

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam kehidupan manusia sudah pasti dihadapkan pada sesuatu yang tidak pasti dan ketidakpastian itu bisa menjadi risiko yang harus dihadapi. Sesuatu yang belum pasti terjadi hasilnya pasti tidak sesuai keinginan seperti kecelakaan, kematian, kerusakan harta benda akibat gempa bumi, banjir, atau bencana alam lainnya, gangguan kesehatan, persiapan untuk hari tua dan jaminan bagi pendidikan anak-anak bila orangtua menghadapi bahaya yang bisa terjadi kapan saja. Tidak seorangpun manusia yang tahu persis kapan risiko akan terjadi dan tidak ada yang menginginkannya. Namun yang dapat dilakukan hanyalah membuat prediksi tentang ketidakpastian yang akan mengarah pada penanggulangan risiko yang membayangi kehidupan manusia.

Risiko secara umum merupakan kemungkinan terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan yang menimbulkan kerugian. Risiko juga bisa disebut suatu kondisi yang menyiratkan kemungkinan terjadinya penyimpangan yang lebih buruk dari hasil yang diharapkan. Untuk itu, sudah menjadi fakta bahwa masyarakat sebagai manusia membutuhkan jaminan atau pertanggungan terhadap risiko yang terjadi. Salah satu tempat terbaik bagi masyarakat untuk mendapatkan jaminan atau pertanggungan adalah melalui asuransi. Asuransi akan memberi perlindungan bila ada potensi ancaman risiko sehingga membuat masyarakat merasa aman (Pawitri, 2017).

Hubungan antara risiko dan asuransi merupakan hubungan yang erat satu dengan lainnya yang akan selalu ada. Hal ini karena risiko merupakan inti dari asuransi dan asuransi merupakan bentuk pengelolaan risiko yang dapat dilakukan dengan cara transfer. Asuransi dianggap sebagai salah satu cara terbaik untuk mengatasi risiko dalam manajemen risiko karena asuransi adalah bentuk pengalihan risiko (Rachman, 2018). Sebagaimana dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 Pasal 1 tentang Perasuransian bahwa asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian antara dua pihak atau lebih, yang mana pihak penanggung (perusahaan asuransi) melakukan pengikatan diri kepada tertanggung (nasabah) dengan menerima premi asuransi dari tertanggung, yang selanjutnya Perusahaan Asuransi berjanji untuk memberikan penggantian materi kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, maupun kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga (TPL) yang mungkin dapat diderita tertanggung di kemudian hari sesuai risiko yang diasuransikan, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti (asuransi umum), atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan (asuransi jiwa).

Dalam kontrak perjanjian antara pihak tertanggung dan penanggung asuransi, kedua belah pihak terlibat dalam suatu kontrak atau perjanjian yang mana setiap pihak memiliki hak, kewajiban maupun persyaratan yang wajib untuk dipenuhi. Hak, kewajiban, maupun persyaratan tersebut antara lain, kewajiban bagi tertanggung untuk membayar sejumlah premi kepada penanggung. Jumlah premi tersebut tergantung dari nilai risiko yang dipertanggungkan. Semakin kecil

risiko yang dihadapi, maka nilai premi juga akan semakin kecil dan demikian pula dengan sebaliknya. Di sisi lain, pihak penanggung juga memiliki kewajiban untuk melakukan pembayaran klaim atas kerugian yang diderita oleh tertanggung jika terjadi kejadian tertentu sesuai yang diperjanjikan dalam kontrak asuransi (Pawitri, 2017).

Di Indonesia sendiri produk asuransi sudah menjelma menjadi kebutuhan primer bagi masyarakat. Kebutuhan yang harus dipenuhi berupa jaminan untuk bertahan hidup di masa depan. Namun, meskipun asuransi sudah menjadi hal yang dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia, masih cukup banyak masyarakat Indonesia yang awam mengenai keberadaan dan cara kerja produk asuransi tersebut sehingga tidak sedikit pemilik produk asuransi yang tidak memahami peraturan dan prosedur yang berbeda-beda di setiap perusahaan asuransi termasuk terkait masalah klaim (Zulkifli dkk, 2020).

