.

Dalam proses peradilan, Tergugat dinyatakan bersalah dan dijatuhi pidana. Oleh karena itu, Mahkamah Agung memutuskan bahwa Tergugat harus membayar biaya perkara, dan memberikan amar putusan sebagai berikut: mengabulkan sebagian gugatan Penggugat, menyatakan Tergugat bersalah melakukan perbuatan ingkar janji/wanprestasi, menghukum Tergugat membayar kerugian kepada Penggugat sebesar Rp.300.000.000,- secara tunai, menolak gugatan Penggugat untuk selain dan selebihnya.

Dalam konteks ini, tindakan Tergugat yang menolak klaim asuransi Penggugat dianggap sebagai wanprestasi terhadap perjanjian pembayaran manfaat asuransi. Polis asuransi merupakan perwujudan dari perjanjian yang telah disepakati kedua belah pihak, dan Tergugat memiliki kewajiban untuk membayar uang pertanggungan setelah terjadi peristiwa yang diperjanjikan, yaitu meninggalnya Tertanggung Sisilia. Namun, Tergugat tidak memenuhi kewajiban tersebut dengan alasan klaim belum dapat dipenuhi karena polis belum diterbitkan, meskipun semua persyaratan sudah dipenuhi.

Penyebab kematian Tertanggung Sisilia, yakni DBD, bukanlah bunuh diri atau termasuk dalam diagnosa pengecualian polis. Oleh karena itu, Penggugat berhak mendapatkan manfaat asuransi sebesar Rp.300.000.000,-. Tindakan Tergugat yang menolak klaim asuransi dianggap tidak beralasan, dan Mahkamah Agung memutuskan untuk menghukum Tergugat membayar kerugian sesuai dengan nilai pertanggungan.

Berdasarkan prinsip *pacta sunt servanda*, suatu perjanjian menghasilkan kewajiban hukum, di mana para pihak terikat untuk memenuhi kesepakatan kontraktual, dan bahwa kesepakatan tersebut harus dipatuhi sebagaimana berlaku sebagai undang-undang. Fungsinya adalah agar kehidupan kemasyarakatan dapat berjalan dengan baik dan bergantung pada tingkat kepercayaan antarindividu. Asas ini tercermin dalam Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, di mana pemenuhan kewajiban yang telah disepakati, meskipun polis asuransi belum diterbitkan saat klaim muncul yang mencerminkan penerapan *asas pacta sunt servanda* dalam praktik perasuransian.

Dalam konteks perjanjian asuransi, prinsip *utmost good faith* diterapkan, yang sangat vital karena menyangkut hak dan kewajiban tertanggung serta penanggung. Menurut prinsip

ini, bertanggung harus dengan jelas dan teliti memberikan informasi mengenai segala fakta penting yang berkaitan dengan dirinya saat mengajukan aplikasi penutupan asuransi. Hal ini sejalan dengan Pasal 4 Undang-Undang Perlindungan Konsumen, yang menegaskan bahwa “Hak konsumen atas informasi yang benar, jelas, dan jujur tentang kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa. Lembaga asuransi, sebagai penanggung, juga terikat dengan prinsip ini, memiliki kewajiban menjelaskan risiko yang dijamin dan dikecualikan secara jelas dan teliti”.

Reputasi, hubungan yang baik, dan kepercayaan antara tertanggung dan penanggung menjadi krusial dalam menyelesaikan perbedaan di antara keduanya. Namun, dalam kasus di atas, sengketa muncul karena tertanggung merasa hak klaimnya tidak dibayarkan oleh penanggung. Kejadian ini dipicu oleh pelanggaran terhadap asas-asas asuransi, mengakibatkan proses klaim asuransi tertanggung berakhir pada tahap persidangan. Berikut adalah analisis penulis mengenai permasalahan hukum pada kasus kedua, yang tercatat dalam Putusan Mahkamah Agung Nomor 81/Pdt.G/2008/PN. JPR. Kasus ini melibatkan PT Asuransi Jiwasraya, dengan Branch Manager PT Asuransi Jiwasraya cabang Jayapura sebagai tergugat. Penggugat, yaitu Drs. Kusno Widayat, merinci bahwa pada tanggal 17 Desember 2007, istrinya, Alm. Sri Sunaryanti Asiyah Se, mengikuti program asuransi di PT Asuransi Jiwasraya atas bujukan agen bernama Sdr. A. Ghafur. Total premi yang telah dibayarkan lunas mencapai Rp. 84.284.200,-. Faedah asuransi, baik jika Ny. Sri Suryanti Asiyah S.E masih hidup pada 1 Desember 2019 atau meninggal sebelumnya, adalah sebesar Rp. 210.000.000,-. Pada Januari 2008, Ny. Sri Suryanti Asiyah mengalami sakit dan meninggal pada 14 Februari 2008 di RSP Gatot Subroto Jakarta.

