

**PELAKSANAAN TANGGUNG JAWAB PIHAK PENANGGUNG  
TERHADAP PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN OLEH  
TERTANGGUNG DI PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES**

**TESIS**



**MAGISTER KENOTARIATAN**

**Disusun Oleh :**

**YULISTYA ADI NUGRAHA**

**NIM : B4B007233**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG  
2009**

**Lembaran pengesahan**

**Tesis**

**PELAKSANAAN TANGGUNG JAWAB PIHAK PENANGGUNG  
TERHADAP PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN OLEH  
TERTANGGUNG DI PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES**

**Oleh**

**YULISTYA ADI NUGRAHA**

**NIM : B4B007233**

**Telah Disetujui**

**Oleh :**

**Pembimbing Anggota**

**Ketua Program**

**HERMAN SUSETYO, S.H.,M.Hum**

**NIP. 19480529 197902 1 001**

**H.KASHADI, S.H.,M.H**

**NIP. 19540624 198203 1 001**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa tesis ini merupakan hasil karya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya orang lain yang telah ditujukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan manapun. Pengetahuan yang telah diperoleh dari hasil penelitian sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang Agustus 2009

Penulis

**YULISTYA ADI NUGRAHA**

NIM : B4B007233

## **ABSTRAK**

Pelaksanaan Tanggung Jawab Pihak Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Oleh Tertanggung di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Oleh :  
Yulistya Adi Nugraha, S.H.

Perkembangan asuransi di Indonesia berkembang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dari tahun ke tahun, dengan adanya program perlindungan kesehatan selain dilakukan oleh Pemerintah juga dilakukan oleh para pihak swasta dalam hal ini adalah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES, hal ini mendorong tumbuhnya perekonomian di Indonesia dan memperluas pentingnya peran asuransi dalam aspek aspek kehidupan di masyarakat Indonesia.

Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah tentang Pelaksanaan Tanggung Jawab Pihak Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Oleh Tertanggung di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES, serta mengetahui hambatan hambatan dan upaya yang dilakukan dalam menangani klaim yang terjadi

Metode pendekatan yang digunakan yaitu yuridis empiris yaitu suatu penelitian yang menekankan pada fakta fakta yang diperolehnya dari hasil penelitian yang didasarkan pada metode ilmiah serta juga berpedoman pada teori hokum dan perundang-undangan yang ada.

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian ditemukan adanya hambatan dalam pelaksanaan klaim kesehatan oleh Penanggung dalam hal ini adalah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES yaitu adanya ketidak jujuran oleh calon Tertanggung dalam pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa yang diisi tidak sesuai dengan data keadaan yang sebenarnya dan birokrasi dari Rumah Sakit dalam hal ini yang Penulis dapat di lapangan adalah Rumah Sakit Pemerintah yaitu dalam mengeluarkan berkas dokumen klaim, upaya untuk menangani hambatan hambatan tersebut PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES selalu menekankan kepada divisi marketing diwakili oleh Financial Advisor yang tersebar di Bank Mandiri agar memandu calon Tertanggung dalam mengisi Surat Pengajuan Asuransi Jiwa agar diisi sesuai dengan keadaan data kesehatan yang sebenarnya, sedangkan upaya untuk hambatan di birokrasi Rumah Sakit, PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES diwakili oleh divisi klaim selalu menghubungi secara berkala apabila berkas yang diperlukan belum dikeluarkan oleh rumah sakit bersangkutan.

**Kata Kunci : Pelaksanaan Klaim, Klaim Asuransi Kesehatan**

## **ABSTRACT**

Realization of responsibility by the insurance agency toward the health insurance claim proposal of insured party in PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

By :  
Yulistya Adi Nugraha , S.H

The development of insurance bussines in Indonesia is growing in accordance to the need of the society for time to time, with the life insurance program worked out not only by the government but also by the private company, in this case is PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES it promoted the growth of economy in Indonesia and broadens up the important of the role of insurance in the life in Indonesian

This research is aimed at studying the Realization of responsibility by the insurance agency toward the health insurance claim proposal of insured party in PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES and also to find out the problem and the efforts made in handling the proposed claim.

Method approach is used that is a juridical empirical research that emphasizes the fact the fact that obtaining the results of research that is based on the scientific method and also on the legal theories and laws that exist.

According to the discussion of the collected data there are some problem in the realization of health insurance claim by the insured party, first problem is that there is be honesty in filling out the blank form of the life insurance proposal it is not fill out based on the real condition of the insured part B. Second problem is the difficulties found in the bureaucracy of the hospital in releasing the document of the claim of the efforts, to save the problem PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES always emphasize to the marketing division represented by the Financial Advisor in every Bank Mandiri Branch to guide the insured candidate in filling out the life insurance blank form to ensure that they fill it out with the valid data, the effortes in solving the bureaucratic problem in the hospital the claim division always make reguler contact with the hospital in case they do not release the document.

Keyword : **Implementation of the claims, Health insurance claims**

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmatan karunia-Nya, sehingga paripurna sudah usaha penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Pelaksanaan Tanggung Jawab Pihak Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Oleh Tertanggung di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES”

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dalam menyelesaikan Tesis ini tidak lepas dari dorongan, bantuan dan doa berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih pada :

1. Bapak Prof. Dr.Susilo Wibowo, M.S, Med,S.pd selaku Rektor Universitas Diponegoro Semarang.
2. Bapak Kashadi, S.H, M.H selaku Ketua Progran Studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang.
3. Bapak Herman Susetyo, S.H, M.Hum selaku dosen pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan dan petunjuk-petunjuk serta saran dalam menyelesaikan Tesis ini .
4. Bapak Sonhaji SH M.hum selaku dosen wali program studi magister kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan tentang hukum dan kenotariatan kepada penulis.
5. Semua karyawan tata usaha Program Studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang yang membantu dalam menyelesaikan semua urusan administrasi di Kampus.
6. Ibu Jacqueline Soenardi, selaku Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES ,untuk mengijinkan penulis mengadakan penelitian di tempat tersebut dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis.
7. Ibu Dyah Noviati, selaku Cash Outlet Manager Bank Mandiri Semarang Undip, untuk mengadakan penelitian di cabang Bank Mandiri Semarang

Undip serta dorongan semangat dan motivasi agar Penulis segera menyelesaikan tesis ini.

