



Tri Reni Novita
M. Faisal Husna
Debbi Chyntia Ovami



KLAIM ASURANSI KESEHATAN



KLAIM

ASURANSI KESEHATAN

Tri Reni Novita
M. Faisal Husna
Debbi Chyntia Ovami



**KLAIM
ASURANSI KESEHATAN**

Tri Reni Novita
M. Faisal Husna
Debbi Chyntia Ovami

Copyright@2023

Editor
Dani Sintara
Rosmilan Pulungan

Penata Letak
Dikki Miswanda

Desain Sampul:
Agus Al Rozi, S.P

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang
Ketentuan Pidana Pasal 112 - 119
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

Dilarang Keras menerjemahkan, memfotokopi, atau Memperbanyak
Sebagian atau seluruh isi buku ini
Tanpa Izin tertulis dari Penerbit

Cetakan Pertama:

Diterbitkan Pertama Kali oleh
Penerbit LPPM UMN AW
Jalan Garu II No.2 Kota Medan
Email: lp2mum naw@gmail.com

Anggota IKAPI
069/Anggota Luar Biasa/SUT/2022
Perpustakaan Nasional RI
ISBN: 978-623-8231-24-9
iv + 81 Halaman, 15,2 cm x 23 cm

PRAKATA

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakaatuh.

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan karunia dan nikmatNya sehingga penulisan buku monograf Klaim Asuransi Kesehatan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku monograf ini membahas tentang Klaim Asuransi Kesehatan yang merupakan bagian dari Hukum Asuransi, Hukum Dagang dan Hukum Perdata, berisi tentang pertanggung jawaban asuransi, syarat syah perjanjian asuransi dan metode pembayaran klaim asuransi serta perlindungan hukum bagi tertanggung. Semoga buku monograf ini dapat menambah ilmu bagi kita pada umumnya khususnya para mahasiswa yang mengambil mata kuliah Hukum Asuransi sehingga melengkapi khasanah kepustakaan Hukum Asuransi di Indonesia khususnya Universtias Muslim Nusantara Al Washliyah.

Buku monograf ini jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan buku monograf ini sangat diharapkan. Akhir kata, mudah-mudahan buku monograf ini bermanfaat bagi pembaca.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakaatuh.

Medan, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB I PERTANGGUNGAN ASURANSI.....	1
A. Pertanggungungan Asuransi Kesehatan.....	1
B. Syarat Sahnya Perjanjian Asuransi.....	6
C. Sifat Perjanjian Asuransi.....	9
D. Permasalahan Dalam Mengajukan Klaim Asuransi Kesehatan.....	14
BAB II PROSEDUR KLAIM ASURANSI KESEHATAN.....	17
A. Pengertian Prosedur.....	17
B. Pengertian Klaim.....	21
C. Pengertian Asuransi Kesehatan.....	25
D. Perbedaan Asuransi Kesehatan Dan Asuransi Jiwa.....	31
E. Manfaat Asuransi.....	35
BAB III METODE KLAIM/PEMBAYARANASURANSI KESEHATAN	39
A. <i>Cashless</i>	39
B. <i>Cash Plan</i>	40
C. <i>Reimbursement</i>	43
BAB IV UPAYA HUKUM YANG DAPAT DI LAKUKAN TERTANGGUNG JIKA KLAIM DITOLAK PENANGGUNG.....	46
A. Litigasi/Melalui Peradilan.....	46
B. Non-Litigasi/Di Luar Peradilan.....	63
BAB V.....	74

PENUTUP.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BIOGRAFI.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Ilustrasi Konflik Klaim Asuransi	14
Gambar 2.1 Prosedur Pelaksanaan Klaim Asuransi	18
Gambar 2.2 Dokumen (Polis) Klaim Asuransi	21
Gambar 2.3 Manfaat Asuransi Kesehatan	26
Gambar 2.4 Asuransi Kesehatan.....	29
Gambar 2.5 Asuransi Jiwa	30
Gambar 2.6 Manfaat Asuransi	32
Gambar 3.1 Metode Pembayaran <i>Cashless</i>	34
Gambar 3.2 Metode Pembayaran <i>Cash Plan</i>	36
Gambar 3.3 Metode Pembayaran <i>Reimbursement</i>	38
Gambar 4.1 Penyelesaian Secara Litigasi.....	40
Gambar 4.2 Kesepakatan Perjanjian/Polis Asuransi.....	46
Gambar 4.3 Berkonsultasi Dengan Pengacara.....	55
Gambar 4.4 Negosiasi Dengan Perusahaan Asuransi	56
Gambar 4.5 Proses Mediasi Dibantu Seorang Mediator	58

BABI

PERTANGGUNGAN ASURANSI

A. Pertanggungungan Asuransi Kesehatan.

Pemerintah Indonesia melakukan berbagai upaya untuk mensejahterakan masyarakatnya dengan melakukan pembangunan di berbagai bidang. Pembangunan tersebut dilakukan baik secara fisik maupun non fisik. Pembangunan fisik seperti jalan, jembatan, gedung-gedung untuk fasilitas. Sedangkan pembangunan non fisik seperti; pembangunan pendidikan, kesehatan, ekonomi yang memerlukan sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana memerlukan lahan dan bahan yang diambil dari permukaan bumi, oleh karena itu pembangunan tersebut tidak lepas dari ruang yang berada di permukaan bumi untuk mengembangkan gerak, interaksi. Untuk keseimbangan pembangunan antara fisik dan non fisik dengan alam lingkungan perlu adanya perancangan perencanaan dan studi kelayakan. Sehingga yang pembangunan yang diharapkan dapat berjalan dengan baik.

Pembangunan merupakan realisasi dari suatu perencanaan. Perencanaan dapat diterapkan terhadap daerah-daerah yang kosong dan daerah-daerah yang sudah didiami. Pada konsep pembangunan, proses untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat tidak berlangsung secara spontan, melainkan diusahakan atau direncanakan.

Kebutuhan setiap manusia yang terus berjalan setiap waktunya tentunya memerlukan suatu perencanaan keuangan yang baik. Untuk merencanakan keuangan tersebut, investasi adalah sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam merencanakan keuangan, karena dalam investasi nilai keuangan akan terus bertambah dengan sendirinya. Sedangkan pengertian investasi yaitu suatu kegiatan yang menempatkan dana pada satu atau lebih dari

satu jenis asset selama periode tertentu dengan harapan dapat memperoleh penghasilan atau keuntungan dari nilai investasi tersebut.

Pembangunan ekonomi yang dilakukan oleh seluruh masyarakat Indonesia saat ini tidak hanya dilakukan untuk pembangunan sarana fisik seperti infrastruktur yang dapat dilihat dan dirasakan secara langsung oleh masyarakat, namun juga melalui pembangunan kemampuan harkat, martabat, intelektual, dan berfikir rasional. Masyarakat Indonesia diharapkan dapat memiliki pengetahuan yang luas mengenai lembaga keuangan, terlebih lagi tentang berbagai jenis produk dan jasa/layanan lembaga keuangan serta memiliki keterampilan untuk menilai manfaat dan resiko produk jasa keuangan tersebut dan mempunyai keyakinan terhadap lembaga yang memberikan jasa keuangan tersebut.

Seiring berkembangnya jaman perencanaan keuangan dengan berinvestasi bukan hanya sekedar investasi, tetapi investasi yang memiliki manfaat perlindungan jiwa sebagai perencanaan keuangan yang tepat dan efisien. Investasi yang memiliki manfaat perlindungan jiwa seperti asuransi adalah salah satu cara perencanaan keuangan yang simple dan praktis untuk mendapat jaminan atas resiko yang terjadi serta penambahan nilai keungan dari nilai investasi.

Rutinitas kehidupan manusia selalu dikaitkan dengan berbagai kesibukan aktivitas yang wajib dijalankan sebagaimana aktivitasnya masing-masing. Namun setiap aktivitas yang dijalankan tentunya banyak kemungkinan yang akan terjadi tanpa disadari oleh siapapun dan hal itu yang disebut sebagai resiko kehidupan dan kita tidak dapat menghindari dan mencegahnya. Salah satu cara yang banyak dilakukan oleh masyarakat adalah dengan menabung, tetapi upaya tersebut seringkali tidak memadai karena biaya yang ditanggung selalu diluar perkiraan atau lebih besar dari yang diprediksi.

Resiko tersebut dapat diminimalisir agar tidak menjadi suatu kerugian yang besar dan bisa memperburuk perekonomian seseorang, yaitu dengan mempercayakan keuangan kita kepada lembaga keuangan yang mampu menampung sebagian resiko-resiko yang terjadi dikemudian hari, yang mampu menggantikan nilai kerugian secara finansial. Lembaga yang dimaksud adalah asuransi.

Asuransi baik juga untuk proteks terhadap kesehatan maupun kematian. Modernisasi sekarang ini telah banyak mengubah pola hidup dan pola makan manusia. Resiko terjadinya gangguan kesehatan semakin besar, jika terjadi gangguan kesehatan maka implikasinya adalah pada biaya pengobatan, bahkan tidak jarang berakhir dengan kematian. Terjadinya kematian sangat mungkin mengganggu pendapatan keluarga karena hilangnya pendapatan kepala keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan bagi setiap orang tanpa membedakan status sosial ekonomi. Sakit dan musibah suatu hal yang tidak dapat diprediksi. Seseorang yang kaya raya dapat seketika jatuh miskin ketika menderita sakit berat seperti kanker, jantung, ginjal dan sebagainya. Sedangkan biaya kesehatan saat ini sangat mahal, hal tersebut karena berbagai fasilitas yang disediakan oleh pihak rumah sakit. Menjaga kesehatan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang ditimbulkan dikemudian hari. Untuk saat ini negara-negara berkembang terus memperhatikan masalah kesehatan masyarakatnya terkhusus Negara Indonesia yang menyatakan kesehatan merupakan bagian dari Hak Azasi Manusia (HAM), sebagai prioritas dalam pembangunan bangsa. Negara Indonesia telah mengatur masalah kesehatan di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) menyatakan; setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi hal tersebut maka masyarakat saat ini menggunakan fasilitas asuransi kesehatan baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta. Hal ini dilakukan karena biaya perobatan yang sangat mahal sehingga membutuhkan fasilitas pembiayaan khusus untuk kesehatan yang tidak diketahui kapan waktunya terjadi. Kita harus merencanakan keuangan dengan sebaik mungkin untuk kepentingan masa depan sebagai suatu kebutuhan yang harus dipenuhi. Uang mempunyai peran penting dalam merencanakan keuangan, karena fungsi uang sebagai alat tukar dan uang sebagai satuan hitung.¹ Kebutuhan setiap manusia yang terus berjalan setiap harinya, tentu perlu melakukan perencanaan keuangan yang baik untuk jangka pendek, menengah dan jangka panjang.

Tujuan pengaturan rencana keuangan, untuk merencanakan keuangan dengan berpatokan pada rencana orang lain bukanlah tindakan yang bijaksana. Untuk merencanakan keuangan tersebut, investasi adalah sebagai salah satu solusi dalam hal merencanakan keuangan, hal ini karena dalam berinvestasi nilai keuangan akan terus bertambah dengan sendirinya. Pengertian dari investasi yaitu suatu kegiatan yang menempatkan dana pada satu atau lebih dari satu jenis asset selama periode tertentu dengan harapan dapat memperoleh penghasilan atau peningkatan nilai investasi.²

Dengan berinvestasi, kini masyarakat semakin paham dan mengerti akan pentingnya berinvestasi di bidang kesehatan untuk jaminan atas resiko yang belum tentu terjadi, serta penambahan nilai keuangan dari nilai investasi tersebut. Resiko tersebut dapat diminimalisir agar tidak menjadi suatu kerugian yang besar dan bisa memperburuk perekonomian seseorang, yaitu dengan

¹Nana Supriatna, Mamat Ruhimat, Kosim, 2006, *IPS Terpadu (Sosiologi, Geografi, Ekonomi, Sejarah)*, PT. Grafindo Media Pratama, Jakarta, hal.117.

²Prufast Start, *Prudential Life Assurance*, hal.14.

memperkirakan keuangan kita kepada lembaga keuangan yang mampu menanggung sebagian resiko-resiko yang terjadi dikemudian hari, yang mampu menggantikan nilai kerugian secara financial.

Lembaga yang dimaksud tersebut adalah asuransi. Tuntutan ganti kerugian oleh tertanggung kepada penanggung disebut klaim. Dalam mengadakan perjanjian apapun, meski sudah diupayakan semua kata-kata dirumuskan dalam perjanjian tersebut ditulis secara ringkas, sederhana dan tegas namun pelaksanaannya masih sering menimbulkan masalah.³ Disamping itu, terdapat keharusan menyelesaikan klaim asuransi jiwa khususnya kesehatan dengan sebaik-baiknya. Alasan yang dicari-cari oleh penanggung atau pihak asuransi untuk menolak klaim asuransi tertanggung/konsumen harus dihindarkan.

Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 (UU No.40 Tahun 2014) tentang Perasuransian memberikan pengertian asuransi sebagai 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 tanggung jawab karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadi 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 kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan yang memberikan jaminan pengganti sosial dalam menghadapi risiko

³ Agus Prawoto, 1995, *Hukum Asuransi dan Kesehatan Perusahaan Asuransi*, BPFE Yogyakarta, Yogyakarta, hal.133.

yang disebabkan oleh pengguna kesehatan (penyakit) baik penyakit yang dapat disembuhkan dengan pelayanan rawat jalan maupun perawatan yang lebih intensif atau rawat inap. Hal ini tentu membutuhkan biaya yang tidak sedikit serta dapat mengganggu kegiatan sehari-hari seperti bekerja dan lain sebagainya karena akibat masalah kesehatan tersebut.

Setelah kita memiliki polis asuransi kesehatan satu permasalahan dapat teratasi yaitu ketika kita tiba-tiba mengalami musibah atau sakit maka sudah ada perusahaan asuransi yang akan menanggung biaya pengobatan baik biaya rawat inap maupun rawat jalan. Tetapi ketika nasabah atau pemegang polis/tertanggung akan menggunakan polis asuransi kesehatan tersebut sering terjadi permasalahan yang tidak diprediksi sebelumnya. Karena ada beberapa jenis penyakit yang tidak ditanggung oleh pihak perusahaan asuransi, dan nasabah tidak mengetahuinya. Hal ini terjadi karena dihubungkan dengan praktik perjanjian baku pada perjanjian asuransi, pada hakikatnya sejak penandatanganan polis asuransi, tertanggung sebenarnya sudah kurang mendapatkan perlindungan hukum oleh karena isi atau format perjanjian tersebut lebih menguntungkan pihak perusahaan asuransi.

Klaim yang diajukan oleh pemegang polis asuransi terhadap perusahaan asuransi tidak jarang berbelit-belit, dan ditolak dengan berbagai alasan sehingga perlindungan bagi kepentingan pemegang polis asuransi menjadi bagian yang sangat penting dan berkaitan dengan fungsi Otoritas Jasa Keuangan dalam menjalankan fungsi pengaturan dan pengawasan serta perlindungan konsumen jasa asuransi.

B. Syarat Sahnya Perjanjian Asuransi

Perjanjian asuransi merupakan suatu jenis perjanjian khusus yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD).

Ketentuan syarat-syarat sahnya suatu perjanjian dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) juga berlaku bagi perjanjian asuransi kesehatan. Perjanjian asuransi merupakan perjanjian khusus karena disamping syarat umum yang terdapat pada KUHPerdata Pasal 1320 berlaku juga syarat khusus yang terdapat dalam KUHD Pasal 250 dan 251. Sehingga syarat sah perjanjian asuransi memiliki enam (6) point penting yang harus dipenuhi yaitu;

1. Kesepakatan.

Tertanggung dan penanggung harus mencapai kata sepakat dalam hal menyangkut perjanjian asuransi. Kesepakatan tersebut intinya meliputi benda yang menjadi objek asuransi, pengalihan risiko dan pembayaran premi, *evenemen* serta ganti kerugian, serta syarat-syarat khusus asuransi dan janji-janji khusus asuransi.

Kesepakatan yang dibuat oleh tertanggung dan penanggung tidak boleh dibawah pengaruh, tekanan serta paksaan pihak tertentu. Kesepakatan harus dibuat secara bebas oleh kedua belah pihak termasuk syarat-syarat perjanjian asuransi harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Kecakapan (Berwenang).