Klaim asuransi merupakan sebuah permintaan resmi kepada perusahaan asuransi, untuk meminta pembayaran berdasarkan ketentuan polis asuransi. Klaim asuransi yang diajukan akan ditinjau oleh perusahaan untuk validitasnya dan kemudian dibayarkan kepada pihak tertanggung setelah disetujui. Menurut Pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) klaim asuransi merupakan tuntutan dari pihak tertanggung sehubungan dengan adanya kontrak perjanjian antara asuransi dengan pihak tertanggung yang masing-masing pihak mengikatkan diri untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung jika pembayaran premi asuransi telah dilakukan oleh pihak tertanggung, ketika terjadi musibah yang diderita oleh pihak tertanggung. Tujuan dari klaim asuransi adalah

untuk memberikan manfaat yang sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi kepada pemegang polis (tertanggung).

Seyogyanya dalam pengajuan klaim, pihak pemohon ganti rugi harus telah memenuhi kewajibannya sebagai tertanggung di dalam hubungannya dengan penanggung (asuransi). Di dalam polis telah terdapat aturan yang perlu dipenuhi guna terbina pertanggung yang semestinya. Akan tetapi, yang dilakukan oleh beberapa pihak yakni pemilik polis berbeda dari perjanjian. Sering mereka mengadakan permohonan atas kejadian yang bertentangan dengan kesepakatan. Peristiwa yang menyebabkan kerugian sehingga diajukan tuntutan ganti rugi oleh tertanggung harus termuat dalam polis (bukti perjanjian) dengan penanggung (perusahaan asuransi) (Sakinah & Ridhah, 2023).

Dalam proses klaim asuransi, nasabah harus mematuhi kebijakan dan persyaratan tertentu agar proses klaim asuransi dapat dilanjutkan (Dewi, 2019). Fakta menunjukkan bahwa terkait klaim sering terjadi atau muncul permasalahan atau ketidaksepakatan antara tertanggung dan penanggung risiko. Penolakan klaim oleh perusahaan asuransi sering terjadi dan dalam prakteknya tidak semua klaim yang diajukan oleh tertanggung dapat diterima pada saat pengajuan klaim (Nurulita, 2022).

Apabila terjadi penolakan klaim, maka tertanggung berhak mengajukan klaim atau klaim kepada perusahaan asuransi dan meminta mediasi, pertimbangan dan/atau penyelesaian sengketa. Akibat hukum dari penolakan klaim asuransi jiwa dapat mengakibatkan kerugian bagi masyarakat, karena masyarakat tidak dapat menggunakan haknya untuk mendapatkan manfaat ekonomi dari polis asuransi

yang ada, selain akibat hukumnya adalah hilangnya kepercayaan masyarakat (El-Khalieqya, 2021).

Perusahaan asuransi tidak lepas dari banyak hal yang bertentangan dengan pedomannya mengenai klaim tertentu yang dilakukan oleh tertanggung sehingga menyebabkan sebagian klaim tersebut ditolak oleh perusahaan. Banyak aspek yang menyebabkan ditolaknya klaim nasabah dan hal ini dibuktikan dari beberapa temuan penelitian sebelumnya antara lain penelitian Sakinah dan Ridhah (2023) dengan temuan penelitian bahwa penunaian klaim ditolak disebabkan atas risiko peserta tidak ditanggihkan dalam polis dan estimasi nilai kerugian yang dialami tertanggung di bawah 71% dari harga sebenarnya, kerusakannya kecil dibandingkan jenis perlindungan *Total Loss Only* yang menanggung estimasi kerusakan lebih dari 75%, harga sebenarnya.

Penelitian yang dilaksanakan Fratiwi, Lubis dan Inayah (2023) dengan temuan bahwa faktor penyebab klaim nasabah ditolak yaitu nasabah tidak menyerahkan dokumen yang diperlukan, tidak melengkapi tahapan yang tertera di dokumen klaim dan nasabah memanipulasi data dan peserta polis melanggar ketentuan hukum. Solusinya nasabah menerima hasil tabungan saja. Penelitian Nurkholidah (2018) yang mengkaji penolakan klaim asuransi jiwa dan kesehatan pada PT. Allianz Indonesia, dengan temuan penolakan klaim karena tidak dipenuhinya syarat rekam medis yang diajukan oleh nasabah.

Penelitian Zulkifli, Panjaitan, Arrahman dan Silitonga (2020) pada PT Prudential Life assurance menemukan hasil bahwa pelaksanaan klaim belum terlaksana sepenuhnya, penyebab ditolaknya klaim tertanggung karena