8. Karyawan Bank Mandiri Cabang Semarang Undip, Agung, Mustain, Retno, Angga, Meita, Ayu, Pak Barkah, Mas Iwan untuk support yang luar biasa atas kemajuan penulis dalam penyelesaian tesis ini.
9. Bapak dan Ibu yang Penulis cintai yang telah memberikan dorongan bimbingan dan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan tesis ini.
10. Istriku Tersayang Ike Putri Setyatama dan anakku tercinta Ibrahim Fadhil Nugraha atas kasih sayang, motivasi dorongan kepada penulis agar menyelesaikan tesis ini.
11. Kakakku Yulistya Agung Indarto beserta Mbak Dewi dan Putri, Adikku Yulistya Wisnu wardhana dan Debby Carolina.
12. Semua pihak yang tidak dapat Penulis sebutkan satu persatu yang telah ikut membantu dan terlibat dalam menyusun Tesis ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan pada Penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT, Amin

Akhirnya semoga tesis ini bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca. Oleh karena itu Penulis mengharapkan kritik dan saran demi kebaikan karya ini dimasa yang akan datang

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Kerangka Pemikiran/Kerangka Teoritik .....	5
F. Metode Penelitian .....	18
G. Sistematika Penulisan .....	22
BAB II. Tinjauan Pustaka.....	24
A. Prinsip Dasar Asuransi .....	24
B. Asas asas dalam asuransi .....	26
C. Syarat Perjanjian Asuransi .....	28
D. Jenis-jenis Asuransi .....	31
E. Usaha-usaha Asuransi .....	33
BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES .....	36
B. Hambatan-hambatan dan upaya mengatasinya dalam pelaksanaan klaim kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES 45	
BAB IV. PENUTUP.....	49



A. Simpulan .....	49
B. Saran .....	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Jiwa dan kesehatan seseorang dapat diasuransikan untuk keperluan orang yang berkepentingan, baik untuk selama hidupnya maupun untuk waktu yang ditentukan dalam perjanjian. Adanya kenyataan bahwa setiap hari manusia selalu dihadapkan pada risiko jatuh sakit atau kecelakaan dan harus dirawat di rumah sakit. Sementara biaya berobat ke rumah sakit semakin lama semakin mahal sehingga sulit terjangkau oleh orang-orang dengan penghasilan biasa. Maka kebutuhan akan jenis asuransi yang dapat mengcover risiko kehilangan keuangan (financial loss) akibat tingginya biaya berobat ini menjadi semakin besar pula.

Setiap orang dapat mengasuransikan dirinya, asuransi jiwa dan kesehatan bahkan dapat diadakan untuk kepentingan pihak ketiga. Asuransi jiwa dan kesehatan dapat diadakan selama hidup atau selama jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam perjanjian. Pihak-pihak yang mengikatkan diri secara timbal balik itu disebut penanggung dan tertanggung<sup>1</sup>. Penanggung dengan menerima premi memberikan pembayaran, tanpa menyebutkan kepada orang yang ditunjuk sebagai penikmatnya. Hal ini untuk menghindari atau memperkecil adanya kemungkinan tidak diduga, oleh karena itu apabila mereka tidak melimpahkan risiko tersebut kepada perusahaan asuransi akan jauh lebih besar kemungkinan kerugian yang diderita dalam kehidupan pribadinya karena kehidupan manusia sejak lahir sampai meninggal selali dikelilingi suatu risiko akan menderita bermacam-macam kerugian sebagai akibat dari suatu peristiwa yang tidak diduga sebelumnya

Salah satu subsistem yang terdapat dalam Sistem kesehatan ialah Subsistem Pembiayaan kesehatan, maka untuk dapat memahami dengan lengkap Sistem kesehatan, perlulah dipahami pula tentang Subsistem Pembiayaan kesehatan tersebut.

---

<sup>1</sup> <http://www.nauli.co.cc/2008/07/makalah-asuransi-jiwa.html>

Posisi, makna dan hakikat kesehatan adalah hak bagi seluruh warga negara dan investasi bagi bangsa negara untuk hari ini dan masa ke depan, oleh karena itu tentunya semua warga negara berhak atas kesehatannya, terlebih khusus bagi masyarakat. Maka di perlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat.<sup>2</sup>

Pemerintah dalam memandang pelayanan jaminan kesehatan yang termandatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 h dan pasal 34 ayat (2) serta Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah mengamanatkan tentang sistem jaminan social yang bertujuan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Sejak tahun 2005, Pemerintah Indonesia telah mengembangkan program Askeskin yang kemudian diubah menjadi program Jamkesmas<sup>3</sup> Perubahan ini dimaksudkan sebagai pilihan untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Sistem jaminan kesehatan ini akan mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan formularium dan penggunaan obat rasional, yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

---

<sup>2</sup> Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara, Edisi ketiga,

<sup>3</sup> [http://www.jari.or.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=45](http://www.jari.or.id/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=45)

Setiap asuransi pasti ada manfaat, dan secara umum manfaat dari berasuransi adalah <sup>4</sup> :

1. Memberikan jaminan perlindungan dari risiko-risiko kerugian yang diderita satu pihak.
2. Meningkatkan efisiensi, karena tidak perlu secara khusus mengadakan pengamanan dan pengawasan untuk memberikan perlindungan yang memakan banyak tenaga, waktu dan biaya.
3. Transfer Risiko; Dengan membayar premi yang relatif kecil, seseorang atau perusahaan dapat memindahkan ketidakpastian atas hidup dan harta bendanya (risiko) ke perusahaan asuransi
4. Pemerataan biaya, yaitu cukup hanya dengan mengeluarkan biaya yang jumlahnya tertentu dan tidak perlu mengganti/membayar sendiri kerugian yang timbul yang jumlahnya tidak tentu dan tidak pasti.
5. Dasar bagi pihak bank untuk memberikan kredit karena bank memerlukan jaminan perlindungan atas agunan yang diberikan oleh peminjam uang.
6. Sebagai tabungan, karena jumlah yang dibayar kepada pihak asuransi akan dikembalikan dalam jumlah yang lebih besar. Hal ini khusus berlaku untuk asuransi jiwa unit link.
7. Menutup Loss of Earning Power seseorang atau badan usaha

Sedangkan Fungsi Asuransi adalah <sup>5</sup> :

- Transfer Risiko dengan membayar premi yang relatif kecil, seseorang atau perusahaan dapat memindahkan ketidakpastian atas hidup (risiko) ke perusahaan asuransi
- Kumpulan dana Premi yang diterima kemudian dihimpun oleh perusahaan asuransi sebagai dana untuk membayar risiko yang terjadi.