Dalam membuat perjanjian asuransi tertanggung dan penanggung harus cakap atau wenang dalam melakukan perbuatan hukum yaitu ketika menandatangani perjanjian asuransi (polis). Kewenangan berbuat memiliki dua (2) sifat yaitu bersifat subjektif dan bersifat objektif. Kewenangan bersifat subjektif yaitu tertanggung dan penanggung sudah dewasa menurut undang-undang, sehat ingatan, tidak berada dibawah pengampuan, perempuan yang telah kawin dalam hal-hal yang ditentukan undang-undang dan pada umumnya semua

orang yang oleh undang-undang dilarang untuk membuat perjanjian tertentu hal ini berdasarkan Pasal 1330 KUHPerdara. Sedangkan kewenangan bersifat objektif artinya bertanggung mempunyai hubungan yang sah dengan benda obyek asuransi.

3. Objek Tertentu.

Objek tertentu dalam perjanjian asuransi adalah onjek yang diasuransikan, dapat berupa harta kekayaan dan kepentingan serta melekat pada harta, dapat pula jiwa atau raga manusia. Objek tertentu adalah bahwa identitas oboek asuransi tersebut harus jelas dan pasti. Jika berupa harta kekayaan, harus jelas jenisnya, jumlah dan ukurannya, letak, nilai dan lain sebagainya. Jika berupa jiwa atau raga, harus jelas nama, usia, hubungan kekeluargaan, alamat dan sebagainya

4. Sebab Yang Halal.

Sebab yang halal adalah bahwa isi perjanjian asuransi tidak bertentangan atau dilarang oleh undang-undang dan tidak melanggar ketertiban umum serta kesusilaan. Seperti mengasuransi benda-benda yang dilarang untuk dijual belikan atau diperdagangkan, contohnya narkotika dan sejenisnya, barang hasil curian, dan lain sebagainya.

5. Ada Kepentingan Yang Dapat Diasuransikan.

Adanya kepentingan yang dapat diasuransikan berkaitan dengan objek asuransi. yang diatur pada Pasal 250 KUHD yaitu ; “apabila seseorang yang telah mengadakan suatu pertanggungan untuk diri sendiri atau apabila seorang yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan pada saat diadakannya petanggungan itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan, maka si penanggung tidaklah diwajibkan memberikan ganti rugi”.

6. Pemberitahuan.

Tertanggung wajib memberitahukan kepada penanggung, mengenai objek asuransi. Khusus untuk asuransi kesehatan tertanggung harus jujur dan memberitahukan dengan sebenarnya tentang kesehatan dirinya atau orang yang akan diasuransikan. Pasal 251 KUHD “semua pemberitahuan yang salah atau tidak benar, atau penyembunyian keadaan yang diketahui oleh tertanggung tentang objek asuransi mengakibatkan asuransi batal”.

Kewajiban pemberitahuan oleh Pasal 251 KUHD tidak bergantung pada adanya itikad baik atau tidak dari tertanggung. Jika tertanggung lalai memberitahukan, tanpa kesengajaan dan penanggung telah memperjanjikan lain. Pada umumnya perjanjian ini dinyatakan dengan tegas dalam polis dengan klasula “sudah diketahui” (*all seen*).

C. Sifat Perjanjian Asuransi.

Ridwan Khairandy dalam buku Mulhadi menyatakan, Perjanjian asuransi atau pertanggungan merupakan jenis perjanjian yang memiliki beberapa sifat yaitu ;⁴

1. Asuransi sebagai Perjanjian Aletair.

Perjanjian aletair (*aletary contract*) merupakan perjanjian di mana prestasi Penanggung masih harus digantungkan pada suatu syarat, yakni peristiwa yang belum pasti terjadi, sedangkan prestasi Tertanggung sudah pasti. Meskipun Tertanggung sudah memenuhi prestasi dengan sempurna, Penanggung belum pasti berprestasi dengan nyata.

2. Asuransi sebagai Perjanjian Bersyarat.

⁴ Mulhadi, 2017, *Dasar-Dasar Hukum Asuransi*, PT. Raja Grafindo Persada, Depok, hal 49.

Perjanjian asuransi adalah perjanjian bersyarat (*conditional contract*), merupakan suatu perjanjian yang prestasi Penanggung hanya akan terlaksana, apabila syarat-syarat yang ditentukan dalam perjanjian dipenuhi.

3. Asuransi sebagai Perjanjian Peralihan Risiko

Asuransi timbul karena kebutuhan manusia. Manusia dalam mengarungi hidup dan kehidupan selalu dihadapkan kepada sesuatu yang tidak pasti dan mungkin menguntungkan, tetapi barangkali sebaliknya. Bila peristiwa tidak pasti tersebut terjadi dan menguntungkan atau menyenangkan, akan merupakan sesuatu keberuntungan yang tentu sangat diharapkan. Akan tetapi, keadaannya tidak selalu demikian, karena dapat saja terjadi peristiwa negatif yang merugikan, baik bagi dirinya, keluarga maupun terhadap harta kekayaannya.

4. Asuransi sebagai Perjanjian Timbal Balik.

Asuransi merupakan perjanjian antara satu pihak yang akan memberikan ganti kerugian atau pembayaran sejumlah uang sesuai dengan risiko yang dialihkan pihak lain dengan membayar premi, sehingga pihak pertama berhak atas pembayaran premi dan berkewajiban mengambil alih risiko, sedangkan pihak kedua berhak atas ganti kerugian atau pembayaran sejumlah uang serta berkewajiban membayar premi.

5. Asuransi sebagai Perjanjian Sepihak.

Ada juga sebagian sarjana yang menyatakan asuransi sebagai perjanjian sepihak (*unilateral contract*). Perjanjian ini menunjukkan bahwa hanya satu pihak saja yang memberikan janji, yakni pihak Penanggung (baca definisi asuransi). Penanggung memberikan janji akan mengganti suatu kerugian, apabila

Tertanggung sudah membayar premi dan polis sudah berjalan. Sebaliknya Tertanggung tidak menjanjikan sesuatu apa pun.

6. Asuransi sebagai Perjanjian Bersifat Pribadi (Personal).

Dengan perjanjian bersifat pribadi ini dimaksudkan, bahwa kerugian yang timbul harus merupakan kerugian orang-perorangan secara pribadi, bukan bersifat kolektif atau masyarakat luas.

7. Asuransi sebagai Perjanjian Yang Melekat Pada Syarat Penanggung.

Dikatakan sebagai perjanjian yang melekat pada syarat Penanggung (*adhesion contract*), karena di dalam perjanjian asuransi pada hakikatnya syarat dan kondisi hampir seluruhnya ditentukan serta diciptakan oleh Penanggung atau Perusahaan Asuransi sendiri, juga bukan karena adanya kata 'sepakat' yang murni atau menawar.

8. Asuransi Bukan Perjanjian Untung-Untungan

Menurut Dohout Mees dalam buku Mulhadi, pembuat undang-undang, memasukkan asuransi dalam perjanjian untung-untungan (*kansovereenkomst*), seperti perjudian, pertaruhan, dan bunga cagak hidup (*lijfrente*) adalah berdasarkan pertimbangan bahwa besarnya kewajiban Penanggung digantungkan pada peristiwa yang tidak pasti. Kewajiban tersebut baru dipenuhi, jika peristiwa itu betul-betul terjadi. Bila peristiwa itu tidak terjadi, maka kewajiban Penanggung tidak ada. Namun demikian, saat ini ketentuan Pasal 1774 KUHPdata tidak lagi dapat dijadikan sebagai dasar perjanjian asuransi, sebab KUHD telah mengatur khusus asuransi sebagai perbuatan ekonomi yang diakui 'sah' oleh hukum dan masyarakat pengusaha. pengakuan sah itu diperkuat

dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian.⁵

C. Polis sebagai Bukti Asuransi

Polis asuransi merupakan sebuah bukti perjanjian tertulis yang dilakukan oleh pihak perusahaan asuransi (penanggung) dengan nasabah pengguna layanan asuransi (tertanggung), yang isinya menjelaskan segala hak dan kewajiban antara kedua belah pihak. Polis asuransi akan menjadi bukti tertulis yang sah dalam perjanjian yang dilakukan oleh pihak penanggung dan pihak tertanggung.

Polis asuransi adalah polis atau perjanjian asuransi, atau dengan nama apa pun, serta dokumen lain yang merupakan satu kesatuan tidak terpisahkan dengan perjanjian asuransi termasuk tanda bukti kepesertaan asuransi bagi pertanggungkumpulan, antara pihak Penanggung dan pihak pemegang polis atau Tertanggung.⁶

Dengan adanya polis asuransi, maka kedua belah pihak yang melakukan perjanjian asuransi akan terikat dan memiliki masing-masing tanggung jawab sebagaimana yang telah disepakati sejak awal. Polis asuransi merupakan hak yang sangat penting di dalam layanan asuransi, karena akan polis melindungi setiap hak dan kewajiban nasabah dan pihak perusahaan asuransi.

Dasar hukum dalam penyelenggaraan polis asuransi adalah Pasal 35 point (2) Undang-Undang No 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, yaitu ; “Setiap anggota dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah berbentuk koperasi atau anggota usaha bersama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf c wajib menjadi Pemegang Polis dari perusahaan yang

⁵ *Ibid*, hal 51.

⁶ Pasal 1 angka 1 Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor: 422/KMK.06/2003 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi.

bersangkutan”. Selain itu aturan hukum yang dijadikan dasar pengadaan polis asuransi adalah Pasal 246 KUHDagang yaitu ; “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian, di mana penanggung mengikat diri terhadap tertanggung dengan memperoleh premi, untuk memberikan kepadanya ganti rugi karena suatu kehilangan, kerusakan, atau tidak mendapat keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dapat diderita karena suatu peristiwa yang tidak pasti”.

Dari segi ekonomi, asuransi berarti suatu kegiatan pengumpulan dana yang dapat dipakai untuk menutup atau memberi ganti rugi kepada orang yang mengalami kerugian.

Pasal 1 angka (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menjelaskan bahwa perjanjian asuransi menjadi dasar bagi penerima premi oleh perusahaan asuransi atau dasar bagi Tertanggung (Pemegang Polis) untuk berprestasi membayar premi sebagai kewajiban baginya, dan dengan premi yang dibayarkan tersebut kemudian akan mengikat para pihak yaitu Penanggung dan Tertanggung.

Pemegang Polis adalah pihak yang mengikatkan diri berdasarkan perjanjian dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, atau Perusahaan Reasuransi Syariah untuk mendapatkan perlindungan atau pengelolaan atas risiko bagi dirinya, Tertanggung, ataupun peserta lain. Sedangkan yang dimaksud dengan Tertanggung adalah pihak yang menghadapi risiko sebagaimana diatur dalam perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi.⁷

⁷ Mulhadi, *Op,Cit*, hlm.57.

D. Permasalahan Dalam Mengajukan Klaim Asuransi Kesehatan.

Sengketa klaim asuransi jiwa terjadi karena perselisihan antara tertanggung dan penanggung mengenai pelaksanaan hak dan kewajiban yang tertuang di dalam perjanjian atau polis. Masalah yang sering terjadi adalah sulitnya melakukan klaim polis karena masing-masing pihak memiliki kelemahan. Permasalahan tidak hanya ada pada pihak perusahaan asuransi tetapi dapat juga terjadi pada pemilik polis. Permasalahan yang sering dilakukan oleh nasabah atau pemegang polis adalah sering terlambat dalam melakukan pembayaran premi atau bahkan sama sekali menghentikan pembayaran tanpa konfirmasi ke pihak Perusahaan. Atau tidak memberikan informasi yang benar (*misrepresentation*) serta tidak menyembunyikan fakta-fakta material yang diketahuinya seperti penyakit yang diderita dan lain sebagainya.

Sedangkan permasalahan yang terjadi pada perusahaan asuransi ada beberapa agen-agen asuransi yang menawarkan produk-produk asuransinya kepada para nasabah dengan iming-iming atau janji palsu. Misalnya agen tersebut menawarkan fasilitas kesehatan yang mewah di rumah sakit-rumah sakit kepada calon nasabah. Ketika nasabah tersebut mengklaim fasilitas tersebut ternyata tidak mendapatkannya. Hal lainnya yaitu kurang transparannya pihak asuransi dalam menjelaskan prosedur pengklaiman yang akan dilakukan oleh tertanggung jika *evenemen* atau peristiwa tidak pasti.

Itikad baik dalam membuat suatu perjanjian asuransi jiwa khususnya kesehatan mewajibkan tertanggung untuk memberitahukan secara teliti dan sejelas-jelasnya mengenai fakta-fakta keadaan kondisi kesehatannya. Begitu juga dengan pihak asuransi harus menjelaskan sedetail mungkin tentang hak-hak dan

kewajiban dari calon nasabah/tertanggung ketika akan membeli polis asuransi kesehatan.

Secara umum itikad baik sudah diatur dalam ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPPerdata) Pasal 1338 yang berbunyi:

1. Semua persetujuan yang dibuat sesuai dengan undang-undang berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya.
2. Persetujuan itu tidak dapat ditarik kembali selain dengan kesepakatan kedua belah pihak, atau karena alasan-alasan yang ditentukan oleh undang-undang.
3. Persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik.

Kemudian dipertegas secara khusus untuk perjanjian asuransi dengan Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHDagang) yang menyatakan ; “semua pemberitahuan yang keliru atau tidak benar, atau semua penyembunyian keadaan yang diketahui oleh tertanggung, meskipun dilakukan dengan itikad baik, yang sifatnya sedemikian, sehingga perjanjian itu tidak akan diadakan, atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama, bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari semua hal itu, membuat pertanggungan itu batal”.

Tujuan dari Pasal 251 KUHDagang tersebut adalah untuk melindungi penanggung atau membebaskan dari risiko yang tidak secara adil diperalihkan kepadanya, sehingga dalam pasal tersebut tidak menjadi pertimbangan apakah pada tertanggung terdapat itikad baik atau jahat. Ketentuan Pasal 251 KUHDagang mempunyai arti penting setelah terjadi peristiwa tidak pasti (*evenement*) yang menimbulkan ketugian, sehingga menjadi alasan bagi penanggung untuk menghindarkan diri dari kewajiban membayar ganti kerugian. Bagi tertanggung yang jujur merupakan kekecewaan karena tidak mendapat ganti kerugian dengan alasan asuransi batal, sedangkan

tertanggung telah berusaha untuk membeli polis dengan maksud untuk menghindari risiko. Banyak penanggung mengklaim bahwa tertanggung tidak melaksanakan itikad baik (*breach of utmost good faith*) sehingga klaim asuransi yang diajukan ditolak oleh perusahaan asuransi, permasalahan ini menjadi bumerang bagi nasabah/tertanggung. Sedangkan tertanggung tidak mengetahui bahwa niat baik itu ternyata menjadi tidak baik, yang pada akhirnya menjadi *grey area* timbulnya konflik dan tuntutan ganti kerugian.⁸

Gambar 1.1 Ilustrasi Konflik Klaim Asuransi



⁸Zahry Vandawati Chumaidah, *Menciptakan Itikad Baik*, 2014, <https://e-journal.unair.ac.id/YDK/article/download/370/204/628>, Dikutip tanggal 25 Januari 2023, Pukul 06.49 wib.

BAB II

PROSEDUR KLAIM ASURANSI KESEHATAN

A. Pengertian Prosedur.

Prosedur merupakan suatu proses, langkah–langkah atau tahapan– tahapan dari serangkaian kegiatan yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya, prosedur juga biasanya melibatkan beberapa orang dalam suatu departemen di dalam perusahaan. Prosedur atau tata cara adalah serangkaian aksi yang spesifik, tindakan atau operasi yang harus dijalankan atau dieksekusi dengan cara yang baku (sama) agar selalu memperoleh hasil yang sama dari keadaan yang sama, misalnya Prosedur Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Prosedur Masuk Sekolah, Prosedur berangkat Sekolah dan lain sebagainya.⁹

Pengertian prosedur menurut Ida Nuraida yang menyatakan bahwa “prosedur merupakan metode-metode yang dibutuhkan untuk menangani aktivitas yang akan datang dan urutan aktivitas untuk mencapai tujuan tertentu.”¹⁰ Menurut Mulyadi, prosedur adalah suatu urutan kegiatan klerikal, biasanya melibatkan beberapa orang dalam satu departemen atau lebih, yang dibuat untuk menjamin penanganan secara seragam transaksi perusahaan yang terjadi berulang-ulang.¹¹ Sedangkan menurut Rifka R.N, prosedur adalah urutan kerja atau kegiatan yang terencana untuk menangani pekerjaan yang berulang dengan cara seragam atau terpadu.¹²

⁹<https://id.wikipedia.org/wiki/Prosedur>, Dikutip Tanggal 17 Januari 2023, Pukul 19.24 Wib.