Pada tanggal 3 Mei 2008, suami Ny. Sri Suryanti Asiyah, Kusno Widayat, mengajukan klaim ke PT Asuransi Jiwasraya, namun klaim tersebut tidak pernah dibayar. Penanggung membatalkan polis nomor GH-001560799 dan akan mengembalikan premi yang telah disetor. Meskipun Tertanggung telah beritikad baik mengikuti program asuransi dan membayar premi secara penuh, Penanggung menolak klaim dengan alasan bahwa Tertanggung tidak memberikan penjelasan bahwa sebelum mengikuti program asuransi pernah dioperasi dan menderita penyakit kanker payudara.

Kasus ini mencerminkan tindakan ingkar janji dan wanprestasi oleh Tergugat, di mana Tertanggung telah mematuhi kewajiban perjanjian asuransi, tetapi Penanggung menolak klaim tanpa alasan yang sah. Pemenuhan kewajiban pertanggungjawaban klaim premi asuransi dalam perjanjian asuransi harus didasarkan pada prinsip itikad baik (utmost good faith). Penanggung diharapkan memberikan informasi yang jelas dan jujur terkait objek asuransi, namun pada kasus ini, hal tersebut tidak terlaksana secara baik. Terdapat kesenjangan antara kewajiban yang dijalankan oleh Tertanggung dan ketidakberesan itikad baik dari Penanggung, yang pada akhirnya merugikan pihak Tertanggung.

Berdasarkan studi kasus di atas, dapat disimpulkan bahwa untuk mengantisipasi kejadian yang tidak diinginkan dalam suatu perjanjian asuransi, penting bagi Penanggung untuk memberikan pemberitahuan yang sangat jelas melalui agen kepada calon Tertanggung atau pemegang polis. Pemberitahuan tersebut harus menyoroti kebutuhan penyampaian fakta atau informasi penting dengan jujur, terutama yang berkaitan dengan kesehatan calon Tertanggung yang perlu disampaikan kepada Penanggung. Penjelasan ini menjadi krusial terutama dalam konteks klaim asuransi yang mungkin timbul akibat peristiwa yang dipertanggungjawabkan terjadi sebelum perjanjian asuransi disusun. Informasi lain yang terkait dengan polis asuransi juga perlu disampaikan secara rinci.

### **Penyelesaian Klaim Pembiayaan Kesehatan oleh Perusahaan Asuransi**

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem manajemen dana yang diperoleh melalui iuran anggota atau organisasi dengan tujuan untuk membiayai layanan kesehatan bagi para anggotanya. Saat suatu peristiwa yang tercakup dalam polis asuransi terjadi, pihak

tertanggung memiliki hak untuk mengajukan klaim kepada penanggung dengan harapan dapat memperoleh ganti rugi yang sesuai. Sebaliknya, penanggung memiliki kepentingan untuk melindungi dirinya dan terkadang menggunakan ketentuan-ketentuan Undang-undang sebagai alat formal untuk memastikan pembebasan diri dari tanggung jawab memberikan ganti rugi. Dalam upaya ini, penanggung diharuskan untuk membuktikan berbagai unsur yang dapat melepaskannya dari kewajiban atau mengakibatkan batalnya polis asuransi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Permasalahan ini menjadi sangat kompleks dan memerlukan pemahaman mendalam terhadap peraturan hukum yang berkaitan dengan asuransi kesehatan.