---

<sup>4</sup> <http://www.media-asuransi.com/manajemen-resiko/8-tujuan-ber-asuransi.html>

<sup>5</sup> <http://www.axa-mandiri.co.id/index.php?m=4&sm=4>

Pada dasarnya asuransi kesehatan adalah sebuah program dengan risiko ditanggung bersama (risk sharing) dalam bentuk premi dengan sistem kapitalis<sup>6</sup>

Sistem jaminan kesehatan di Indonesia sejak dulu belum mampu menghasilkan output di mana masyarakat semakin sadar terhadap hak-hak informasi, transparansi pelayanan dan akuntabilitas kesehatan yang diperoleh. Hal ini diperparah dengan karakteristik pelayanan kesehatan yang cenderung mengalami fenomena asymetris of information yakni ketidakseimbangan informasi pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan masyarakat sehingga realitas inilah sebagai salah satu faktor yang memicu kenaikan biaya pelayanan kesehatan<sup>7</sup>.

Selain itu di masyarakat Indonesia permasalahan yang sering timbul adalah bagaimana sebuah asuransi menindaklanjuti klaim klaim yang timbul atas pertanggung jawaban yang diperjanjikan di polis antara penanggung dan tertanggung, sehingga memunculkan kekhawatiran di kalangan masyarakat tentang tanggung jawab dari perusahaan asuransi yang ada di Indonesia saat ini<sup>8</sup>

Setelah melihat uraian tersebut diatas maka penulis mengambil judul tentang :  
“Tanggung jawab penanggung terhadap pengajuan klaim asuransi kesehatan oleh tertanggung di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES “

---

<sup>6</sup> <http://www.jari.or.id>

<sup>7</sup> [http://www.jari.or.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=45](http://www.jari.or.id/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=45)

<sup>8</sup> Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara, Edisi ketiga,

## **B. Perumusan Masalah**

Asuransi Kesehatan yang dilakukan oleh PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES bertujuan untuk memproteksi keuangan masyarakat atau nasabah nasabah Bank Mandiri pada khususnya yang sudah mengambil polis di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES tersebut dengan jangka waktu yang telah ditentukan, adapun proteksi dapat dilakukan sebagai langkah pencegahan yaitu pada saat risiko belum terjadi (*risk control*). Sebaliknya, proteksi pun meliputi langkah-langkah pengobatan yang dilakukan apabila risiko sudah terjadi (*risk financing*). Agar sebuah keluarga mampu membiayai kerugian finansial setelah risiko terjadi (*risk financing*).

1. Bagaimana pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES ?
2. Hambatan hambatan dan upaya mengatasinya dalam pelaksanaan klaim kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.

## **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan utama yang hendak dicapai dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.
2. Untuk mengetahui hambatan hambatan yang terjadi dan upaya upaya yang dilakukan oleh PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES untuk mengatasi hambatan apabila klaim tidak dilaksanakan.

## **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini adalah :

1. Sebagai bahan perubahan dalam menangani masalah klaim asuransi kesehatan agar diperoleh penyelesaiannya bagi pihak-pihak terkait.
2. Menambah wawasan bagi masyarakat tentang pentingnya asuransi kesehatan dan prinsip-prinsip proses pelaksanaan pembayaran klaim di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.
3. Dapat memberikan sumbangan ilmu hukum khususnya bagi calon Notaris untuk dapat diterapkan dalam lingkungan kerja.

## **E. Kerangka Pemikiran/Kerangka Teoritik**

### **I. Pengertian dan Pengaturan Asuransi**

Dalam kehidupan manusia kita selalu dihadapkan pada masalah risiko, baik dalam kehidupan pribadi maupun dalam menjalankan usahanya. Tiap-tiap kegiatan, tindakan dan perbuatan manusia sering diiringi dengan adanya risiko baik karena kehilangan, kerusakan, pencurian dan tidak diterimanya laba yang diharapkan dan sebagainya, akan dapat menghambat tercapainya usaha yang kita laksanakan.

Risiko-risiko yang kita hadapi itu dapat diatasi dengan cara mengadakan perjanjian asuransi. Asuransi dalam bahasa Belanda disebut "VERZEKERING" berarti pertanggungan, dalam asuransi terdapat dua pihak yang terlibat yaitu:<sup>9</sup>

1. Orang atau perusahaan yang berkewajiban memikul terhadap pihak yang memberi balas jasa berupa premi disebut sebagai pihak penanggung.
2. Pihak yang berhak menerima ganti kerugian sesuai dengan apa yang telah diperjanjikan dan berkewajiban membayar premi disebut sebagai tertanggung.

Sedangkan dilihat dari segi hukum, asuransi merupakan suatu perjanjian yaitu perjanjian antara pihak penanggung dengan pihak tertanggung. Dalam Kitab Undang-

---

<sup>9</sup> Prodjodikoro, Wiryono, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Intermasa, Jakarta 1979

Undang Hukum Dagang pada Pasal 246 memberikan batasan tentang asuransi atau pertanggungan sebagai berikut :<sup>10</sup>

1. Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dimana penanggung dengan menikmati suatu premi mengikat dirinya tertanggung untuk membebaskan dari kerugian karena kehilangan keuntungan atau ketidaksihinggaan keuntungan yang diharapkan, yang akan dapat diderita olehnya karena suatu kegiatan yang tidak pasti.
2. Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seseorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin akan diderita karenanya suatu peristiwa yang tidak tentu.

Dari perumusan Pasal 246 KUHD diatas dapat disimpulkan bahwa penanggung dengan menerima premi mengikat dirinya terhadap tertanggung untuk membebaskannya dari kerugian, karena kehilangan, kerugian yang dapat diderita karena suatu kejadian yang tidak pasti, dengan demikian terjadi peralihan risiko. Adapun tertanggung menghendaki risiko yang diakibatkan oleh peristiwa-peristiwa tertentu dapat dialihkan kepada penanggung dengan kata sepakat kedua belah pihak yang diperjanjikan sebelumnya.<sup>11</sup>

Menurut Pasal 1774 KUHPerdara, perjanjian asuransi digolongkan dalam perjanjian untung-untungan, karena dalam pasal tersebut tergantung peristiwa yang tidak tentu. Perjanjian untung-untungan dalam Pasal 1774 KUHPerdara, kewajiban penanggung untuk mengganti kerugian tertanggung tergantung pada ada tidaknya peristiwa tertentu. Bila peristiwa tak tentu itu benar-benar terjadi, yang mengakibatkan kerugian tertanggung, maka

---

<sup>10</sup> Sri Rejeki, Hartono *Asuransi dan Hukum Asuransi*, Semarang Fakultas Hukum UNTAG, 1982

<sup>11</sup> Sastrawidjaja, M. Suparman. 1993. *Hukum Asuransi, Perlindungan tertanggung Asuransi Deposito Usaha Perasuransian*. Alumni Bandung



penanggung berkewajiban mengganti kerugian yang diderita tertanggung Jika peristiwa yang tidak tentu itu tidak ada, maka penanggung tidak perlu mengganti apa-apa. Disamping itu seperti yang dikatakan Wiryono Prodjodikoro yaitu :

"Sebagai kontra prestasi dari pertanggungan ini pihak yang ditanggung diwajibkan membayar sejumlah uang kepada pihak yang menanggung, kemudian apabila ternyata peristiwa yang dimaksud ini tidak terjadi maka uang tersebut akan tetap menjadi milik pihak yang menanggung"

Apabila diteliti dalam prakteknya, perjanjian pertanggungan tidak dapat digolongkan kepada perjanjian untung-untungan walaupun digantungkan pada peristiwa yang tidak tentu. Hal ini didasarkan pada alasan bahwa dalam perjanjian pertanggungan peralihan risiko diikuti atau diimbangi dengan pembayaran premi oleh tertanggung. Unsur kepentingan merupakan syarat mutlak yang harus ada pada tertanggung. Selain ini penanggung dapat dituntut dimuka pengadilan jika penanggung tidak membayar ganti rugi.