¹⁰ Ida Nuraida, *Manajemen Administrasi Perkantoran* ed.Revisi, Kanisius, Yogyakarta, 2014, hal.43.

¹¹Mulyadi, *Sistem Akuntansi*, Salemba Empat, Jakarta Selatan, 2016, hal.4.

¹²Rifak.R.N, *Step by Step Lancar Membuat SOP*, Huta Publish, Depok, 2017, hal.75.

Berikut ini adalah beberapa karakteristik dari prosedur, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Prosedur menunjang tercapainya suatu organisasi.
2. Prosedur mampu menciptakan adanya pengawasan yang baik dan menggunakan biaya yang seminimal mungkin.
3. Prosedur menunjukkan urutan-urutan yang logis dan sederhana.
4. Prosedur menunjukkan adanya penetapan keputusan dan tanggung jawab.
5. Menunjukkan tidak adanya keterlambatan atau hambatan.
6. Adanya suatu pedoman kerja yang harus diikuti oleh anggota-anggota organisasi.
7. Mencegah terjadinya penyimpangan.
8. Membantu efisiensi, efektivitas dan produktivitas kerja dari suatu unit organisasi

Suatu prosedur dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Lebih memudahkan dalam menentukan langkah-langkah kegiatan dimasa yang akan datang.
2. Mengubah pekerjaan berulang-ulang menjadi rutin dan terbatas, sehingga menyederhanakan pelaksanaan dan untuk selanjutnya mengerjakan yang seperlunya saja.
3. Adanya suatu petunjuk atau program kerja yang jelas dan harus dipatuhi oleh seluruh pelaksana.
4. Membantu dalam usaha meningkatkan produktivitas kerja yang efektif dan efisien.
5. Mencegah terjadinya penyimpangan dan memudahkan dalam pengawasan, bila terjadi penyimpangan akan dapat segera diadakan perbaikan-perbaikan sepanjang dalam tugas dan fungsinya masingmasing.

Prosedur tidak hanya melibatkan aspek financial saja, tetapi aspek manajemen juga memiliki peranan penting. Maka setiap perusahaan memerlukan suatu prosedur yang baik untuk menyelesaikan kegiatan atau aktivitas operasional sehingga

keputusan yang diambil harus tepat, efektif dan efisien agar perusahaan tidak mendapat kerugian dan konsumen tidak dirugikan.

Beberapa pengertian prosedur menurut para ahli, yaitu menurut ; Mulyadi prosedur adalah suatu kegiatan clerical, biasanya melibatkan beberapa orang dalam suatu department atau lebih, yang dibuat untuk menjamin penanganan secara seragam transaksi perusahaan yang terjadi berulang-ulang.¹³ Sedangkan menurut Zaki Baridwan prosedur merupakan suatu urutanurutan pekerjaan kerani (*clerical*), biasanya melibatkan beberapa orang dalam suatu bagian atau lebih, disusun untuk menjamin adanya perlakuan yang seragam terhadap transaksi-transaksi perusahaan yang sedang terjadi.¹⁴

Pengertian prosedur menurut Ida Nuraida, yang menyatakan bahwa “prosedur menunjukkan cara pelaksanaan pekerjaan dari suatu tugas yang terdiri atas satu atau lebih kegiatan yang bersifat tulismenulis oleh seorang pegawai sehingga serangkaian metode yang disatukan akan membentuk suatu prosedur”.¹⁵ Dari definisi tersebut dapat dipahami, bahwa prosedur adalah suatu cara, dimana pembuatan cara tersebut dipersiapkan untuk jangka waktu mendatang dan bisa jadi akan digunakan secara terus menerus jika cara tersebut dapat dipergunakan secara efektif dan efisien. Suatu cara di atas berisikan aturan atau pedoman untuk melakukan aktivitas-aktivitas pekerjaan dalam rangka untuk mencapai suatu tujuan organisasi.

Sedangkan menurut Rasto, prosedur adalah urutan rencana operasi untuk menangani aktivitas bisnis yang berulang secara seragam dan konsisten. Berdasarkan dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa prosedur adalah urutan-urutan yang telah

¹³Mulyadi. 2010. *Sistem Akuntansi*, Edisi ke-3, Cetakan ke-5. Penerbit Salemba Empat, Jakarta., hal5.

¹⁴ Zaki Baridwan. 2011. *Intermediate Accounting*, Edisi 8. Yogyakarta:BPFE Yogyakarta, hlm,30.

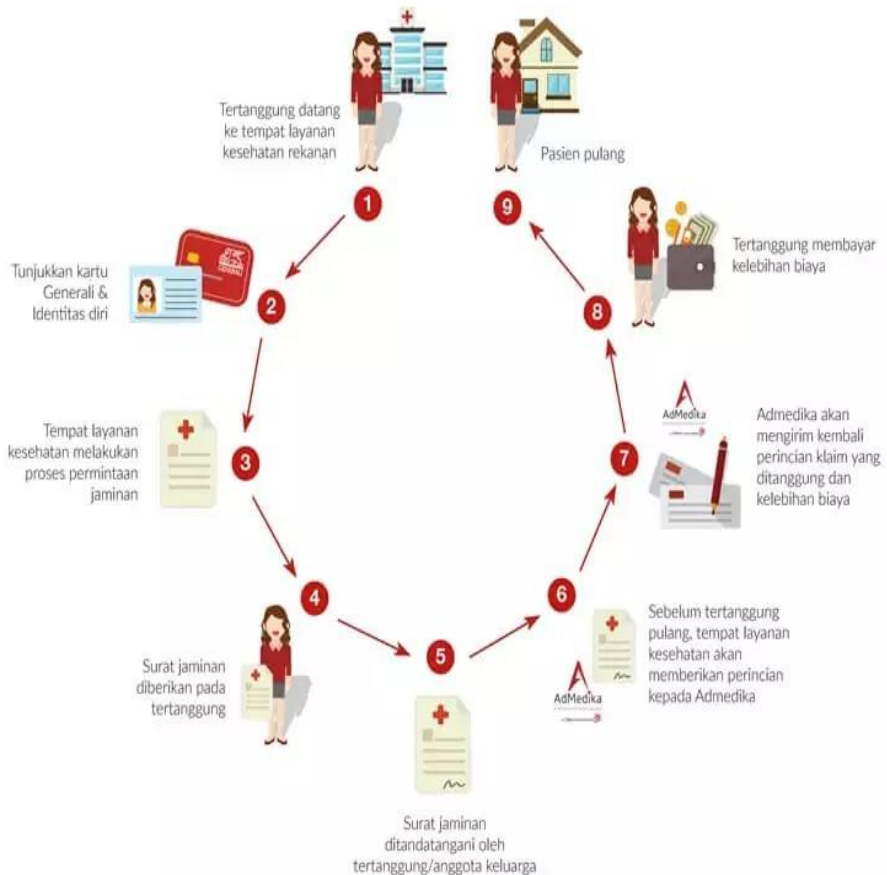
¹⁵ Ida Nuraida, *Op.Cit*, hlm 35.

ditentukan oleh perusahaan dalam melakukan suatu pekerjaan agar pekerjaan dapat tercapai lebih efektif dan efisien. Ada dua jenis prosedur, yaitu prosedur primer dan prosedur sekunder. Prosedur primer, dimaksudkan untuk memperlancar penyelesaian pekerjaan sehari-hari. Beberapa contoh dari jenis ini adalah prosedur pesanan, penagihan, dan prosedur pembelian. Dan prosedur sekunder, dimaksudkan untuk memfasilitasi pekerjaan yang dilakukan oleh prosedur primer. Beberapa contoh dari jenis ini adalah prosedur surat-menyurat layanan telepon, dan layanan arsip.¹⁶

Secara umum prosedur klaim asuransi adalah tuntutan ganti rugi yang diajukan oleh tertanggung kepada penanggung atau perusahaan asuransi. Sebelum mengajukan tuntutan ganti rugi (klaim), seorang tertanggung perlu memahami terlebih dahulu syarat dan prosedur untuk dapat mengajukan tuntutan ganti rugi. Dalam praktik yang sering terjadi adalah kekurangan lancaran dalam proses penyelesaian ganti rugi.¹⁷

¹⁶ Rasto, 2015, *Manajemen Perkantoran Paradigma Baru*, Alfabeta, Bandung, hlm.49

¹⁷ Imam Mahfud, *Tinjauan Hukum Islam Terhadap Mekanisme Pengajuan Klaim Asuransi Syariah*, Jurnal Madani Syari'ah, Vol. 4, No. 1 - Februari 2021 h. 21-22 7, Dikutip tanggal 25 Januari 2023, Pukul 07.47 Wib.



Gambar 2.1 Prosedur Pelaksanaan Klaim Asuransi

B. Pengertian Klaim.

Klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak tertanggung karena adanya kontrak perjanjian dengan pihak asuransi untuk menjamin pembayaran ganti rugi selama pembayaran premi telah dilakukan oleh pihak tertanggung. Sempelnya, klaim adalah

permohonan resmi yang diajukan kepada perusahaan Asuransi Jiwa supaya melakukan pembayaran kepada penerima. Contoh saat ada orang yang meninggal dunia dan orang itu memiliki Asuransi Jiwa, ahli warisnya bisa mengajukan klaim. Bila semua syarat administratif terpenuhi, pihak asuransi akan melaksanakan kewajibannya membayar tanggungan kepada ahli warisnya sesuai kesepakatan yang tercantum. Klaim asuransi tidak hanya berlaku untuk asuransi jiwa saja, melainkan juga asuransi lainnya seperti asuransi kesehatan, pendidikan, dan seterusnya.¹⁸

Menurut Rohmawati, Diba, & Saepudin, klaim asuransi adalah Jaminan yang diberikan asuransi kepada pelanggan atas risiko kerugian yang terjadisesuai dengan kesepakatan bersama. Klaim yang diajukan akan ditinjau validitasnya sesuai dengan peraturan polis asuransi yang telah disepakati bersama. Waktu pengajuan klaim tidak bisa ditentukan kapan saja klaim tersebut datang. Sehingga akan digunakan distribusi Eksponensial untuk menganalisis waktu kedatanganklaim. Klaim yang digunakan sebagai bahan pengujian adalah frekuensi klaim atau banyaknya klaim yang terjadi pada satuan waktu tertentu.¹⁹

Dalam Fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) No. 21/ DSN-MUI/X/ Tahun 2001 menjelaskan bahwa klaim merupakan hak peserta asuransi yang wajib diberikan oleh perusahaan asuransi sesuai dengan kesepakatan dalam akad. Pembayaran klaim oleh perusahaan asuransi sesuai dengan akad yang telah disepakati pada

¹⁸Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia, <https://aaji.or.id/Articles/apa-yang-dimaksud-dengan-klaim-dan-apa-saja-tujuan-dari-klaim>, Dikutip Tanggal 25 Januari 2023 Pukul 08.04 Wib.

¹⁹Rohmawati, A. A., Diba, F., & Saepudin, D. (2017). *Pemodelan dan Simulasi Peluang Kebangkrutan Perusahaan Asuransi dengan Analisis Nilai Premi dan Ukuran Klaim Berdistribusi Eksponensial*, 2, 1–10. <https://doi.org/10.21108/indojc.2017.22.147>

awal perjanjian. Jumlah klaim tersebut dapat berbeda sesuai dengan premi yang telah dibayarkan oleh peserta asuransi.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat dimengerti bahwa klaim merupakan hak atau tuntutan dari seorang nasabah atau pemegang polis untuk mendapat dana atau uang pertanggungan dari pihak asuransi atas timbulnya persyaratan-persyaratan yang telah dipenuhi. Adapun indikator Klaim adalah :

1) Klaim harus sesuai dengan polis.

Klaim harus sesuai dengan polis, artinya polis yang dimiliki harus memiliki manfaat yang sama dengan yang dicatat pada polis asuransi.

2) Polis masih berlaku

Polis masih berlaku atau dalam masa inforce, yang menjadi tolak ukur dapat melakukan klaim adalah polis yang masih dalam keadaan berlaku.

3) Polis tidak dalam masa tunggu

Polis tidak dalam masa tunggu, untuk dapat melakukan klaim polis harus dengan keadaan berlaku dan tidak dalam masa tunggu atau masa mulai berlakunya asuransi.



Gambar 2.2 Dokumen (Polis) Klaim Asuransi

C. Pengertian Asuransi Kesehatan.

Definis asuransi menurut Pasal 246 KUHDagang yaitu ; asuransi atau pertanggungangan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

Pada tahun 2018 Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat dari 262 juta penduduk Indonesia sebanyak 208 juta diantaranya atau setara 79,4% sudah terlindungi oleh asuransi kesehatan. Artinya dari setiap 1.000 penduduk ada 794 orang yang sudah memiliki asuransi kesehatan. Angka ini menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2017 di mana hanya 716 orang yang diketahui memiliki proteksi kesehatan dari 1.000 penduduk.²⁰

Menurut UU No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian dan telah diubah dengan UU No.40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menyatakan 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

²⁰<https://www.bps.go.id/indicator/30/1434/1/jumlah-penduduk-yang-dicakup-asuransi-kesehatan-atau-sistem-kesehatan-masyarakat-per-1000-penduduk.html>Dikutip tanggal 16 Januari 2023 Pukul 10.05 wib.

tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Ada empat (4) unsur yang terdapat dalam asuransi dari defenisi tersebut yaitu :

1. Pihak tertanggung (*insured*) yang berjanji untuk membayar uang premi kepada pihak penanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur (asuransi kerugian).
2. Pihak penanggung (*insure*) yang berjanji akan membayar sejumlah uang (santunan) kepada pihak tertanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur apabila terjadi sesuatu yang mengandung unsur tak tertentu (asuransi sejumlah uang).
3. Suatu peristiwa (*accident*) yang tak tertentu (tidak diketahui sebelumnya).
4. Kepentingan (*interest*) yang mungkin akan mengalami kerugian karena peristiwa yang tak tertentu.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka asuransi merupakan suatu bentuk perjanjian yang harus memenuhi syarat sahnya suatu perjanjian sebagaimana diatur pada Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) yaitu : supaya terjadi persetujuan yang sah, perlu dipenuhi empat syarat ;

1. Kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya;
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
3. Suatu pokok persoalan tertentu;
4. Suatu sebab yang tidak dilarang.

Sedangkan karakteristik yang menyatakan bahwa asuransi adalah persetujuan yang bersifat untung-untungan seperti yang tertuang di dalam Pasal 1774 KUHPerdata yaitu : suatu persetujuan untung-untungan ialah suatu perbuatan yang hasilnya, yaitu mengenai untung ruginya baik bagi semua pihak maupun bagi sementara pihak, tergantung pada suatu kejadian yang belum pasti.

Dikatakan suatu persetujuan untung-untungan (*kons-overeenkomst*) karena asuransi dianggap suatu perbuatan yang hasilnya mengenai untung ruginya, baik bagi semua pihak maupun bagi sementara pihak, bergantung kepada suatu kejadian yang belum tentu.²¹

Dasar hukum asuransi jiwa (*Life Insurance*) dalam KUHDagang terdapat pada Pasal 302 sampai dengan Pasal 308. Pasal 302 KUHDagang menyatakan: “Jika seseorang dapat guna keperluan seseorang yang berkepentingan, dipertanggungjawabkan, baik untuk selama hidupnya jiwa itu, baik untuk suatu waktu yang ditetapkan dalam perjanjian”. Berdasarkan ketentuan definisi tersebut dapat dimengerti bahwa asuransi jiwa adalah sejenis perjanjian asuransi yang mempertanggungjawabkan jiwa seseorang yang memiliki kepentingan, baik untuk jangka waktu tertentu atau untuk sepanjang umurnya.

Kepentingan yang dimaksud adalah kepentingan nasabah/tertanggung sendiri atau pihak lain yang memiliki hubungan kekerabatan atau hubungan hukum, seperti hubungan antara orang tua dan anak, suami dan istri. Hal ini diatur pada Pasal 303 KUHDagang yang menyatakan: “Si yang berkepentingan itu dapat mengadakan pertanggungjawabkan tersebut bahkan di luar pengetahuan atau persetujuan orang yang jiwanya dipertanggungjawabkan”.