Penyelesaian sengketa asuransi dapat dilakukan melalui negosiasi, musyawarah, dan mediasi. Mediasi melibatkan mediator sebagai pihak ketiga dan bertujuan untuk memperbaiki komunikasi, menciptakan suasana perundingan yang fair, memberikan wawasan, dan mengklasifikasikan masalah-masalah substansial. Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) berperan sebagai lembaga independen yang melakukan mediasi dan adjudikasi. Pada tahap awal, BMAI berusaha menyelesaikan sengketa melalui mediasi. Jika tidak tercapai kesepakatan, proses mediasi dilanjutkan dengan adjudikasi oleh majelis adjudikasi BMAI. Penyelesaian dapat berupa menerima atau menolak putusan adjudikasi.

Kasus penolakan klaim asuransi dapat merugikan nasabah, terutama dalam asuransi jiwa. Kepercayaan masyarakat pada industri asuransi dapat tergerus jika banyak kasus penolakan klaim. Selain penyelesaian melalui BMAI, sengketa juga dapat diarahkan ke arbitrase, baik Ad Hoc maupun institusi seperti Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI). Klausula Penyelesaian Sengketa pada polis asuransi mencantumkan opsi forum penyelesaian, seperti pengadilan dan arbitrase.

Proses peradilan mencakup pemeriksaan bukti-bukti di Pengadilan Negeri, banding ke Pengadilan Tinggi, dan kasasi ke Mahkamah Agung. Peninjauan Kembali (PK) adalah upaya hukum luar biasa setelah keputusan pengadilan mempunyai kekuatan hukum tetap. PK dapat dilakukan atas alasan tertentu, seperti kekhilafan hakim atau kekeliruan yang mencolok, putusan yang melebihi tuntutan, atau adanya bukti baru yang signifikan.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil diskusi mengenai permasalahan dalam penelitian, dapat diambil beberapa kesimpulan. Pertama, syarat-syarat sah suatu perjanjian diatur secara tegas dalam Pasal 1320 KUHPdata, yang mencakup kesepakatan para pihak, kewenangan berbuat, objek tertentu, dan kausa yang halal. Kedua, pembentukan perjanjian asuransi harus mematuhi prinsip asas-asas asuransi, khususnya menekankan kejujuran yang sempurna. Penyampaian informasi yang jujur saat mengisi formulir aplikasi asuransi merupakan bagian integral dari prinsip ini, dan kelalaian dalam hal ini dianggap sebagai pelanggaran terhadap asas-asas asuransi. Ketiga, kewajiban utama perusahaan asuransi adalah membayar ganti rugi kepada pemegang polis. Namun, kewajiban ini tergantung pada terjadinya atau tidak terjadinya peristiwa yang diperjanjikan yang mengakibatkan kerugian insidental. Selain itu, pemegang polis juga memiliki kewajiban utama, yaitu membayar premi sesuai syarat-syarat perjanjian. Prinsip "*no premi, no klaim*" menjadi dasar dalam asuransi, di mana tindakan lebih lanjut terkait klaim asuransi tidak dapat dilakukan jika premi tidak dibayarkan sesuai ketentuan, sesuai dengan Peraturan Asuransi Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih atas dukungan, inspirasi dan bantuan kepada semua pihak dalam membantu peneliti menyelesaikan penelitian ini, termasuk pada peserta yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian hingga selesai.



## DAFTAR PUSTAKA

- Djojosoedarso, S. (1999). *Prinsip-Prinsip Manajemen Resiko dan Asuransi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Ganie, A. J. (2011). *Hukum Asuransi Indoensia, cet.I*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Gunanto, H. (1984). *Asuransi Kebakaran Indonesia*. Jakarta: Tirta Pustaka.
- Hartono, S. R. (2001). *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Nugroho, W., dan Hermawati, S. (1999). *Asuransi dan Manajemen Risiko*. Jakarta: Gunadarma.
- Prakoso, D. (2000). *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sastrawidjaja, S. (1997). *Aspek-Aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*. Bandung: Alumni.
- Simanjuntak, E. P. (1990). *Hukum Pertanggungan*. Yogyakarta: Seksi Hukum Dagang FH UGM.
- Soeharto. (2005). *Mediasi dan Perdamaian*. Jakarta: Mahkamah Agung Republik Indonesia.
- Soekanto, S. (2002). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 dan Pasal 28 H perubahan kedua Undang-Undang Dasar 1945.
- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2014 tentang Perasuransian.