Dalam Undang Nomor 2 Tahun 1992, dirumuskan definisi asuransi yang lebih lengkap jika dibandingkan dengan rumusan yang terdapat dalam Pasal 246 KUHD. Menurut ketentuan Pasal 1 angka (1) Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992:

“Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara 2 (dua) pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dan suatu peristiwa tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”

Ketentuan Pasal 1 angka (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 ini mencakup 2 (dua) jenis asuransi, yaitu:

- a. Asuransi kerugian (loss insurance), dapat diketahui dan rumusan untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang tidak diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita oleh tertanggung.
- b. Asuransi jumlah (sum insurance), yang meliputi asuransi jiwa dan asuransi sosial, dapat diketahui dari rumusan untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.

Dalam hubungannya dengan asuransi jiwa maka fokus pembahasan diarahkan pada jenis asuransi, butir (b). Apabila Pasal 1 angka (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 di persempit hanya melingkupi jenis asuransi jiwa, maka urusannya adalah asuransi jiwa adalah perjanjian, antara 2 (dua) pihak atau lebih dengan mana pihak Penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang diasuransikan. Definisi inilah yang akan dijadikan titik tolak pembahasan asuransi jiwa selanjutnya. Sebelum berlakunya Undang Nomor 2 Tahun 1992, asuransi jiwa diatur dalam Ordonantie op het Levensverzekering Bedrijf (Staatsblad Nomor 101 Tahun 1941). Menurut ketentuan Pasal 1 ayat (1) huruf Ordonansi tersebut:<sup>12</sup>

*“Overeenkomsten van levensverzekering de overeenkomsten tot het doen van geldelijke uitkeringen, tegen genot van premie en in verband met het leven of den dood van den menschen. Overeenkomsten van herverzekering daaronder begrepen, met dien verstande, dat overeenkomsten van ongevalverzekering niet als overeenkomsten van levensverzekering worden beschouwd”.*

---

<sup>12</sup> Prawoto, Agus 1995 *Hukum Asuransi dan kesehatan Perusahaan Asuransi BPPE* Yogyakarta

Terjemahannya.

“Asuransi jiwa adalah perjanjian untuk membayar sejumlah uang karena telah diterimanya premi yang berhubungan dengan hidup atau matinya seseorang, rensuransi termasuk di dalamnya, sedangkan asuransi kecelakaan tidak termasuk dalam asuransi jiwa”.

Dalam Pasal 27 Undang Nomor 2 Tahun 1992 ditentukan bahwa dengan berlakunya undang-undang ini, maka Ordonantie op het Levens Verzekering Bedrijf dinyatakan tidak berlaku lagi. Adapun yang dimaksud dengan ‘undang-undang ini’ adalah Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992. Oleh karena itu, tidak perlu lagi membahas asuransi jiwa berdasarkan Ordonansi ini karena sudah tidak berlaku lagi, dan pengertian asuransi jiwa sudah tercakup dalam Pasal 1 angka (1) nomor 2 Undang-Undang Tahun 1992. Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) Dalam KUHD asuransi jiwa diatur dalam Buku 1 Bab X pasal 302, pasal 308 KUHD. Jadi hanya 7 (tujuh) pasal. Akan tetapi tidak 1 (satu) pasalpun yang memuat rumusan definisi asuransi jiwa. Dengan demikian sudah tepat jika definisi asuransi dalam Pasal 1 angka (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 dijadikan titik tolak pembahasan dan ini ada hubungannya dengan ketentuan Pasal 302 dan Pasal 303 KUHD yang membolehkan orang mengasuransikan jiwanya Menurut ketentuan Pasal 302 KUHD: Jiwa seseorang dapat diasuransikan untuk keperluan orang yang berkepentingan, baik untuk selama hidupnya maupun untuk waktu yang ditentukan dalam perjanjian, Selanjutnya, dalam Pasal 303 KUHD ditentukan: Orang yang berkepentingan dapat mengadakan asuransi itu bahkan tanpa diketahui atau persetujuan orang yang diasuransikan jiwanya Berdasarkan kedua pasal tersebut, jelaslah bahwa setiap orang dapat mengasuransikan jiwanya, asuransi jiwa bahkan dapat diadakan untuk kepentingan pihak ketiga. Asuransi jiwa dapat diadakan selama hidup atau selama jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam perjanjian. Sehubungan dengan uraian pasal-pasal perundang-undangan di atas,

Purwosutjipto memperjelas lagi pengertian asuransi jiwa dengan mengemukakan definisi: Pertanggungjawaban jiwa adalah perjanjian timbal balik antara penutup (pengambil) asuransi dengan penanggung, dengan mana penutup (pengambil) asuransi mengikatkan diri selama jalannya pertanggungjawaban membayar uang premi kepada penanggung, sedangkan penanggung sebagai akibat langsung dan meninggalnya orang yang jiwanya dipertanggungjawabkan atau telah lampaunya suatu jangka waktu yang diperjanjikan, mengikatkan diri untuk membayar sejumlah uang tertentu kepada orang yang ditunjuk oleh penutup (pengambil) asuransi sebagai penikmatnya”. Dalam rumusan definisinya, Purwosutjipto menggunakan istilah “penutup (pengambil) asuransi dan penanggung. Definisi Purwosutjipto berbeda dengan definisi yang terdapat dalam Pasal angka (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992. Perbedaan tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 dengan tegas dinyatakan bahwa pihak-pihak yang mengikatkan diri secara timbal balik itu disebut penanggung dan tertanggung, sedangkan Purwosutjipto menyebutnya penutup (pengambil) asuransi dan penanggung.
- b. Dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 dinyatakan bahwa “penanggung dengan menerima premi memberikan pembayaran”, tanpa menyebutkan kepada orang yang ditunjuk sebagai penikmatnya. Purwosutjipto menyebutkan membayar 1 orang yang ditunjuk oleh penutup (pengambil) asuransi sebagai penikmatnya. Kesannya hanya untuk asuransi jiwa selama hidup, tidak termasuk untuk yang berjangka waktu tertentu.