Menurut Pasal 303 KUHDagang tersebut, orang yang jiwanyadipertanggungjawabkan atau penikmat (*beneficiary*) tidak perlu tahu atau tidak perlu pula dimintai izin bila Si yang berkepentingan memiliki niat untuk menutup asuransi untuk dirinya. Oleh karenanya wajar saja bila seorang ayah boleh menutup asuransi jiwa bagi istri dan anak-anaknya atau kedua orangtuanya, tanpa perlu memberi tahu atau tanpa perlu meminta izin pada mereka yang akan

²¹ Zainal Asikin, *Hukum Dagang*, Edisi Kedua, Rajawali Pers, Depok, 2019, hlm.286.

dipertanggungkan jiwanya. Kebolehan tersebut tentu beralasan karena Si penutup polis memiliki kepentingan (hubungan hukum) dengan orang-orang yang dipertanggungkan jiwanya.²²

Asuransi kesehatan menjadi produk asuransi yang cukup familiar di telinga masyarakat. Sudah banyak masyarakat yang mengenal produk asuransi ini dan memilikinya. Pilihan asuransi kesehatan juga sangat beragam, mulai dari asuransi milik pemerintah hingga perusahaan asuransi milik swasta.

Asuransi kesehatan adalah jenis asuransi kesehatan yang digunakan untuk menjamin kesehatan kepada tertanggung jika yang bersangkutan jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan bahwa asuransi kesehatan adalah lembaga sosial yang bergerak dalam bidang pengusahaan jaminan pelayanan kesehatan dan mengatur hak serta kewajiban peserta. Sementara itu Otoritas Jasa Keuangan menyebutkan bahwa asuransi kesehatan merupakan asuransi yang menjamin tertanggung untuk mengganti pengobatan yang terdiri atas biaya perawatan rumah sakit, biaya pembedahan, dan biaya obat.²³

Pengertian asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Sesuai dengan pengertian asuransi kesehatan tersebut, asuransi kesehatan akan mengcover biaya perawatan selama peserta asuransi sakit mau pun menderita kecelakaan. Biaya yang dicover oleh asuransi kesehatan ini meliputi biaya rawat inap dan rawat jalan termasuk obat-obatan. Saat memutuskan untuk ikut asuransi kesehatan, pastikan poin-poin biaya asuransi yang dicover, sebab beberapa asuransi kesehatan

²² Mulhadi, *Op.Cit*, hlm.232.

²³<https://ifg-life.id/2022/06/19/memahami-pengertian-asuransi-kesehatan-lengkap-dengan-manfaatnya/>, Dikutip tanggal 25 Januari 2023, Pukul 10.58 Wib.

hanya mengcover biaya selama rawat inap di rumah sakit dan dengan nominal pertanggungan yang relatif kecil.²⁴

Menjaga kesehatan penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang ditimbulkan di kemudian hari. Berhati-hati dalam berkendara juga mutlak diperlukan. Maut bisa mengintai dari mana saja. Akan tetapi, mencegah penyakit dan kecelakaan saja tidaklah cukup. Proteksi dalam bentuk asuransi kesehatan harus dimiliki setiap orang. Asuransi kesehatan akan meringankan beban saat harus menderita suatu penyakit atau pun mengalami musibah kecelakaan.

²⁴<https://www.aia-financial.co.id/id/about-aia/info-media/artikel/articel/ayo-mengenal-pengertian.html>, Dikutip tanggal 25 Januari 2023 Pukul 11.17 Wib.



Gambar 2.3 Manfaat Asuransi Kesehatan

D. Perbedaan Asuransi Kesehatan Dan Asuransi Jiwa.

Asuransi kesehatan dan asuransi jiwa adalah dua (2) produk asuransi yang berbeda, meskipun keduanya di peruntukan proteksi diri dari berbagai risiko. Berikut adalah perbedaan asuransi kesehatan dan asuransi jiwa :

1. Risiko Yang Ditanggung.

Asuransi kesehatan adalah salah satu produk yang menawarkan jaminan biaya ketika nasabah/tertanggung, sebagai pemegang polis, mengalami gangguan kesehatan seperti sakit dan/atau kecelakaan. Pihak perusahaan asuransi akan menanggung biaya rumah sakit seperti rawat inap, rawat jalan, obat, biaya dokter, bahkan operasi berdasarkan kebijakan yang tertera pada polis asuransi yang dimiliki.

Sedangkan asuransi jiwa adalah pihak perusahaan asuransi akan menanggung kerugian finansial nasabah/tertanggung jika pemegang polis menderita cacat seumur hidup, kelumpuhan seumur hidup, dan bahkan meninggal. Besarnya nilai pertanggungan finansial akan diberikan kepada ahli waris yang ditunjuk pada perjanjian asuransi jiwa dan tergantung besarnya premi yang sibayarkan pemegang asuransi.

2. Berdasarkan Manfaat Dan Tujuan.

Layanan rawat jalan meliputi konsultasi dokter umum maupun spesialis, resep obat, biaya dokter, tindakan pencegahan, biaya laboratorium, biaya obat-obatan, serta biaya lainnya. Biasanya perusahaan asuransi memberikan batas pemakaian dana tiap tahunnya pada pemegang polis. Layanan rawat inap, meliputi biaya persalinan, biaya anastesi, ruang operasi, biaya rumah sakit, *emergency service*, dokter jaga, dan lain sebagainya. Perusahaan asuransi umumnya memiliki berbagai kebijakan dalam menentukan biaya sewa kamar rawat inap per harinya serta kelas kamar yang didapatkan nasabah/tertanggung.

Berbeda dengan asuransi kesehatan, asuransi jiwa ditujukan untuk melindungi pemegang polis dari kejadian; meninggal dunia, tabungan hari tua, cacat tetap atau kehilangan pekerjaan karena cacat akibat kecelakaan saat bekerja.

Memiliki asuransi kesehatan berarti memberikan perlindungan kepada pemegang polis, sedangkan memiliki asuransi jiwa berarti memberikan perlindungan kepada ahli waris pemegang polis agar tetap memiliki sumber penghasilan.

3. Pembayaran Polis.

Asuransi kesehatan yang mendapatkan manfaatnya adalah orang yang menjadi tertanggung sesuai dengan polis. Pemegang polis adalah tertanggung itu sendiri, Manfaat akan didapat ketika nasabah/tertanggung harus menjalani perawatan kesehatan di rumah sakit sebagai ganti rugi biaya yang telah dikeluarkan nasabah/tertanggung.

Sedangkan polis asuransi jiwa akan dibayarkan kepada ahli waris ketika nasabah meninggal dunia, cacat tetap, dan/atau kehilangan pekerjaan karena cacat tetap. Dapat dikatakan bahwa asuransi jiwa memberikan manfaat sebagai perlindungan finansial kepada ahli waris dari pemegang polis agar saat musibah terjadi tidak kehilangan sumber penghasilan.

4. Alur Klaim Polis.

Pada asuransi kesehatan, untuk melakukan klaim polis diberikan dua pilihan cara klaim yaitu dengan sistem *reimbursement* dan *cashless*. Keduanya berbeda secara pembayaran. Berikut alur pembayaran klaim asuransi kesehatan;

Sistem *reimbursement*;

- Peserta bebas memilih rumah sakit atau klinik mana saja yang terdaftar dalam perusahaan asuransi.
- Peserta mendapatkan perawatan dokter.

- Perusahaan asuransi memproses klaim yang telah memenuhi syarat, biasanya dalam waktu tujuh (7) hari kerja setelah dokumen sampai di kantor pusat asuransi.
- Peserta membayar biaya pengobatan dan meminta dokumen yang diperlukan ke rumah sakit atau klinik.
- Peserta mengirimkan dokumen klaim ke perusahaan asuransi paling lambat 30 hari sejak tanggal berakhirnya perawatan.

Sistem *cashless* adalah model pembayaran asuransi kesehatan adalah kartu sehingga mewajibkan pemegang polis menggunakan kartu saat bertransaksi di rumah sakit. Seperti kartu debit, peserta cukup menggesekkan kartu di rumah sakit untuk membayar seluruh layanan yang diterima dan obat yang ditebus. Namun, nilai pembayarannya terbatas. Karena itu, jika biayanya kurang dari plafon, pemegang kartu harus membayarkan sisanya secara cash ke rumah sakit.

Sedangkan untuk klaim polis asuransi jiwa sebagai berikut;

- Meminta formulir klaim dan formulir surat keterangan dokter dari customer service rumah sakit.
- Melengkapi formulir klaim dan siapkan dokumen pendukung seperti hasil laboratorium, hasil rontgen, CTScan dan lainnya. Kemudian kirim ke perusahaan asuransi penerbit asuransi.
- Penerbit asuransi melakukan verifikasi data dan melakukan analisis terhadap klaim polis yang diajukan.
- Jika klaim ditolak perusahaan asuransi akan mengirimkan surat penolakan ke nasabah/tertanggung. Jika klaim disetujui maka perusahaan asuransi melakukan pembayaran klaim.



Gambar 2.4 Asuransi Kesehatan



Gambar 2.5 Asuransi Jiwa

E. Manfaat Asuransi

Manfaat asuransi kesehatan di zaman serba modern seperti saat ini semuanya menjadi serba mahal. Ini terjadi karena di dalam dunia kesehatan sendiri, semuanya juga semakin mahal. Biaya pengobatan, perawatan, dan biaya lainnya. Sementara, kita sebagai

manusia sangat rentan terhadap penyakit. Banyak hal yang dapat mempengaruhi dan memperburuk kesehatan kita, mulai dari lingkungan tempat kita hidup, makanan dan minuman yang dikonsumsi, dan udara yang kita hirup setiap hari. Akan sangat bijak jika kita mencintai diri dengan proteksi melalui asuransi kesehatan.

Asuransi kesehatan akan membantu ketersediaan untuk semua kebutuhan biaya dokter, obat-obatan, rawat inap, sampai dengan tindakan operasi. Jika sewaktu-waktu Anda jatuh sakit, maka perusahaan asuransilah yang akan menanggung biaya pengobatan, sesuai dengan kontrak atau kesepakatan. Secara umum, melalui sejumlah premi yang Anda bayarkan, asuransi kesehatan akan memberikan perlindungan pada Anda sebagai nasabah. Namun begitu, jenis perawatan atau program yang tersedia pasti bermacam-macam jenisnya. Manfaat-manfaat yang ditawarkan sebagai perlindungan untuk nasabah pun berbagai macam jenisnya. Inilah 3 manfaat asuransi kesehatan yang selalu ditawarkan dalam sebuah premi asuransi.

1. Manfaat Rawat Inap (*Inpatient*)

Salah satu manfaat yang akan Anda dapatkan saat membeli asuransi kesehatan adalah manfaat rawat inap yang dapat dinikmati oleh peserta asuransi kesehatan. Manfaat ini meliputi biaya rumah sakit, biaya laboratorium, biaya melahirkan, serta biaya gawat darurat (*emergency service*).

2. Manfaat Rawat Jalan (*Outpatient*)

Manfaat lain yang akan diberikan kepada nasabah asuransi kesehatan biasanya berupa perlindungan terhadap biaya rawat jalan. Manfaat ini meliputi beban konsultasi dokter umum atau spesialis, obat menggunakan resep, biaya atas tindakan pencegahan, serta biaya alat-alat bantu yang dianjurkan oleh dokter.

Namun begitu, terdapat batas maksimum penggunaan dana setiap tahunnya dalam manfaat rawat jalan. Jadi baiknya, pikirkan baik-baik sebelum menggunakan manfaat dari asuransi kesehatan ini.

3. Manfaat Nilai Tunai

Melalui manfaat yang satu ini, perusahaan asuransi akan membayarkan sejumlah dana jika Anda sakit dan harus mendapatkan rawat inap di rumah sakit. Uang ini didedikasikan untuk mengganti biaya transport atau pendapatan kita yang hilang selama kita dirawat di rumah sakit.

Membayar premi asuransi kesehatan adalah langkah preventif dan baik yang dapat Anda lakukan di saat sehat. Bayarlah premi asuransi sejak jauh-jauh hari, sedikit demi sedikit, agar tidak memberatkan dan menjadi beban untuk Anda.

Manfaat asuransi kesehatan akan sangat terasa apabila suatu saat Anda mengalami gangguan kesehatan yang pengobatannya memerlukan biaya besar. Saat itulah Anda akan merasakan bahwa nilai pertanggungan yang akan kita terima dari perusahaan asuransi jauh lebih besar bila dibandingkan dengan nilai premi yang sudah dibayarkan.



Gambar 2.6 Manfaat Asuransi

BAB III

METODE KLAIM/PEMBAYARAN ASURANSI KESEHATAN

Metode pembayaran biaya pengobatan pada asuransi kesehatan ada beberapa cara yaitu *Cashless*, *Cash Plan* dan *Reimbursement*. Klaim asuransi adalah kewajiban yang dimiliki perusahaan asuransi berupa jaminan pembayaran yang akan diberikan kepada pemegang polis selama polis masih aktif dan pemegang polis masih membayar premi. Atau klaim asuransi adalah hak yang akan didapat pemegang polis setelah mengajukan permohonan sejumlah dana kepada perusahaan asuransi dan mendapatkan penggantian dana berupa manfaat pertanggungan. Berikut cara metode pembayaran secara *Cashless*, *Cash Plan* dan *Reimbursement*.

A. *Cashless*.

Polis asuransi kesehatan *cashless* merupakan polis yang paling memudahkan nasabah/tertanggung. Hal ini karena pada saat tertanggung dirawat di rumah sakit, tertanggung tidak perlu khawatir tidak memiliki uang tunai. Sebab perusahaan asuransi atau penanggung akan langsung membayar tagihan rumah sakit ketika nasabah mengesekkan atau menggunakan kartu polisnya.

Ciri-ciri metode pembayaran *cashless*;

1. Nasabah Tidak Membayar Tagihan di Depan.

Nasabah akan menerima kartu yang bisa digunakan/digesek untuk bertransaksi ketika dirawat inap di rumah sakit. Tagihan rumah sakit langsung akan dibayar oleh perusahaan 12

2. Tidak Perlu Mengajukan Klaim.

Pada metode *cashless*, nasabah/tertanggung tidak perlu mengajukan formulir klaim, kecuali untuk rawat jalan yang terjadi sebelum dan setelah rawat inap berlangsung.



Gambar 3.1 Metode Pembayaran *Cashless*

B. *Cash Plan*.

Polis asuransi *cash plan* memberikan santunan harian selama pemegang polis dirawat di rumah sakit, sehingga pada umumnya metode pembayaran *cash plan* hanya menyediakan manfaat penggantian biaya pengobatan rawat inap (*in-patient*). Ciri-ciri metode pembayaran *cash plan*;

1. Membayar Manfaat berupa santunan.

Membayar manfaat berupa santunan artinya, jika nasabah/tertanggung dirawat di rumah sakit, maka ia akan

memperoleh santunan sesuai dengan manfaat yang tertera di dalam polis/perjanjian asuransi kesehatan. Contoh ; Budi memiliki polis asuransi dengan manfaat cash plan Rp.1,5 juta per hari, maka ketika budi dirawat di rumah sakit selama 3 hari, ia akan memperoleh santunan sebesar Rp.4,5 juta (Rp1,5 juta per hari dikali 3 hari)

2. Tidak Ditentukan oleh Tagihan Rumah Sakit.

Besarnya santunan yang diterima budi ditentukan oleh ketentuan yang tertera dalam polis/perjanjian dan tidak dipengaruhi oleh besar-kecilnya jumlah tagihan rumah sakit. Sehingga jika jumlah tagihan rumah sakit budi lebih kecil atau lebih besar dari Rp.1,5 juta per hari, maka santunan yang diterima oleh budi tetap Rp.1,5 juta per hari.

3. Umumnya Ditawarkan Sebagai Asuransi Pelengkap.

Karena jumlahnya yang terbatas, maka *cash plan* pada umumnya ditawarkan sebagai manfaat tambahan dalam asuransi utama, atau disebut juga *rider*.

4. Sebagai Pengganti Penghasilan.

Nasabah/tertanggung yang mengambil asuransi kesehatan cash plan dimanfaatkan sebagai pengganti penghasilan yang hilang di hari ketika nasabah/tertanggung sakit. Pada umumnya nasabah/tertanggung yang membeli asuransi kesehatan *cash plan* merasa manfaat yang ia terima di polis utama asuransi kesehatan kurang optimal.