Di Indonesia pengaturan dalam bidang hukum asuransi terdapat dalam beberapa sumber yaitu pengaturan yang terdapat didalam KUHPerdata, pengaturan di dalam KUHD dan pengaturan diluar KUHD.<sup>13</sup>

#### 1. Pengaturan Dalam KUHPerdata

Pertanggung jawaban adalah suatu perjanjian, oleh karena itu syarat-syarat untuk syahnya suatu perjanjian juga berlaku terhadap pertanggung jawaban yaitu Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Pengaturan dalam KUHPerdata merupakan pengaturan yang bersifat umum karena hal ini berlaku untuk semua perjanjian pada umumnya. Pasal 1320 KUHPerdata menyebutkan bahwa syahnya perjanjian diperlukan 4 (empat) syarat yaitu:

- a. Sepakat mereka yang mengikatkan diri
- b. Kecakapan untuk membuat suatu perjanjian
- c. Suatu hal tertentu
- d. Suatu Sebab yang halal

#### 2. Pengaturan didalam KUHD

KUHD mengatur hukum asuransi dalam dua kelompok yaitu:

- a. Pengaturan yang bersifat umum, terdapat dalam : Buku 1, Bab IX, tentang pertanggung jawaban pada umumnya, meliputi Pasal 246 sampai dengan Pasal 286. Dalam pengaturan yang bersifat umum tersebut berlaku bagi semua jenis asuransi, baik yang diatur dalam KUHD maupun bagi yang diatur diluar KUHD.
- b. Pengaturan yang bersifat khusus, terdapat dalam: buku I, bab X, tentang pertanggung jawaban terhadap bahaya kebakaran ,bahaya yang rnengancam hasil-hasil pertanian yang belum dipanen. dan tentang pertanggung jawaban jiwa, meliputi Pasal 287 sampai dengan Pasal 308. Buku H, Bab IX, tentang pertanggung jawaban terhadap segala bahaya laut dan dan terhadap bahaya perbudakan Meliputi pasal 592 sampai dengan 695. Bab X,

---

<sup>13</sup> [www.pojokasuransi.com](http://www.pojokasuransi.com)

tentang pertanggung jawaban terhadap bahaya dalam pengangkutan didaratan, di sungai dan di perairan darat. Meliputi Pasal 686 sampai dengan Pasal 695. Pengaturan yang bersifat khusus ini berlaku untuk asuransi yang diatur dalam KUHD.

### 3. Pengaturan diluar KUHD

Diluar KUHD masih ada lagi pengaturan khusus yang diatur tersendiri dalam undang-undang, pengaturan pemerintah, atau perjanjian antara para pihak. Pengaturan khusus tersebut antara lain perjanjian perjanjian yang terjadi di dalam polis asuransi tersebut.

## II. Sejarah Asuransi

### A. Zaman Purbakala

Karena langkanya bukti-bukti yang dapat dipercaya, maka terdapat perbedaan pendapat mengenai asal-usul asuransi yang kita kenal sekarang. Akan tetapi, benih asuransi dapat terlihat dari cara-cara manusia purba menangani risiko harta dan jiwa mereka<sup>14</sup>.

#### 1. Benih Asuransi Harta

Beberapa ahli berpendapat bahwa benih asuransi harta sudah ada di lembah Euphrat, Babylonia, beberapa ribu tahun yang lalu. Pada waktu itu perdagangan Babylonia berkembang pesat dan bahkan para saudagar/majikan akhirnya mengirimkan para penjual ini sampai ke luar negeri sehingga semakin banyak memakan waktu. Para majikan ini tentu saja meminta sesuatu jaminan untuk meyakinkannya bahwa para penjual itu akan kembali dengan membawa laba dan tidak akan melarikan diri. Maka para penjual itu menjadikan harta mereka sebagai jaminan bahwa mereka tidak akan menipu majikan mereka.

---

<sup>14</sup> [digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifudinSyaad](http://digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifudinSyaad)

Sayangnya sebagian daerah yang dikunjungi para penjual ini tidak aman. Adakalanya barang-barang dan uang kepunyaan mereka kena rampas di tengah jalan, dan kembali dengan tangan hampa ke negeri mereka. Akibatnya harta yang mereka jadikan sebagai jaminan disita oleh majikan mereka. Hal ini menimbulkan protes dari pihak penjual, sehingga akhirnya terjadilah perubahan pengaturan perjanjian. Dengan sistem baru ini, majikan dan penjual membagi rata keuntungan yang diperoleh dari perjalanan dagang tersebut. Akan tetapi jika terjadi kerugian, yang disebabkan oleh pencurian dan perampokan di negeri asing dan bukan karena kesalahan penjual, maka harta jaminan penjual itu tidak akan disita. Jadi sebahagian risiko usaha itu dipindahkan dari para penjual kepada majikannya. Pemindahan atau pergeseran risiko yang merupakan salah satu ciri-ciri asuransi inilah yang merupakan benih asuransi harta<sup>15</sup>.

## 2. Benih Asuransi Jiwa

Perintis asuransi jiwa klan kesehatan modern juga dijumpai di Yunani dan Romawi kuno. Di Yunani terdapat kelompok-kelompok keagamaan yang melakukan kegiatan pengumpulan dana dari para anggotanya untuk menjamin biaya penguburan. Kegiatan ini barangkali merupakan bentuk awal dari asuransi penguburan.

Sewaktu Romawi menggantikan Yunani sebagai pemimpin dunia kuno, orang Romawi memakai sistem yang sama untuk asuransi jiwa. Akan tetapi dengan perkembangannya sistem Romawi ini, titik berat kegiatan bukan lagi pada unsur keagamaan, tetapi terbuka untuk masyarakat umum. Dalam beberapa hal, berkembang penutupan yang lebih luas untuk kelompok-kelompok tertentu seperti serdadu.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> [digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifudinSyaad](http://digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifudinSyaad)

<sup>16</sup> [digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifuddin Syaad Afifuddin](http://digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifuddin%20Syaad%20Afifuddin)

## B.Zaman Modern

Perkembangan asuransi laut didorong oleh dialihkannya suatu rencana undang-undang di Inggris dalam tahun 1575 yang menciptakan suatu Dewan Asuransi untuk menjual asuransi tersebut. Beberapa tahun kemudian, didirikanlah sebuah pengadilan istimewa untuk menangani masalah perselisihan asuransi. Dengan perkembangan lanjutan ini, pengadaan asuransi laut berubah dari kegiatan part time untuk para saudagar menjadi bisnis full time bagi para spesialis<sup>17</sup>.

Selama periode tersebut di atas, semua asuransi laut ditanggung individu-individu. Usaha ini dimulai sebagai suatu usaha sampingan para saudagar yang berangsur-angsur digeser oleh para spesialis yang usaha pokoknya adalah menanggung risiko. Perusahaan pertama yang diorganisasi untuk melaksanakan bisnis asuransi laut, didirikan pada tahun 1668 di Paris. Perusahaan ini memperoleh sukses. Kemudian pada tahun 1720, berdasarkan undang-undang, Raja George mengesahkan piagam untuk dua perusahaan asuransi laut yaitu London Assurance corporation dan Royal Exchange Assurance Corporation Belakangan, kedua perusahaan ini diizinkan bergerak dalam asuransi kebakaran dan asuransi jiwa di samping asuransi laut. Akan tetapi, walaupun berkembangnya perusahaan-perusahaan yang menanggung risiko, namun para penanggung perorangan masih tetap faktor utama dalam bisnis asuransi di Inggris.

Organisasi jiwa pertama menurut ukuran standar modern adalah *Society of Assurance for widows and Orphans* (Masyarakat Asuransi untuk janda dan yatim). Organisasi ini didirikan di London dalam tahun 1699 dengan tujuan membayarkan sejumlah tertentu pada waktu meninggalnya salah seorang anggotanya. Preminya - ditagih sekali seminggu dan diusahakan

---

<sup>17</sup> Prawoto, Agus 1995 Hukum Asuransi dan kesehatan Perusahaan Asuransi BPPE Yogyakarta



untuk memilih orang-orang yang akan di asuransikan itu berdasarkan kesehatan dan usia.<sup>18</sup>

Perkembangan asuransi kesehatan menempuh sejarah yang panjang. Sistem ini telah dikenal setidaknya sejak 600 tahun sebelum masehi yakni dengan diperkenalkannya *thiasoi* dan *eranoi* di Yunani serta *collegia* di Romawi. Hanya saja pada waktu itu cakupannya masih terbatas, karena hanya berlaku bagi kalangan rohaniwan saja.

Pada tahap selanjutnya, meskipun masih terbatas, masyarakat umum dapat ikut serta. Pada tahun 1250 diperkenalkan sistem premium di Italia yang kemudian pada tahun 1347 diikuti dengan sistem kontrak yang diperkenalkan di Genoa. Peraturan tentang asuransi pertama kali disusun pada tahun 1435 di Barcelona.

Pada tahun 1793 pemerintah mulai ikut serta dalam kegiatan asuransi kesehatan yang pertama kali dipelopori oleh Inggris dan kemudian diikuti oleh beberapa negara lain, misalnya Jerman pada tahun 1883 di bawah pimpinan Otto Von Bismarck.

Di Amerika Serikat, asuransi kesehatan diperkenalkan pada tahun 1793 yakni dengan didirikannya US Marine Hospital Service. Untuk membiayai pelayanan kesehatan, setiap pelaut dikenakan iuran wajib yang dipotong dari gaji bulannya. Pada tahun 1847 di Massachusetts didirikan organisasi asuransi kesehatan yang pertama yang kemudian berkembang ke berbagai negara bagian lainnya.

Pada tahun 1937, rumah sakit mulai ikut serta dalam asuransi kesehatan yakni dengan didirikannya Blue Cross Association. Pada tahun 1946 para dokter juga mengikutinya yakni dengan didirikannya Blue Shield Association.

Berbeda halnya dengan Inggris, campur tangan Pemerintah dalam asuransi kesehatan di Amerika Serikat amat terbatas. Keterlibatan pemerintah

---

<sup>18</sup> [digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifuddin Syaad Afifuddin](http://digilib.usu.ac.id/download/fe/studipemb-afifuddin%20Syaad%20Afifuddin)

hanya pada hal-hal yang pokok saja, misalnya bantuan kecelakaan bagi karyawan (*The Workmen's Compensation Low*, 1948). Bantuan untuk orang lanjut usia (*The Medicare*) dan bantuan untuk orang miskin (*The Medicaid*) yang dimulai sejak tahun 1965.

Pada tahun 1973 diperkenalkan konsep asuransi kesehatan baru yakni menggabungkan pengelola dana dengan penyedia pelayanan. Bentuk yang seperti ini dikenal dengan nama Health Maintenance Organization (HMO). Diperkirakan pada saat ini sekitar 80% dari masyarakat Amerika Serikat adalah peserta dari salah satu bentuk asuransi kesehatan.

### C. Sejarah Asuransi di Indonesia

Bisnis asuransi masuk ke Indonesia pada waktu penjajahan Belanda dan negara kita pada waktu itu disebut Nederlands Indie. Keberadaan asuransi di negeri kita ini sebagai akibat berhasilnya Bangsa Belanda dalam sektor perkebunan dan perdagangan di negeri jajahannya. Untuk menjamin kelangsungan usahanya, maka adanya asuransi mutlak diperlukan. Dengan demikian usaha perasuransian di Indonesia dapat dibagi dalam dua kurun waktu, yakni zaman penjajahan sampai tahun 1942 dan zaman sesudah Perang Dunia II atau zaman kemerdekaan.<sup>19</sup>

Pada waktu pendudukan bala tentara Jepang selama kurang lebih tiga setengah tahun, hampir tidak mencatat sejarah perkembangan. Perusahaan-perusahaan asuransi yang ada di Hindia Belanda pada zaman penjajahan itu adalah :

1. Perusahaan-perusahaan yang didirikan oleh orang Belanda.
2. Perusahaan-perusahaan yang merupakan Kantor Cabang dari Perusahaan Asuransi yang berkantor pusat di Belanda, Inggris dan di negeri lainnya.

---

<sup>19</sup> Prodjodikoro, Wiryono, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Intermasa, Jakarta 1979

Dengan sistem monopoli yang dijalankan di Hindia Belanda, perkembangan asuransi kerugian di Hindia Belanda terbatas pada kegiatan dagang dan kepentingan bangsa Belanda, Inggris, dan bangsa Eropa lainnya. Manfaat dan peranan asuransi belum dikenal oleh masyarakat, lebih-lebih oleh masyarakat pribumi.

Jenis asuransi yang telah diperkenalkan di Hindia Belanda pada waktu itu masih sangat terbatas dan sebagian besar terdiri dari asuransi kebakaran dan pengangkutan. Asuransi kendaraan bermotor masih belum memegang peran, karena jumlah kendaraan bermotor masih sangat sedikit dan hanya dimiliki oleh Bangsa Belanda dan Bangsa Asing lainnya. Pada zaman penjajahan tidak tercatat adanya perusahaan asuransi kerugian satupun.