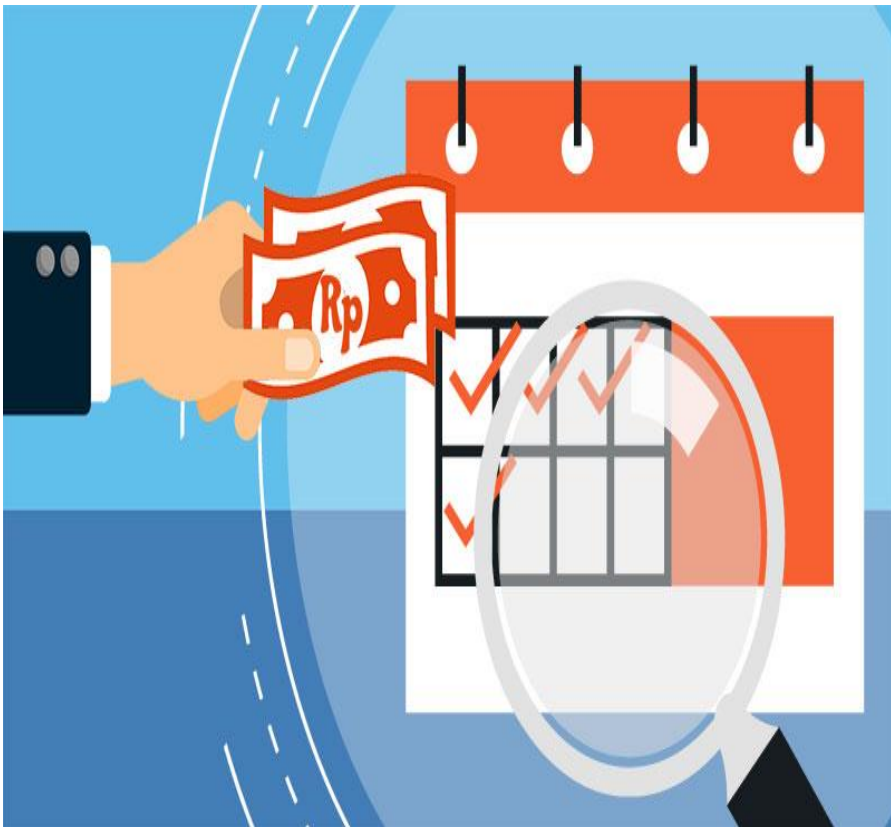
5. Nasabah Perlu Melakukan Klaim.

Metode *cash plan* mengharuskan nasabah/tertanggung melakukan proses klaim, yaitu perusahaan asuransi akan memberi santunan setelah menerima formulir klaim dan tagihan dari rumah sakit. Polis asuransi kesehatan *cash plan* umumnya menerima

tagihan rumah sakit dalam bentuk salinan atau fotocopy yang dilegalisir oleh pihak rumah sakit.

6. Bisa Dirawat di Rumah Sakit Mana Saja.

Metode pembayaran cash plan juga menerima pengajuan klaim jika nasabah/tertanggung dirawat di rumah sakit mana pun, baik yang bekerja dama dengan perusahaan asuransi maupun tidak.



Gambar 3.2 Metode Pembayaran *Cash Plan*

C. *Reimbursement.*

Metode *reimbursement* memberikan manfaat penggantian biaya pengobatan sesuai dengan tagihan rumah sakit. Ada beberapa ciri-ciri metode pembayaran *reimbursement* yaitu;

1. Biaya Pengobatan Ditanggung Nasabah Terlebih Dahulu.

Karena metode *reimbursement* atau penggantian, artinya nasabah/ tertanggung akan menanggung terlebih dahulu biaya perawatan rumah sakit, baru kemudian mengajukan klaim penggantian ke perusahaan asuransi. Pada umumnya asuransi kesehatan memberikan manfaat perlindungan dasar jika nasabah/tertanggung dirawat inap di rumah sakit atau *in-patient*. Manfaat tambahan berupa rawat jalan (*out-patient*), perawatan gigi, dan manfaat melahirkan bersifat pilihan yang dapat ditambahkan ke asuransi kesehatan.

2. Memberikan Penggantian Biaya Pengobatan Sesuai Plafon.

Setiap polis asuransi kesehatan memberikan manfaat perlindungan sesuai dengan plafon yang tertuang di dalam polis. Plafon ini biasanya terbagi atas plafon kamar per malam dan plafon pengobatan per tahun. Contoh ; suatu asuransi kesehatan memberikan plafon kamar Rp.1 juta per malam dan plafon pengobatan Rp.100 juta per tahun. Artinya, biaya pengobatan nasabah/tertanggung akan diganti sesuai dengan batas maksimal sesuai dengan polis.

3. Dapat Dilakukan di Rumah Sakit Manasaja.

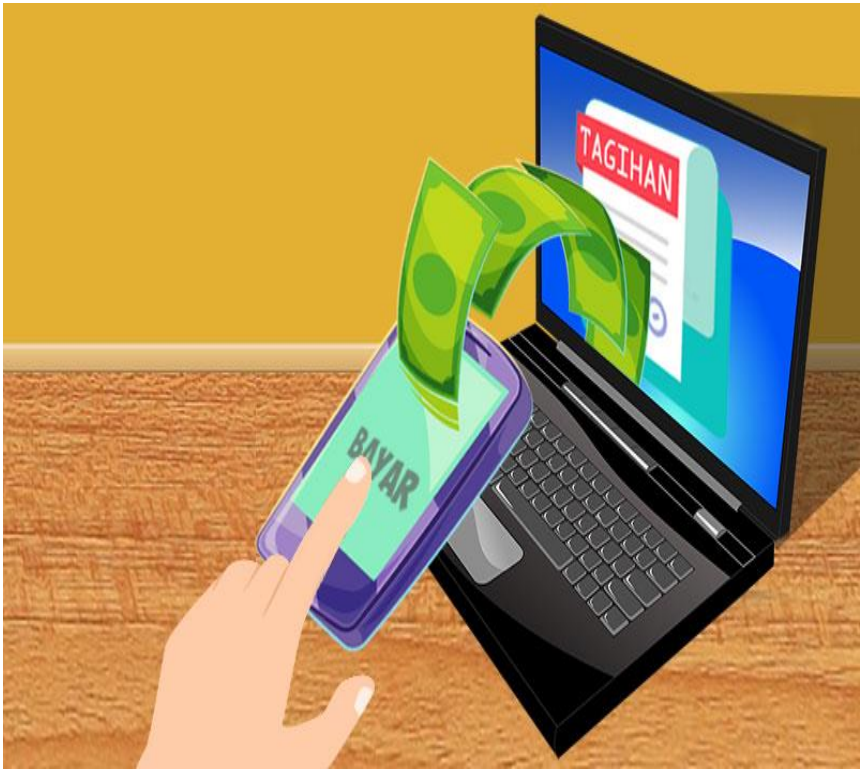
Nasabah/ tertanggung dapat melakukan metode *reimbursement* di berbagai rumah sakit mana saja, bahkan di rumah sakit yang bukan menjadi rekanan perusahaan asuransi sekalipun.

4. Nasabah/Tertanggung Harus Melakukan Klaim

Untuk memperoleh penggantian biaya pengobatan, nasabah/tertanggung harus melakukan pengajuan proses klaim ke perusahaan asuransi. Proses klaim diawali dengan mengunduh formulir klaim yang ada di *website* perusahaan asuransi, kemudian mengisi formulir tersebut. Setelah seluruh dokumen yang di perlukan selesai seperti identitas diri dan seluruh dokumen serta tagihan transaksi selama perawatan di rumah sakit. Kemudian kirim formulir klaim dan seluruh dokumen pendukung secara manual ke perusahaan asuransi atau mengunggahnya di *website* perusahaan asuransi.

Seiring dengan kemajuan teknologi beberapa perusahaan asuransi telah menyediakan pasilitas klaim asuransi melalui aplikasai secara *on line*. Hal ini untuk mempermudah proses yang dilakukan oleh nasabah/tertanggung ketika akan melakukan klaim asuransi.

Dari beberapa metode klaim/pembayaran asuransi kesehatan diatas dapat dimengerti bahwa masing-masing perusahaan meggunakan metode yang berbeda-beda antara satu perusahaan asuransi dengan perusahaan asuransi lainnya. Jadi ketika kita akan membeli produk asuransi kesehatan, harus kita pastikan metode klaim/pembayaran apa yang digunakan oleh perusahaan asuaransi tempat kita membeli polis asauransi kesehatan. Hal ini untuk menghindari konflik atau permasalahan dikemudian hari.



Gambar 3.3 Metode Pembayaran *Reimbursement*

BAB IV
UPAYA HUKUM YANG DAPAT DILAKUKAN
TERTANGGUNG
JIKA KLAIM DITOLAK PENANGGUNG

Ada dua (2) cara untuk menyelesaikan perkara dan sengketa di Indonesia yang berlaku saat ini yaitu secara *litigasi* dan *nonlitigasi*.

A. Litigasi/Melalui Peradilan.

Litigasi adalah penyelesaian perkara melalui pengadilan. Hal ini berarti kedua belah pihak yang terkait harus melakukan persidangan yang dihadiri Hakim, Jaksa, Panitera dan notulen. Menyelesaikan perkara melalui *litigasi* bagi salah satu pihak mempunyai keuntungan tersendiri karena merupakan proses penyelesaian perkara yang dilakukan secara formal oleh lembaga yang ditunjuk Negara. *Litigasi* menempatkan para pihak saling berlawanan satu sama lain dalam hal ini yaitu perusahaan asuransi/penanggung dengan nasabah/tertanggung. Proses *litigasi* adalah penyelesaian sengketa di antara para pihak yang dilakukan di muka pengadilan.

Penyelesaian sengketa dalam bentuk litigasi pada umumnya terjadi di dunia bisnis, seperti perdagangan, perbankan dan sebagainya. Proses litigasi melibatkan proses pengumpulan bukti hingga penyampaian informasi mengenai sebuah perkara agar hakim mendapatkan gambaran lengkap mengenai permasalahan yang terjadi, hal ini berguna untuk membuat keputusan. Hasil akhir dari *litigasi* adalah kekuatan hukum yang mengikat para pihak yang sedang berperkar. Gugatan adalah suatu tindakan sipil yang dibawa ke pengadilan hukum dimana penggugat, pihak yang mengklaim telah mengalami kerugian sebagai akibat dari tindakan terdakwa, menuntut upaya hukum atau keadilan.

Dalam dunia bisnis hal ini biasa terjadi akibat adanya pihak yang merasa dirugikan, seperti yang terjadi dalam pengklaiman asuransi kesehatan. Dimana ada pihak yang merasa tidak puas atas prestasi yang diperolehnya. Hal ini terjadi karena adanya perjanjian atau perikatan diantara para pihak yaitu perusahaan asuransi/penanggung dengan nasabah/tertanggung yang masing-masing pihak tentu menginginkan keuntungan dari suatu peristiwa yang terjadi.



Gambar 4.1 Penyelesaian Secara Litigasi

Perikatan merupakan awal dari ketentuan hukum yang mengatur tentang perjanjian atau kontrak. Pasal 1233 KUHPerdara menyebutkan; perikatan lahir karena suatu persetujuan atau karena undang-undang. Pasal ini menerangkan bahwa perikatan lahir karena perjanjian dan undang-undang. Perjanjian sebagai sumber perikatan jika dilihat dari bentuknya dapat berupa perjanjian tertulis maupun perjanjian tidak tertulis. Sedangkan sumber perikatan yang berupa undang-undang berdasarkan Pasal 1352 adalah perikatan yang lahir karena undang-undang, timbul dari undang-undang sebagai undang-undang atau dari undang-undang sebagai akibat perbuatan orang.

Pasal 1338 ayat (3) KUHPerdara menyebutkan; perjanjian harus dilakukan dengan itikad baik. Orang yang beritikad baik menaruh kepercayaan sepenuhnya kepada pihak lawan yang dianggap jujur dan tidak menyembunyikan sesuatu yang buruk yang dikemudian hari dapat menimbulkan kesulitan-kesulitan.²⁵Perjanjian yang dibuat oleh kedua belah pihak bertujuan untuk menghindari masalah-masalah yang mungkin terjadi dikemudian hari. Masalah yang sering terjadi yaitu salah satu pihak tidak menjalankan kewajibannya. Sedangkan tujuan dibuatnya perjanjian adalah untuk menjalankan kewajiban para pihak sesuai dengan yang disepakati.

Akibat hukum yang terjadi jika salah satu pihak tidak menjalankan prestasi sesuai dengan isi perjanjian dapat merugikan pihak lainnya. Hubungan hukum ini bermula dari terjadinya perjanjian atau kesepakatan atas tujuan yang ingin diraih bersama. Perjanjian asuransi merupakan bukti otentik terjadinya keterikatan hukum antara perusahaan asuransi/penanggung dengan nasabah/tertanggung. Perjanjian baku sebagai bentuk kesepakatan

²⁵ Miftah Arifin, *Membangun Konsep Ideal Penerapan Asas Iktikad Baik Dalam Hukum Perjanjian*, Jurnal Ius Constituendum 5,no.1 (2020):66,<https://doi.org/10.26623/jic.v5i1.2218>.

pada saat perjanjian atau polis ditandatangani dapat berupa klausul yang baku dan sudah dipersiapkan oleh pihak perusahaan asuransi. Hal ini dapat membuat posisi nasabah/tertanggung sebagai pemegang polis sebagai pihak yang lemah dan terjadi klausul yang tidak proporsional.

Pemerintah Indonesia telah membuat peraturan hukum yang menetapkan klausula baku dalam kontrak bisnis atau perjanjian usaha, yaitu UU No.8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, pada Pasal 18 ayat (2) yaitu pelaku usaha dilarang mencantumkan klausula baku yang letak atau bentuknya sulit terlihat atau tidak dapat dibaca secara jelas, atau yang pengungkapannya sulit dimengerti. Pada ayat (3) yaitu setiap klausula baku yang telah ditetapkan oleh pelaku usaha pada dokumen atau perjanjian yang memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dinyatakan batal demi hukum. Ketidaktransparanan isi perjanjian atau polis dalam klausul perjanjian yang tercantum dalam polis asuransi sering menjadi masalah bagi nasabah/tertanggung ketika ingin melakukan klaim. Hal ini tentu sangat merugikan nasabah/tertanggung karena tanpa pemahaman yang luas dan lengkap tentang urgensi dan substansi sebuah polis dapat membuat posisi nasabah/tertanggung di pihak yang lemah karena ketidakpahaman nasabah/tertanggung pada klausul kontrak baku tersebut.

Pelanggaran terhadap klausul baku pada umumnya ditemukan pada polis asuransi kesehatan, yang esensinya secara fundamental ingin mengalihkan kewajiban dan tanggung jawab perusahaan kepada nasabah/tertanggung. Kegagalan pencairan dana asuransi atau klaim tentu sangat merugikan nasabah/tertanggung. Akibat kerugian yang diderita oleh nasabah/tertanggung tersebut perusahaan asuransi/penanggung dapat digugat secara perdata dengan landasan gugatan melakukan wanprestasi, dan dituntut untuk membayar kompensasi uang.

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) mengeluarkan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia Nomor: 5/SEOJK.05/2022 Tentang Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi. Dalam ketentuan umum ayat (8) dinyatakan bahwa Polis Asuransi adalah akta perjanjian asuransi atau dokumen lain yang dipersamakan dengan akta perjanjian asuransi, serta dokumen lain yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan perjanjian asuransi, yang dibuat secara tertulis dan memuat perjanjian antara pihak perusahaan dan pemegang polis.

Faktanya peraturan yang dibuat OJK tersebut belum sepenuhnya diterapkan dalam klausul atau perjanjian polis asuransi. Penentuan klausula baku yang tidak sesuai dengan aturan perundang-undangan, memuat persepsi dari sejumlah pihak bahwa perusahaan asuransi/penanggung memanfaatkan peluang untuk membatasi tanggung jawab kepada nasabah/tertanggung untuk membayar ganti rugi pada nasabah/tertanggung.

Permasalahan yang sering terjadi pada perjanjian asuransi kesehatan berkaitan dengan syarat objektif dalam syarat-syarat sah perjanjian yang diatur pada Pasal 1320 KUH Perdata yaitu: Supaya terjadi persetujuan yang sah, perlu dipenuhi empat syarat;

1. Kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya;
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
3. Suatu pokok persoalan tertentu;
4. Suatu sebab yang tidak terlarang.