Selama terjadinya Perang Dunia II kegiatan perasuransian di Indonesia praktis terhenti, terutama karena ditutupnya perusahaan-perusahaan asuransi milik Belanda dan Inggris. Setelah Perang Dunia usai, perusahaan-perusahaan Belanda dan Inggris kembali beroperasi di negara yang sudah merdeka ini. Sampai tahun 1964 pasar industri asuransi di Indonesia masih dikuasai oleh Perusahaan Asing, terutama Belanda dan Inggris.

Pada awal mulanya beroperasi di Indonesia mereka mendirikan sebuah badan yang disebut "Bataviasche Verzekerings Unie" (BVU) pada tahun 1946, yang melakukan kegiatan asuransi secara kolektif. Dengan demikian dari setiap penutupan, masing-masing anggota BVU memperoleh share tertentu. Cara ini dilakukan mengingat keadaan pada waktu itu belum teratur dan tenaga asuransi masih kurang sekali. Pada tahun 1950 berdiri sebuah perusahaan asuransi kerugian yang pertama, yakni NV. Maskapai Asuransi Indonesia yang kemudian pada awal 2004 sudah menjadi PT MAI PARK. Pada saat itu, sebagai perintis perusahaan asuransi kerugian nasional yang pertama, maka perusahaan ini harus bersaing dengan perusahaan asuransi asing yang unggul baik dalam faktor permodalan maupun pengetahuan teknis.

Dengan berdirinya perusahaan asuransi kerugian nasional tersebut, keberanian pengusaha nasional dipacu untuk mendirikan perusahaan-perusahaan asuransi kerugian. Keberanian ini didukung pula oleh Peraturan Pemerintah bahwa semua barang impor harus diasuransikan di Indonesia. Pengaturan ini dimaksudkan untuk menanggulangi pemakaian devisa untuk membayar premi asuransi di luar negeri.

Pada tahun 1953 berdiri pula perusahaan swasta nasional yang bergerak dalam bidang reasuransi Belanda dan Inggris di Indonesia, pemakaian devisa untuk membayar premi reasuransi ke luar negeri juga masih tetap besar. Untuk menanggulangi hal ini, didirikanlah pada tahun 1954 sebuah perusahaan reasuransi profesional, yakni "PT. REASURANSI .UMUM INDONESIA" yang mendapat dukungan dari bank-bank pemerintah.

Lembaga yang tersebut terakhir ini mengeluarkan peraturan-peraturan yang mengikat untuk perusahaan-perusahaan asuransi asing untuk menggunakan jasa perusahaan reasuransi nasional. Langkah-langkah yang diambil pemerintah dalam hal ini memberikan hasil yang diharapkan. Kegiatan PT. Reasuransi Umum Indonesia pada tahun 1963 diperluas dengan kegiatan reasuransi jiwa.

Pada saat PT. Reasuransi Umum Indonesia didirikan, banyak perusahaan-perusahaan asuransi kerugian nasional bermunculan, tetapi perkembangannya masih terhambat oleh persaingan yang berat dari perusahaan-perusahaan asuransi swasta asing.

Pada waktu perjuangan mengembalikan Irian Barat ke pangkuan Republik Indonesia, pemerintah melakukan nasionalisasi perusahaan milik Belanda. Perusahaan-perusahaan Inggris dinasionalisasi dalam peristiwa konfrontasi.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> <http://www.media-asuransi.com/sejarah-asuransi/4-sejarah-asuransi-di-indonesia.html>

### III. Fungsi Asuransi

Asuransi sebagai lembaga keuangan non Bank, merupakan satu mata rantai dari keseluruhan kegiatan yang terjadi dalam dunia usaha. Karena dalam keseluruhan kegiatan dunia usaha sebenarnya merupakan satu rangkaian yang tidak bisa lepas antara satu dengan yang lain. Misalnya antara produsen, konsumen, Bank, Asuransi, Pengangkutan dan sebagainya.

Asuransi dalam hubungannya dengan kegiatan dunia usaha lainnya mempunyai fungsi yang rangkap yaitu disamping sebagai lembaga pelimpahan risiko juga sebagai lembaga penyerap dana dari masyarakat,<sup>21</sup>

Adapun fungsi asuransi secara umum adalah:

1. Asuransi sebagai lembaga pelimpahan risiko. Sudah sewajarnya bahwa seorang atau suatu Badan Usaha didalam kegiatan usahanya tidak menghendaki timbulnya kerugian yang kecil sekalipun Untuk mengatasi adanya rasa khawatir akan kemungkinan timbulnya kerugian dalam kegiatan usahanya, maka seseorang atau badan usaha tersebut berusaha melimpahkan semua kemungkinan kerugian yang timbul kepada pihak lain yang bersedia membayar ganti kerugian apabila terjadi kerugian. Cara ini dapat dilaksanakan dengan jalan mengadakan suatu perjanjian yang disebut perjanjian asuransi. Dalam perjanjian asuransi peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung. Hal ini berarti apabila dalam jangka waktu diadakannya asuransi itu terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, maka penanggung akan membayar ganti rugi atau memberikan sejumlah uang kepada tertanggung sesuai dengan isi perjanjian asuransi. Dengan demikian jelaslah, bahwa asuransi dapat mengurangi atau mengatasi kemungkinan kerugian dari suatu peristiwa yang benar-benar terjadi dan tidak dapat diduga sebelumnya

---

<sup>21</sup> Sri Redjeki Hartono, *Asuransi dan Hukum Asuransi*, Semarang Fakultas Hukum UNTAG, 1982;12

## 2. Asuransi sebagai penyerap dana dari masyarakat

Premi adalah suatu kewajiban tertanggung sebagai imbalan dari kewajiban penanggung untuk mengganti kerugian tertanggung. Tetapi tidak setiap perjanjian asuransi itu akan selalu berakhir dengan penuntutan ganti kerugian. Ini terjadi bila dalam jangka waktu diadakannya asuransi tidak terjadi peristiwa yang mengakibatkan kerugian. Dalam asuransi jiwa, meskipun suatu peristiwa kematian itu pasti terjadi, tetapi dalam jangka waktu yang relatif cukup lama, dan selama itu pula penanggung dapat menggunakan atau memantaatkati semua premi yang terkumpul dari tertanggung. Dari pembayaran premi-premi tersebut, maka dapat terkumpul dalam suatu perusahaan, dimana premi itu dapat disebut sebagai suatu kumpulan dana dari masyarakat yang relatif cukup besar. Dari dana yang terkumpul, tentu saja merupakan sejumlah modal yang dapat digunakan secara efisien, modal tersebut tidak akan dibiarkan menganggur begitu saja oleh perusahaan asuransi, melainkan diaktifkan dalam industri-industri lain. Pertumbuhan dan perkembangan industri-industri serta pembiayaan proyek-proyek pemerintah sangat dibantu oleh dana-dana yang terkumpul dalam perusahaan asuransi tersebut. Oleh karena itulah dapat dikatakan, bahwa asuransi adalah lembaga keuangan non Bank, yang mempunyai fungsi rangkap yaitu disamping sebagai lembaga pelimpahan risiko juga sebagai lembaga penyerap dana dari masyarakat<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Prodjodikoro, Wiryono, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Intermasa, Jakarta 1979