Suatu pokok persoalan tertentu atau objek yang diasuransikan, jika asuransi kesehatan maka para pihak harus benar-benar membuat perjanjian/kontrak sesuai dengan keinginan kedua belah pihak yaitu penanggung dan tertanggung. Penanggung atau perusahaan asuransi harus memastikan terlebih dahulu kesehatan dari tertanggung/nasabah mengenai kesehatan dirinya. Ketika akan membeli polis asuransi kesehatan dalam keadaan sehat dan baik dibuktikan dengan surat kesehatan dari dokter. Setelah semua

persyaratan terpenuhi baru kemudian kedua belah pihak melakukan tandatangan perjanjian.

Masalah yang sering terjadi pada asuransi kesehatan berkaitan dengan objek yang diasuransikan seperti nasabah/tertanggung yang membeli polis asuransi kesehatan kepada perusahaan asuransi/penanggung tanpa terlebih dahulu memeriksakan kesehatannya. Kemudian seiring berjalannya waktu ketika nasabah/tertanggung tiba-tiba menderita sakit, dan hasil keterangan dari dokter nasabah/ tertanggung tersebut telah lama menderita penyakit kanker sebelum membeli polis asuransi kesehatan tersebut. Hal ini yang menjadi dasar pihak asuransi/penanggung untuk menolak klaim asuransi kesehatan yang diajukan oleh nasabah/tertanggung. Pihak asuransi/penanggung berdalih bahwa penyakit yang ditanggung adalah penyakit yang dialami setelah perjanjian ditandatangani yang dapat diklaim asuransinya.

Terdapat kekosongan hukum terkait kewajiban pemeriksaan sebelum menjadi nasabah/tertanggung atau pemegang polis. Ketidajelasan kategori apa dan sejak kapan objek perjanjian dalam asuransi kesehatan dapat diklaim sewaktu sakit mengakibatkan tidak memenuhi syarat objektif sehingga perjanjian batal demi hukum (*null and Void*). Berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang dilakukan di antara nasabah/tertanggung dengan perusahaan asuransi/penanggung dalam perjanjian asuransi mengutamakan adanya pembuktian menggunakan dokumen berupa polis. Namun jika polis belum diterbitkan maka pembuktian dapat menggunakan nota, catatan telegram, surat perhitungan dan lain-lain.²⁶ Sebagaimana termuat dalam Pasal 258 Ayat (1) KUHD yang

²⁶ Muzayanah A.Saputra, D.Listiyorini, *Tanggung Jawab Asuransi Dalam Mekanisme Klaim Pada Perjanjian Asuransi, Berdasarkan Prinsip Utmost Good Faith*, Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha 8, no.1 (2020)

menyebutkan bahwa; untuk membuktikan hal ditutupnya perjanjian tersebut diperlukan pembuktian dengan tulisan; namun demikian bolehlah lain-lain alat pembuktian dipergunakan juga, manakala sudah ada suatu permulaan pembuktian dengan tulisan.

Perlindungan hukum bagi nasabah/tertanggung sebagai pemilik polis asuransi kesehatan merupakan hal yang sangat penting, hal ini merupakan bahagian dari perlindungan konsumen. Dalam praktiknya masih ada perusahaan asuransi kesehatan yang menggunakan klausula baku dalam perjanjian asuransi kesehatan. Implikasi perjanjian baku yang dibuat oleh perusahaan asuransi/penanggung tersebut melemahkan kedudukan dan perlindungan hukum bagi nasabah/tertanggung saat menandatangani polis asuransi, karena materi atau klausul dalam kontrak/perjanjian lebih menguntungkan kedudukan pihak perusahaan asuransi penanggung. Ketidaksetaraan kedudukan antara nasabah/tertanggung dengan pihak perusahaan asuransi/penanggung dapat menimbulkan kerugian bagi pihak nasabah/tertanggung dalam mengklaim asuransi kesehatan. Klaim yang diajukan oleh nasabah/tertanggung kepada pihak perusahaan asuransi/penanggung sering mengalami prosedur yang berbelit-belit dan akhirnya ditolak dengan sejumlah alasan.

Klausul yang tercantum pada standar polis berlaku peraturan untuk semua pihak jika sudah disetujui antara kedua belah pihak yaitu perusahaan asuransi/penanggung dengan nasabah/tertanggung. Jika nasabah/tertanggung menerima perjanjian yang tercantum dalam kontrak/perjanjian maka nasabah/tertanggung dapat melakukan tandatangan kontrak yang telah disepakati bersama. Jika calon nasabah/tertanggung menolak isi klausul dan tidak menandatangani maka kontrak/perjanjian tersebut dianggap tidak ada. Hal ini harus dilakukan oleh calon nasabah/tertanggung perlunya untuk

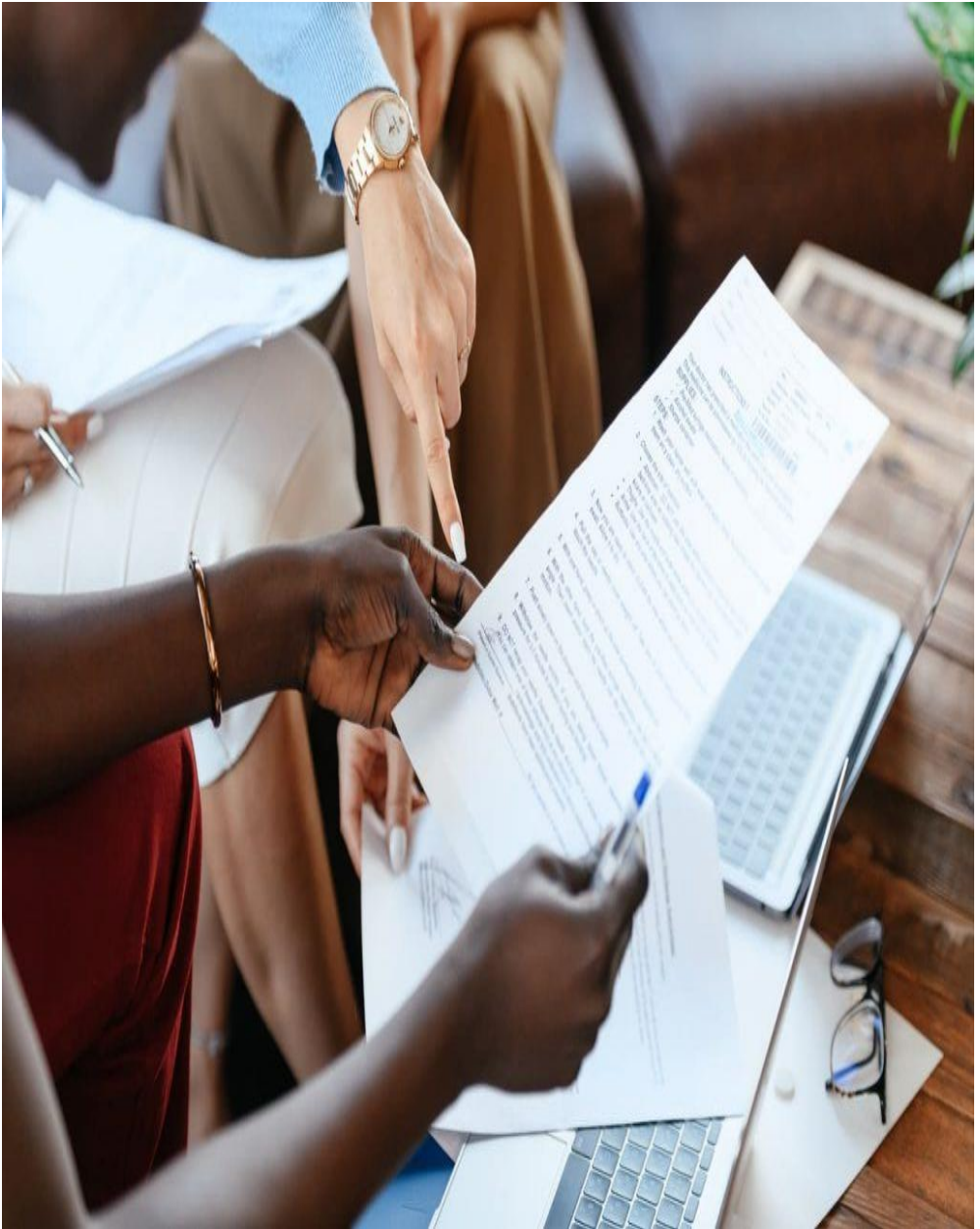
hlm.35-36.

<https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPP/article/ciew/23548/14372>.

membaca seluruh isi ketentuan dan persyaratan, kondisi atau klausula yang dibuat dalam polis secara cermat dan teliti guna menghindari permasalahan di kemudian hari jika menjadi nasabah/tertanggung dari sebuah perusahaan asuransi kesehatan.

Perusahaan asuransi yang besar pada umumnya menggunakan dokumen polis sendiri dan mengisinya sesuai dengan kepentingan perusahaan. Isi polis memuat semua hal yang diperjanjikan dalam kontrak asuransi dan perundang-undangan menggariskan tentang aturan umum dari isi polis. Jika prinsip *insurable interest* atau kepentingan yang dapat diasuransikan tidak tercantum dalam polis akan berakibat pada lemahnya legalitas perjanjian asuransi dan batal demi pertimbangan hukum. Nasabah/tertanggung mempunyai kepentingan atas objek yang diasuransikan jika nasabah/tertanggung mengalami kerugian finansial akibat kerugian, kehilangan atau kerusakan atas objek yang dijamin oleh pihak asuransi/penanggung.

Dalam melakukan perjanjian yang berkaitan dengan asuransi pihak pembeli polis/nasabah dan perusahaan asuransi menerapkan beberapa prinsip asuransi dalam perjanjian yang berlaku untuk kedua belah pihak.



Gambar 4.2 Kesepakatan Perjanjian/Polis Asuransi

Terdapat enam (6) prinsip asuransi yang harus diperhatikan oleh kedua belah pihak yaitu perusahaan asuransi/penanggung dengan calon nasabah/tertanggung dalam melakukan perjanjian asuransi, khususnya asuransi kesehatan yaitu:

1) Prinsip Itikad Baik (*Principle of Utmost Good Faith*)

Prinsip itikad baik menekankan transparansi atau keterbukaan sebagai bentuk dari itikad baik kedua belah pihak yang akan melakukan perjanjian. Prinsip keterbukaan ini terkandung dalam ketentuan Pasal 251 KUHDagang yaitu; “semua pemberitahuan yang keliru atau tidak benar, atau semua penyembunyian keadaan yang diketahui oleh teranggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifatnya sedemikian, sehingga perjanjian itu tidak akan diadakan, atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama, bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari semua hal itu, membuat pertanggungan itu batal”.

Menurut Kanon Armiyanto dalam buku Mulhadi, prinsip atau asas itikad baik yang sempurna dapat diartikan, bahwa masing-masing pihak dalam suatu perjanjian yang akan disepakati demi hukum mempunyai kewajiban untuk memberikan keterangan atau informasi selengkap-lengkapnyanya, yang akan dapat memengaruhi keputusan pihak lain untuk memasuki perjanjian atau tidak, baik keterangan yang demikian itu diminta atau tidak.²⁷

Dalam perjanjian asuransi, pihak tertanggung menjadi pihak yang paling mengetahui tentang objek pertanggungan. Sedangkan pihak penanggung adalah sebagai pihak yang mengetahui mengenai luasnya risiko yang dapat dijamin. Penanggung dan tertanggung mempunyai hak untuk mengetahui fakta-fakta penting (*material facts*) yang berkaitan dengan penutupan asuransi, serta masing-masing berkewajiban untuk memberitahukan secara jelas dan detail

²⁷ Mulhadi, *Op.Cit*, hlm.83.

atas segala fakta-fakta penting sehubungan dengan penutupan tersebut.

Prinsip itikad baik dalam Pasal 31 ayat (2) Undang-undang No.40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menyatakan ; “Agen Asuransi, Pialang Asuransi, Pialang Reasuransi, dan Perusahaan perasuransian wajib memberikan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta mengenai risiko, manfaat, kewajiban, dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi atau produk asuransi syariah yang ditawarkan”.

Dari isi Pasal 31 ayat (2) tersebut jelas bahwa semua pihak yang terkait dengan perjanjian asuransi harus memiliki prinsip itikad baik, hal ini untuk menghindari perselisihan antara para pihak.

2) Prinsip Adanya Kepentingan (*Principle Insurable Interest*)

Prinsip *insurable interest* atau adanya kepentingan merupakan prinsip di mana kepentingan yang dapat diasuransikan. Seseorang yang membeli atau menggunakan produk asuransi harus memiliki kepentingan terhadap objek yang menjadi pertanggungan asuransi. Apabila nasabah/tertanggung menutup perjanjian asuransi, yang bersangkutan harus mempunyai kepentingan terhadap objek yang diasuransikannya. Hal ini diatur pada Pasal 250 KUHDagang yaitu ; “ Apabila seseorang yang telah mengadakan suatu perjanjian asuransi untuk diri sendiri, atau apabila seorang yang untuknya telah diadakan suatu asuransi, pada saat diadakannya asuransi itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang diasuransikan itu, maka Penanggung tidak diwajibkan memberikan ganti kerugian”.

Sesuai dengan bunyi Pasal 250 tersebut bahwa kepentingan merupakan syarat mutlak (*essentieel vereiste*) untuk dapat diadakan perjanjian asuransi. Jika hal tersebut tidak dipenuhi maka penanggung/perusahaan asuransi tidak diwajibkan memberikan

ganti kerugian. Dengan adanya prinsip insurable interest, perusahaan asuransi/penanggung hanya dapat menanggung/menutup asuransi harta benda dari orang/badan hukum yang mempunyai kepentingan atas harta benda pada saat penutupan.

3) Prinsip Ganti Kerugian (*Principle Indemnity*)

Prinsip ganti kerugian adalah penggantian atau pembayaran ganti rugi atau pemberian santunan. Hal ini sesuai dengan fungsi dari asuransi yaitu mengalihkan atau membagi risiko yang kemungkinan diderita atau dihadapi oleh nasabah/tertanggung karena terjadi suatu peristiwa tidak pasti. Ganti rugi yang diberikan oleh perusahaan asuransi/penanggung didasarkan pada kesepakatan antara kedua belah pihak, hal ini berdasarkan isi Pasal 253 KUHDagang yaitu; “Pertanggungan yang melampaui jumlah harganya atau kepentingan yang sesungguhnya, hanyalah berlaku sampai kumlah nilainya. Bila nilai barang itu tidak dipertanggungkan sepenuhnya, maka penanggung, dalam hal kerugian, hanya terikat menurut perimbangan antara bagian yang dipertanggungkan danbagi yang tidak dipertanggungkan. Akan tetapi bagi pihak yang berjanji bebas untuk mempersyaratkan dengan tegas, bahwa tanpa mengingat kelebihan nilai barang yang dipertanggungkan, kerugian yang diderita oleh barang itu akan diganti sampai jumlah penuh yang dipertanggungkan.

Tujuan dari prinsip ganti kerugian dalam perjanjian asuransi adalah untuk menempatkan atau mengembalikan tertanggung ke posisi keuangan semula sesaat sebelum terjadi kerugian. Prinsip ini juga disebut dengan keseimbangan, seimbang antara jumlah ganti kerugian dengan kerugian yang benar-benar diderita oleh tertanggung, keseimbangan antara jumlah pertanggungan dengan nilai sebenarnya benda pertanggungan. Prinsip keseimbangan tercantum dalam Pasal 246 KUHDagang yaitu; “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian, di mana penanggung mengikat diri

terhadap tertanggung dengan memperoleh premi, untuk memberikan kepadanya ganti rugi karena suatu kehilangan, kerusakan atau tidak mendapat keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dapat diderita karena suatu peristiwa yang tidak pasti”.

Untuk dapat mengadakan keseimbangan antara kerugian yang diderita oleh tertanggung dengan pemberian ganti kerugian oleh penanggung harus terlebih dahulu diketahui berapa nilai atau harga dari objek yang diasuransikan. Prinsip ganti kerugian hanya berlaku pada asuransi yang kepentingannya dapat dinilai dengan uang, yaitu asuransi kerugian.

4) Prinsip *Subrogasi* (*Principle Subrogation*)

Subrogasi adalah hilangnya hak tertanggung untuk menuntut pihak ketiga yang menyebabkan kerugian bagi nasabah/tertanggung apabila pihak penanggung/perusahaan asuransi telah melakukan ganti rugi kepada pihak tertanggung. *Subrogasi* diatur pada Pasal 1400 KUHPerdara yaitu; “*Subrogasi* atau perpindahan hak kreditur kepada seorang pihak ketiga yang membayar kepada kreditur, dapat terjadi karena persetujuan atau karena undang-undang.

Prinsip *subrogasi* juga diatur pada Pasal 284 KUHDagang yaitu; “Seorang penanggung yang telah membayar kerugian sesuatu barang yang diasuransikan, menggantikan tertanggung dalam segala hak yang diperolehnya terhadap orang-orang ketiga berhubung dengan penerbitan kerugian tersebut, dan tertanggung itu adalah bertanggungjawab untuk setiap perbuatan yang dapat merugikan hak penanggung terhadap orang-orang ketiga itu”.

Subrogasi adalah hak seorang penanggung yang telah memberikan ganti rugi kepada Tertanggung (karena diharuskan berdasarkan ketentuan polis) untuk menggantikan posisi Tertanggung dalam rangka menerima segala manfaat (*recovery*) yang mungkin dapat diperoleh dari pihak lain (penyebab terjadinya

kerugian), terlepas dari apakah hak tersebut sudah dilaksanakan atau belum.²⁸

Ada dua (2) hal berkaitan dengan prinsip *subrogasi* dalam pengajuan klaim kepada penanggung/perusahaan asuransi, yaitu:

- (1). Nasabah/tertanggung tidak boleh mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi/penanggung dan sekaligus menuntut ganti rugi untuk kerugian yang sama dari pihak ketiga.
- (2). Saat nasabah/tertanggung mengajukan klaim, maka nasabah/tertanggung dianggap telah mengalihkan hak menuntut pihak ketiga tersebut kepada perusahaan asuransi/penanggung.

Prinsip *subrogasi* menjamin terjadinya prinsip *indemnitas* dalam asuransi. Nasabah /tertanggung hanya dapat memilih satu pihak untuk ganti rugi, tidak bisa keduanya.

5) Prinsip Kontribusi (*Principle Contribution*)

Dalam prinsip kontribusi, perusahaan asuransi/tertanggung dapat melakukan kerjasama dengan perusahaan asuransi lain dalam menyelesaikan masalah terkait objek pertanggungan pihak nasabah/tertanggung. Jika terjadi perlindungan asuransi atas objek yang sama oleh lebih dari satu perusahaan asuransi dan masing-masing mengeluarkan polis asuransi dengan nilai pertanggungan sama besar nilai/harga sesungguhnya benda yang menjadi objek pertanggungan, perusahaan asuransi hanya wajib membayarkan ganti rugi secara pro-rata sesuai dengan tanggungjawab menurut perbandingan seimbang.

Maksudnya apabila dalam suatu polis ditandatangani oleh beberapa penanggung/perusahaan asuransi, maka masing-masing penanggung/perusahaan asuransi memikul harga yang sebenarnya dari kerugian nasabah/tertanggung, sesuai dari jumlah yang

²⁸*Ibid*, hlm.87.

disepakati. Prinsip kontribusi terjadi pada asuransi berganda, sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 278 KUHDagang yaitu; “Bila pada satu polis saja, meskipun pada hari yang berlainan oleh berbagai penanggung dipertanggungkan lebih dari nilainya, mereka bersama-sama, menurut perimbangan jumlah yang mereka tanda tangani, hanya memikul nilai sebenarnya yang dipertanggungkan. Ketentuan itu juga berlaku, bila pada hari yang sama, terhadap satu benda yang sama diadakan berbagai pertanggungkan”.

6) Prinsip Sebab Akibat (*Principle Proximate Cause*)

Prinsip sebab akibat atau *principle proximate cause* adalah suatu sebab aktif, efisien yang mengakibatkan terjadinya suatu peristiwa secara berantai atau berurutan dan intervensi kekuatan lain, diawali dengan bekerja dengan aktif dari suatu sumber baru dan independen. Prinsip ini akan digunakan untuk menentukan apakah penyebab tersebut adalah penyebab yang masuk dalam lingkup jaminan polis atau sebaliknya ada dalam lingkup pengecualian polis.

Perusahaan asuransi/penanggung akan melakukan analisis terlebih dahulu akan peristiwa yang terjadi dan memberikan ganti rugi kepada nasabah/tertanggung sesuai dengan kesepakatan yang tertuang dalam polis.

Dari aspek hubungan sebab-akibat, untuk menentukan penyebab terjadinya kerugian dijamin atau tidak dijamin oleh polis, terdapat tiga (3) pendapat yaitu:

- (1). Pendapat menurut peradilan Inggris, terutama yang dianut, yaitu sebab dari kerugian itu adalah peristiwa yang mendahului kerugian itu secara urutan kronologis letaknya paling dekat dengan kerugian itu. Inilah yang disebut *causa proxima*.
- (2). Pendapat kedua ialah di dalam pengertian hukum pertanggungkan, sebab itu tiap-tiap peristiwa yang tidak dapat

ditiadakan tanpa juga akan melenyapkan kerugian itu. Dengan perkataan lain ialah tiap-tiap peristiwa yang dianggap sebagai *condition sinequa non* terhadap peristiwa itu.

- (3). *Causa remota*, bahwa peristiwa yang menjadi sebab dari timbulnya kerugian itu ialah peristiwa terjauh. Ajaran ini merupakan lanjutan dari pemecahan suatu ajaran yang disebut “sebab adequate”, yang mengemukakan bahwa dipandang “sebagai sebab yang menimbulkan kerugian itu adalah peristiwa yang pantas berdasarkan ukuran pengalaman harus menimbulkan kerugian itu.”²⁹

Dari prinsip-prinsip tersebut diatas dapat dimengerti bahwa pelanggaran hak-hak dalam perjanjian asuransi dapat dilakukan oleh kedua belah pihak. Dimana pihak perusahaan asuransi/penanggung terkadang menggunakan kalimat-kalimat yang sulit dipahami oleh nasabah/tertanggung di dalam isi polis atau bahkan menggunakan perjanjian baku yang dapat merugikan pihak nasabah/tertanggung. Sebaliknya, nasabah/tertanggung juga berpotensi sama dalam melakukan kecurangan, sepertimemberikan data atau fakta yang tidak lengkap dan tidak akurat (*misrepresentation*). Hal ini dapat mempengaruhi keputusan pihak penanggung/perusahaan asuransi dalam menerima atau menolak sebuah risiko yang diajukan nasabah/tertanggung atau pada penetapan jumlah premi. Terjadinya konflik atau sengketa asuransi merupakan akibat dari kecurangan yang dilakukan oleh salah satu pihak yaitu penanggung/perusahaan asuransi atau tertanggung/nasabah.

Perlindungan hukum untuk nasabah/tertanggung tidak hanya ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, tetapi ditetapkan juga dalam Undang-Undang Nomor

²⁹ Man Suparman Sastrawidjaja, *Aspek-aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*, Alumni, Bandung, 2003, hlm.59.

8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Perangkat hukum ini dapat memberikan jaminan kepastian hukum berkaitan dengan keamanan dan keselamatan nasabah/tertanggung dalam mendapatkan produk atau layanan asuransi. Perangkat hukum tersebut mengatur tanggungjawab yang harus dilakukan oleh perusahaan asuransi /penanggung dalam menyampaikan informasi kepada nasabah/tertanggung yang berpeluang menyebabkan kerugian bagi pemegang polis. Jumlah kerugian yang dialami oleh nasabaha/tertanggung asuransi telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, yang pada prinsipnya telah mengakomodasi kepentingan nasabah/tertanggung asuransi, dengan menyampaikan praturan dengan jelas dan tegas mengenai seluruh hak yang didapat nasabah/tertanggung yang wajib dipenuhi oleh perusahaan asuransi/penanggung. Jaminan perlindungan hukum untuk subjek hukum dapat diberikan dalam bentuk yang sudah ditentukan atas sebuah tindakan dan peristiwa hukum.

Prinsip hukum yang dijalankan dan dipatuhi oleh perusahaan asuransi/penanggung dan nasabah/tertanggung adalah ke enam (6) prinsip tersebut diatas. Jika kedua belah pihak telah menjalankan dan mematuhi ke enam (6) prinsip tersebut dapat dipastikan tidak akanada konflik atau permasalahan dikemudian hari ketika nasabah/tertanggung akan mengklaim asuransinya. Hal ini dikarenakan kedua belah pihak telah menjalankan hak dan kewajibannya sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Berbagai permasalahan dapat dihindari jika semua pihak bekerjasama dengan baik untuk menjalankan hak serta kewajiban sebagaimana perjanjian awal sebelum kontrak atau polis asuransi ditandatangani. Kewajiban nasabah/tertanggung untuk menginformasikan seluruh fakta penting berkaitan dengan objek asuransi begitu juga dengan kewajiban pihak asuransi/penanggung

untuk menyampaikan informasi dengan transparan atas seluruh risiko dan bentuk pertanggung jawaban yang diberikan oleh pihak asuransi/penanggung kepada nasabah/tertanggung.

B. Non-Litigasi/Di Luar Peradilan.

Non-litigasi atau penyelesaian perkara diluar pengadilan dikenal dengan Penyelesaian Sengketa Alternatif. Penyelesaian sengketa diluar pengadilan diatur pada beberapa peraturan perundangan di Indonesia yaitu;

- 1) Undang-Undang Nomo 14 Tahun 1870 tentang Ketentuan Pokok Kekuasaan Kehakiman di jelaskan pada Pasal 3 disebutkan “penyelesaian perkara di luar pengadilan, atas dasar perdamaian atau melalui wasit (*arbitrase*) tetap diperbolehkan”.
- 2) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa di atur pada Pasal 1 angka 10 dinyatakan “Alternatif Penyelesaian Perkara (*Alternatif Dispute Resolution*) adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yakni penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, mediasi”.

Ad.1. Konsultasi.

Konsultasi hukum merupakan cara agar masyarakat mengerti ketika suatu hari menghadapi suatu permasalahan hukum. Pasal 1 Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2011 tentang Bantuan Hukum menyatakan ; “ Bantuan Hukum adalah jasa hukum yang diberikan oleh Pemberi Bantuan Hukum secara cuma-cuma kepada Penerima Bantuan Hukum.Sesuai dengan undang-undang tersebut

bantuan hukum di berikan secara Cuma-Cuma untuk mereka yang membutuhkan keadilan.Konsultasi hukum pada umumnya disediakan oleh lembaga-lembaga bantuan hukum atau organisasi kemasyarakatan. Tetapi ada juga Advokat *profit* dan *Lawfirm* yang menyediakan jasa bantuan hukum cuma-cuma.

Konsultasi merupakan suatu tindakan yang bersifat personal antara suatu pihak tertentu, yang disebut dengan klien dengan pihak lain yang merupakan pihak konsultan, yang memberikan pendapatnya kepada klien tersebut untuk memenuhi keperluan dan kebutuhan kliennya tersebut. Tugas konsultan dalam penyelesaian sengketa tidak dominan, karena konsultan hanya memberikan pendapat (hukum), sebagaimana yang diminta oleh kliennya. Kemudian selanjutnya keputusan mengenai penyelesaian sengketa tersebut akan diambil sendiri oleh para pihak, meskipun adakalanya pihak konsultan diberi kesempatan untuk merumuskan bentuk-bentuk penyelesaian sengketa yang dikendaki oleh para pihak yang bersengketa tersebut.

Konsultasi dilakukan secara langsung oleh konsultan dan klien. Tetapi seiring dengan kemajuan jaman konsultasi juga dapat dilakukan dengan menggunakan teknologi komunikasi yang telah ada saat ini. Konsultasi dapat dilakukan dengan cara klien mengajukan beberapa pertanyaan kepada konsultan. Hasil dari konsultasi berupa saran yang tidak mengikat secara hukum, yang berarti saran tersebut dapat digunakan atau tidak oleh klien, tergantung kepentingan masing-masing pihak.



Gambar 4.3 Berkonsultasi Dengan Pengacara

Negosiasi adalah sarana bagi pihak-pihak yang bersengketa untuk mendiskusikan penyelesaian tanpa keterlibatan pihak ketiga. Melalui negosiasi para pihak yang bersengketa dapat melakukan suatu proses penjajakan kembali akan hak dan kewajiban para pihak yang bersengketa dengan situasi yang sama-sama menguntungkan, dengan melepaskan atau memberikan kelonggaran atas hak-hak tertentu berdasarkan pada asas timbal balik.

Kesepakatan yang telah dicapai kemudian dituangkan secara tertulis untuk ditandatangani dan dilaksanakan oleh para pihak. Terdapat beberapa kelemahan dalam proses penyelesaian sengketa secara negosiasi yaitu ketika para pihak yang tidak seimbang. Pertama pihak yang kuat akan menekan pihak yang lemah. Yang kedua ialah proses berlangsungnya negosiasi acap kali lambat dan bisa memakan waktu yang lama. Ketiga ketika suatu pihak terlalu keras dengan pendiriannya.



Gambar 4.4 Negosiasi Dengan Perusahaan Asuransi

Ad.3 Mediasi.

Peraturan Mahkamah Agung No.1 Tahun 2016 menyatakan mediasi adalah carapenyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu mediator. Mediasi adalah intervensi terhadap suatu sengketa oleh pihak ketiga (mediator) yang dapat diterima serta, tidak berpihak dan netral serta membantu para pihak yang berselisih mencapai kesepakatan secara sukarela terhadap permasalahan yang disengketakan.

Mediasi secara etimologi berasal dari bahasa latin, *mediare* yang berarti berada di tengah. Hal ini menunjukkan pada peran mediator sebagai pihak ketiga yang berusaha menengahi permasalahan atau problem yang tengah dihadapi oleh kedua pihak yang bersengketa “berada di tengah” juga bermakna posisi mediator ialah netral dan tidak memihak siapapun dalam menyelesaikan sengketa atau permasalahan. Mediator mampu dituntut menjaga kepentingan para pihak yang bersengketa secara adil sehingga menumbuhkan kepercayaan dari diri para pihak yang berengketa.³⁰

Mediasi merupakan proses penyelesaian sengketa melalui proses perundingan atau mufakat para pihak dengan dibantu oleh mediator yang tidak memiliki kewenangan memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian. Ciri utama proses mediasi adalah perundingan yang esensinya sama dengan proses musyawarah atau konsesus. Sesuai dengan hakikat perundingan atau musyawarah atau consensus, maka tidak diperbolehkan ada paksaan untuk menerima atau menolak sesuatu gagasan atau penyelesaian selama proses mediasi berlangsung. Semuanya harus

³⁰ Syahrizal Abbas, *Mediasi Dalam Hukum Syariah, Adat, dan Hukum Nasional*, cet.I Kecana Prenada Media, Jakarta, 2009, hlm.1 -2.

memperoleh persetujuan dari para pihak yang sedang menyelesaikan permasalahannya.³¹

Tujuan dilakukannya mediasi adalah untuk menyelesaikan sengketa para pihak dengan melibatkan pihak ketiga yang netral (penengah). Dalam penyelesaian sengketa melalui jalur mediasi sangatlah dirasakan manfaatnya, karena para pihak telah mencapai kesepakatan yang mengakhiri persengketaan atau pertikaian secara adil dan menguntungkan. Mediasi dapat memberikan sejumlah keuntungan, diantaranya:

- (1). Dapat menyelesaikan perselisihan secara cepat, relatif murah dibandingkan dengan membawa perselisihan ini ke pengadilan atau ke lembaga arbitrase.
- (2). Dapat memberikan kemampuan kepada para pihak untuk melakukan control terhadap proses dan hasil dari mediasi.
- (3). Mediasi dapat memberikan kesempatan kepada para pihak untuk berpartisipasi secara langsung dan secara informal dalam menyelesaikan perselisihannya.
- (4). Mediasi dapat menimbulkan rasa saling pengertian yang lebih baik di antara para pihak yang bersengketa karena mereka sendiri yang memutuskan hasil kesepakatan dari penyelesaian kasus yang sedang dihadapi oleh para pihak tersebut.

³¹<https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpkn1-manado/baca-artikel/13628/Arbitrase-Dan-Alternatif-Penyelesaian-Sengketa.html> Jumat tgl 10 Feb 2023 pk1 14.02 wib.



Gambar 4.5 Proses Mediasi Dibantu Seorang Mediator

Masing-masing penyelesaian sengketa non litigasi maupun litigasi memiliki ciri khas atau karakteristik yang berbeda-beda. Setiap metode juga memiliki kekurangan serta kelebihan. Hal ini dapat disesuaikan oleh para pihak dengan memilih lembaga penyelesaian sengketa yang paling efektif dalam menyelesaikan sengketa dan menguntungkan bagi para pihak.

Tuntutan untuk membayar kompensasi sejumlah uang dapat dilakukan jika terjadi pelanggaran kontrak pada polis asuransi yang dibuat oleh salah satu pihak yang mengakibatkan kerugian bagi pihak lainnya. Terjadinya keaburan hukum terkait keabsahan kontrak atau perjanjian asuransi kesehatan karena terdapat

kekeliruan dan ketidaktransparanan objek yang diperjanjikan. Kekeliruan jasa yang diasuransikan yang seharusnya kesehatan secara menyeluruh, sehingga dikategorikan sebagai objek perjanjian *error in substantia* dan mengakibatkan perjanjian dapat dibatalkan (*voidable*).

Tidak jelasnya objek perjanjian asuransi kesehatan yang dapat diklaim sewaktu sakit dalam kategori apa dan kapan yang mendapat klaim juga mengakibatkan tidak memenuhi syarat objektif, sehingga perjanjian batal demi hukum (*null and void*). Oleh sebab itu dibutuhkan pembuktian dalam menangani problematika ini sebab terdapat kekosongan hukum terkait kewajiban pemeriksaan sebelum menjadi tertanggung sehingga keabsahan atas perjanjian kesehatan tersebut perlu dipertanyakan apakah sudah memenuhi syarat perjanjian sesuai dengan undang-undang yang berlaku.

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dibentuk dengan tujuan agar keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan terselenggara secara teratur, adil, transparan, akuntabel dan mampu mewujudkan system keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil serta dapat melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat. Yang dimaksud dengan melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat termasuk perlindungan terhadap pelanggaran dan kejahatan di sektor keuangan seperti manipulasi dan berbagai bentuk penggelapan dalam kegiatan jasa keuangan.

Perjanjian asuransi mendapat perlindungan hukum dalam berbagai peraturan perundang-undangan seperti dalam Undang-Undang No. 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan, Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, serta dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

Bentuk perlindungan yang terdapat pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 di dalam Pasal 31 menyatakan ;

- (1). Agen Asuransi, Pialang Asuransi, Pialang Reasuransi, dan Perusahaan Perasuransian wajib menerapkan segenap keahlian, perhatian dan kecermatan dalam melayani atau bertransaksi dengan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
- (2). Agen Asuransi, Pialang Asuransi, Pialang Reasuransi, dan Perusahaan Perasuransian wajib memberikan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta mengenai risiko, manfaat, kewajiban dan pembebanan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta mengenai risiko, manfaat, kewajiban dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi atau produk asuransi syariah yang ditawarkan.
- (3). Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, perusahaan reasuransi syariah, perusahaan pialang asuransi, dan perusahaan pialang reasuransi wajib menangani klaim dan keluhan melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses dan adil.
- (4). Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, dan perusahaan reasuransi syariah dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan sehingga mengakibatkan keterlambatan penyelesaian atau pembayaran klaim.
- (5). Ketentuan lebih lanjut mengenai penanganan klaim dan keluhan melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 juga mengatur ketentuan pidana yang terdapat pada Pasal 75 yang menyatakan ; Setiap orang yang dengan sengaja tidak memberikan informasi atau memberikan informasi yang tidak benar, palsu, dan/atau menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan pidana denda paling banyak Rp.5.000.000.000,- (lima miliar rupiah)

Sedangkan bentuk perlindungan menurut Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan, tentang tujuan, fungsi, tugas dan wewenang terdapat pada Pasal 6 yang menyatakan , OJK melaksanakan tugas pengaturan dan pengawasan terhadap :

- (1). Kegiatan jasa keuangan di sektor perbankan.
- (2). Kegiatan jasa keuangan di sektor Pasar Modal; dan
- (3). Kegiatan jasa keuangan di sektor Perasuransian, Dana Pensiun, Lembaga Pembiayaan, dan Lembaga Jasa Keuangan lainnya.

Sedangkan Pasal 29 melakukan pelayanan pengaduan konsumen yang meliputi:

- (1). Menyiapkan perangkat yang memadai untuk pelayanan pengaduan Konsumen yang dirugikan oleh pelaku di Lembaga Jasa Keuangan;
- (2). Membuat mekanisme pengaduan Konsumen yang dirugikan oleh pelaku di Lembaga Jasa Keuangan; dan
- (3). Memfasilitasi penyelesaian pengaduan Konsumen yang dirugikan oleh pelaku di Lembaga Jasa Keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan di sector jasa keuangan.

Untuk menunjang kinerja dalam memberikan perlindungan kepada konsumen dan masyarakat OJK telah mengeluarkan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 1/POJK.07/2013 tentang

Perlindungan Konsumen Jasa Keuangan. Pasal 3 menyatakan; Pelaku usaha jasa keuangan berhak untuk memastikan adanya itikad baik konsumen dan mendapatkan informasi dan/atau dokumen mengenai konsumen yang akurat, jujur, jelas dan tidak menyesatkan. Hal ini dipertegas pada Pasal 4 yang menyebutkan;

- (1). Pelaku Usaha Jasa Keuangan wajib menyediakan dan/atau menyampaikan informasi mengenai produk dan/atau layanan yang akurat, jujur, jelas, dan tidak menyesatkan.
- (2). Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam dokumen atau sarana lain yang dapat digunakan sebagai alat bukti.
- (3). Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib :
 - a. disampaikan pada saat memberikan penjelasan kepada Konsumen mengenai hak dan kewajibannya;
 - b. disampaikan pada saat membuat perjanjian dengan Konsumen; dan
 - c. dimuat pada saat disampaikan melalui berbagai media antara lain melalui iklan di media cetak atau elektronik.

BAB V

PENUTUP

Setiap individu atau keluarga penting untuk mempersiapkan segala sesuatu kemungkinan terburuk yang akan terjadi baik bagi diri sendiri maupun keluarga khususnya dalam aspek kesehatan. Jika kita sudah memiliki asuransi kesehatan kemudian mendadak mendapat musibah mengenai kesehatan kita yaitu sakit tiba-tiba dan membutuhkan biaya, kita dapat mengajukan klaim asuransi kesehatan tersebut.

Klaim asuransi kesehatan adalah tuntutan ganti kerugian yang dilakukan oleh yang dilakukan oleh kita sebagai tertanggung yang wajib dibayar oleh perusahaan asuransi yang kita percaya sebagai pihak penggung, hal tersebut yang disebut dengan klaim atau dapat disebut juga sebagai tuntutan terhadap hak yang timbul disebabkan karena adanya perjanjian asuransi antara penanggung dan tertanggung yang telah berakhir. Prosedur pengajuan klaim sebagai Tertanggung harus segera melaporkan kerugian yang dialami kepada perusahaan asuransi sebagai penanggung atau kepada agen yang mengurus tentang persetujuan polisnya. Jika semua syarat telah diserahkan kepada Penanggung maka klaim asuransi akan segera diproses sesuai dengan prosedur perusahaan.

Mekanisme penyelesaian sengketa antara pemegang polis asuransi dengan perusahaan asuransi pada saatnya akan sampai kepada proses pembuktian, yaitu penerapan perjanjian baku yang berat sebelah oleh perusahaan asuransi yang sudah barang tentu telah terjadi pelemahan terhadap kedudukan pemegang polis, dan kemudian dapat pula ditemukan pelanggaran perjanjian asuransi oleh perusahaan asuransi seperti penolakan oleh rumah sakit terhadap pemegang polis asuransi karena kesalahan dari pihak perusahaan asuransi tersebut. Untuk itu penting bagi calon nasabah

atau bertanggung untuk mengetahui perlindungan hukum asuransi kesehatan baik secara preventif maupun represif sehingga nasabah terhindar dari gagal klaim asuransi kesehatan akibat ketidaktransparanan informasi dalam polis asuransi.

DAFTAR PUSTAKA

Agus Prawoto, 1995, *Hukum Asuransi dan Kesehatan Perusahaan Asuransi*, BPFE Yogyakarta, Yogyakarta.

Ida Nuraida, 2014, *Manajemen Administrasi Perkantoran* ed.Revisi, Kanisius, Yogyakarta.

Mulhadi, 2017, *Dasar-Dasar Hukum Asuransi*, PT.RajaGrafindo Persada, Depok.

Mulyadi, 2016, *Sistem Akuntansi*, Salemba Empat, Jakarta Selatan.

Mulyadi. 2010. *Sistem Akuntansi*, Edisi ke-3, Cetakan ke-5. Penerbit Salemba Empat, Jakarta..

Nana Supriatna, Mamat Ruhimat, Kosim, 2006, *IPS Terpadu (Sosiologi, Geografi, Ekonomi, Sejarah)*, PT. Grafindo Media Pratama, Jakarta..

Rifak.R.N, 2017, *Step by Step Lancar Membuat SOP*, Huta Publish, Depok.

Rasto, 2015, *Manajemen Perkantoran Paradigma Baru*, Alfabeta, Bandung.

Syahrizal Abbas, 2009, *Mediasi Dalam Hukum Syariah, Adat, dan Hukum Nasional*, cet.I Kecana Prenada Media, Jakarta.

Zainal Asikin, *Hukum Dagang*, Edisi Kedua, Rajawali Pers, Depok, 2019.

Zaki Baridwan. 2011. *Intermediate Accounting*, Edisi 8. Yogyakarta:BPFE Yogyakarta.

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Kitab Undang-Undang Hukum Dagang.

Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian.

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

Undang-Undang Nomo 14 Tahun 1870 tentang Ketentuan Pokok Kekuasaan Kehakiman

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2011 tentang Bantuan Hukum

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian.

Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia Nomor : 5/SEOJK.05/2022 Tentang Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi.

Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor: 422/KMK.06/2003 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia,
<https://aaji.or.id/Articles/apa-yang-dimaksud-dengan-klaim-dan-apa-saja-tujuan-dari-klaim>.

Imam Mahfud, *Tinjauan Hukum Islam Terhadap Mekanisme Pengajuan Klaim Asuransi Syariah*, Jurnal Madani Syari'ah, Vol. 4, No. 1 - Februari 2021 h. 21-22 7.

Miftah Arifin, *Membangun Konsep Ideal Penerapan Asas Iktikad Baik Dalam Hukum Perjanjian*, Jurnal Ius Constituendum 5,no.1 (2020):66,<https://doi.org/10.26623/jic.v5i1.2218>.

Muzayanah A.Saputra, D.Listiyorini, *Tanggung Jawab Asuransi Dalam Mekanisme Klaim Pada Perjanjian Asuransi, Berdasarkan Prinsip Utmost Good Fith*, Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha 8, no.1 (2020) hlm.35-36. <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPP/article/ciew/23548/14372>.

Rohmawati, A. A., Diba, F., & Saepudin, D. (2017). *Pemodelan dan Simulasi Peluang Kebangkrutan Perusahaan Asuransi dengan Analisis Nilai Premi dan Ukuran Klaim Berdistribusi Eksponensial*, 2, 1–10. <https://doi.org/10.21108/indojc.2017.22.147>

Prufast Start, *Prudential Life Assurance*.

Zahry Vandawati Chumaidah, *Menciptakan Itikad Baik*, 2014, <https://ejournal.unair.ac.id/YDK/article/download/370/204/628>.

<https://id.wikipedia.org/wiki/Prosedur>,

<https://www.bps.go.id/indicator/30/1434/1/jumlah-penduduk-yang-dicakup-asuransi-kesehatan-atau-sistem-kesehatan-masyarakat-per-1000-penduduk.html>.

<https://ifg-life.id/2022/06/19/memahami-pengertian-asuransi-kesehatan-lengkap-dengan-manfaatnya/>.

<https://www.aia-financial.co.id/id/about-aia/info-media/artikel/articel/ayo-mengenal-pengertian.html>.

[https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kppnl-
mando/baca:artikel/13628/Arbitrase- Dan-Alternatif-Penyelesaian-
Sengketa.html](https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kppnl-
mando/baca:artikel/13628/Arbitrase- Dan-Alternatif-Penyelesaian-
Sengketa.html).

BIOGRAFI



Tri Reni Novita, lahir di Kota Binjai dan menempun pendidikan SD, SLTP dan SLTA di Binjai. Setelah menamatkan pendidikan Sarjana Hukum (S.H.) di Fakultas Hukum Universitas Muslim Nusantara Al Washliyah (UMN Al Washliyah) Medan pada tahun 2001, kemudian melanjutkan dan menamatkan studi S2 di Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (UMSU) Medan tahun 2009. Mulai mengajar di Fakultas Hukum UMN Al Washliyah tahun 2009 hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu Hukum Kepailitan, Hukum Jaminan, Hukum Asuransi, Hukum Dagang I, Hukum Agraria I dan Hukum Perburuhan serta Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan. Penulis juga sudah menerbitkan buku Hukum Kepailitan pada tahun 2022.

BIOGRAFI



M. Faisal Husna, S.Sos., S.Pd., MH. lahir di Jakarta tahun 1973. Penulis menyelesaikan pendidikan di SD Negeri 060849/61 Medan pada tahun 1986, kemudian melanjutkan pendidikan ke SMP Negeri XIV Medan dan tamat tahun 1989, setelah itu menyelesaikan Pendidikan di SMEA Swasta Sutan Oloan Medan tahun 1993. Pernah kuliah di USU pada Fakulta Sastra namun tidak selesai tahun 1993-1995. Kemudian tahun 1995 pindah ke UMSU pada Fakultas Sosial dan Ilmu Politik

Jurusan Ilmu Administrasi Negara mendapatkan gelar S.Sos. (S-1) tahun 1999. Kemudian tahun 2007 penulis mengikuti perkuliahan transfer di UMN Al Washliyah Medan pada Program Studi Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan (PPKn) FKIP UMN Al Washliyah hingga selesai tahun 2009 dan mendapatkan gelar S.Pd. Selanjutnya Penulis mengikuti pendidikan S-2 di UMSU dari tahun 2009 s/d 2011 pada Program Studi Magister IlmJ Hukum, Konsentrasi Hukum Administrasi Negara. Saat ini penulis bertugas di UMN Al Washliyah sebagai staf pengajar pada homebase Program Studi PPKn FKIP UMN Al Washliyah Medan.

BIOGRAFI



Debbi Chyntia Ovami, Lahir di Medan 10 Maret 1990. Menempuh Pendidikan tinggi S1 di Universitas Negeri Medan jurusan Pendidikan Akuntansi dan Program S2 di Universitas Sumatera Utara jurusan Akuntansi dan sekarang sedang menempuh perkuliahan S3 jurusan Akuntansi di Universitas Sumatera Utara. Sejak tahun 2015 sampai sekarang menjadi dosen tetap di Fakultas Ekonomi Universitas Muslim Nusantara Al Washliyah. Penulis sudah menerbitkan buku antara lain Pengantar Akuntansi Perusahaan Jasa, Dagang dan Manufaktur, Pasar Modal di Era Revolusi Invetasi 4.0, Investigasi niat pemanfaatan teknologi bagi umkm, kewirausahaan, dan Model strategic management accounting untuk keberlanjutan umkm kota Medan.

KLAIM ASURANSI KESEHATAN

Modernisasi sekarang ini telah banyak mengubah pola hidup dan pola makan manusia. Resiko terjadinya gangguan kesehatan semakin besar, jika terjadi gangguan kesehatan maka implikasinya adalah pada biaya pengobatan, bahkan tidak jarang berakhir dengan kematian. Terjadinya kematian sangat mungkin mengganggu pendapatan keluarga karena hilangnya pendapatan kepala keluarga. Klaim asuransi adalah Jaminan yang diberikan asuransi kepada pelanggan atas risiko kerugian yang terjadisesuai dengan kesepakatan bersama.

Kesehatan merupakan kebutuhan bagi setiap orang tanpa membedakan status sosial ekonomi. Sakit dan musibah suatu hal yang tidak dapat diprediksi. Seseorang yang kaya raya dapat seketika jatuh miskin ketika menderita sakit berat seperti kanker, jantung, ginjal dan sebagainya. Sedangkan biaya kesehatan saat ini sangat mahal, hal tersebut karena berbagai fasilitas yang disediakan oleh pihak rumah sakit. Menjaga kesehatan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang ditimbulkan dikemudian hari.

Buku ini berisikan cara ataupun tahapan Untuk mengatasi hal tersebut maka masyarakat saat ini menggunakan fasilitas asuransi kesehatan baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta. Hal ini dilakukan karena biaya pengobatan yang sangat mahal sehingga membutuhkan fasilitas pembiayaan khusus untuk kesehatan yang tidak diketahui kapan waktunya terjadi.



ISBN 978-623-8231-24-9 (PDF)