#### **IV. Tujuan Asuransi Kesehatan**

Setiap manusia pada dasarnya pasti menghadapi risiko, baik risiko terhadap jiwa, harta benda. maupun risiko tanggung jawab hukum. Risiko pada dasarnya adalah ketidakpastian yang menimbulkan kerugian secara ekonomis. Cara untuk mengatasi risiko dapat ditempuh: menghindari, mencegah, memeralihkan, dan menerima. Dari keempat cara tersebut yang paling menguntungkan adalah memeralihkan risiko dengan cara asuransi, termasuk dalam hal ini asuransi kesehatan. Sebab tujuan asuransi adalah mengalihkan risiko dari tertanggung kepada penanggung. Dalam asuransi kesehatan meliputi pihak tertanggung, penanggung dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK).<sup>23</sup>

Asuransi kesehatan meliputi pihak Penanggung, Tertanggung, dan pemberi pelayanan kesehatan, maka konstruksi hubungan hukum yang terjadi baik asuransi sosial (Pemerintah) maupun asuransi komersial (Swasta) adalah:

1. Penanggung dengan Tertanggung

Merupakan hubungan hukum asuransi, yaitu berupa peralihan risiko biaya kesehatan dari tertanggung kepada penanggung.

2. Penanggung dengan pemberi pelayan kesehatan

Merupakan hubungan hukum berupa penggunaan jasa pelayanan kesehatan milik pemberi pelayanan kesehatan untuk kepentingan tertanggung.

Asuransi kesehatan merupakan hal yang penting bagi kehidupan masyarakat, maka: agar segera disusun undang undang asuransi kesehatan nasional, baik yang mengatur asuransi sosial (wajib), maupun asuransi komersial dengan tanggung jawab penanggung kepada tertanggung meliputi: pencegahan, peningkatan, penyembuhan dan rehabilitasi. Hal ini dimaksudkan agar bangsa Indonesia memperoleh pelayanan perawatan pemeliharaan kesehatan secara maksimal dan dapat tercapainya peningkatan hidup sehat.

---

<sup>23</sup><http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s3-2005-suryonoari->

Bentuk pokok asuransi kesehatan terdiri dari tiga pihak (*third party*) mempengaruhi, ketiga yang dimaksud adalah<sup>24</sup> :

1) Tertanggung / Peserta

Yang dimaksud dengan tertanggung atau peserta yang terdaftar sebagai anggota , membayar iuran (premi) sejumlah dengan mekanisme tertentu dan karena biaya kesehatannya.

2) Penanggung / Badan Asuransi

Yang dimaksud dengan penanggung atau badan asuransi (*health insurance institutional*) adalah yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran serta membayar biaya kesehatan yang dibutuhkan peserta.

3) Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK)

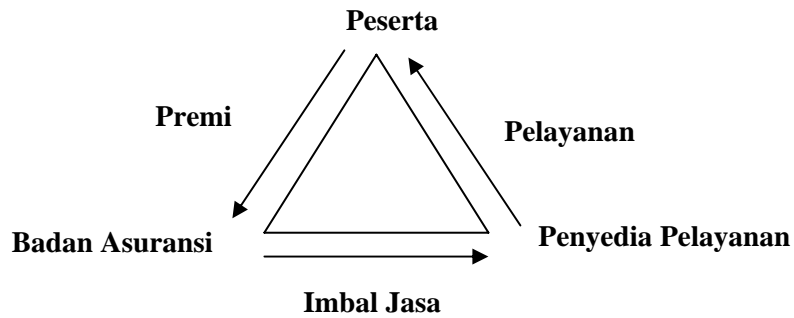
Yang dimaksud dengan penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) adalah yang bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta dan untuk itu mendapatkan imbalan jasa dari badan asuransi

---

<sup>24</sup> Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara, Edisi ketiga, Jakarta, 1996



Hubungan ketiga pihak tersebut diatas secara disederhanakan dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Hubungan Pihak-Pihak Dalam Asuransi Kesehatan

Sumber : Azwar, Azrul

PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES salah satu perusahaan asuransi di Indonesia di bawah naungan Bank Mandiri dan AXA Group Prancis, mempunyai konsep Asuransi Jiwa dan Kesehatan yang bertujuan agar<sup>25</sup> :

- 1) Mewujudkan ketentraman jasmani dan rohani bagi para nasabahnya.
- 2) Mendapatkan jaminan dalam mengurangi ketidakpastian dimasa yang akan datang.
- 3) Memperoleh jaminan sosial dan ekonomi dalam rangka mewujudkan kesejahteraan.

---

<sup>25</sup> [www.axa-mandiri.co.id](http://www.axa-mandiri.co.id)

## V. Macam Asuransi Kesehatan

Tergantung dari ciri-ciri yang dimiliki, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan atas beberapa macam antara lain<sup>26</sup> :

### 1) Ditinjau Dari Pengelola Dana

Jika ditinjau dari badan pengelola dana, asuransi kesehatan dapat dibedakan atas dua macam yaitu :

#### a) Asuransi Kesehatan Pemerintah

Disebut asuransi kesehatan pemerintah (*government health insurance*), jika pengelola dana dilakukan oleh pemerintah. Dengan ikut sertanya pemerintah dalam pembiayaan kesehatan akan diperoleh beberapa keuntungan misalnya dapat distandarisasikan.

#### b) Asuransi Kesehatan Sukarela

Disebut asuransi kesehatan swasta (*private health insurance*), jika pengelola dana suatu badan swasta. Keuntungan mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kerugiannya adalah sulit untuk mengawasi biaya kesehatan yang akhirnya akan memperberatkan pemakai pelayanan kesehatan.

### 2) Ditinjau Dari Keikutsertaan Anggota

Dapat dibedakan dua macam yakni :

#### a) Asuransi Kesehatan Wajib

Pada asuransi kesehatan wajib (*compulsary health insurance*) keikutsertaan wajib. Biasa untuk setiap penduduk atau kelompok tertentu misal suatu perusahaan.

#### b) Asuransi Kesehatan Sukarela

Pada asuransi kesehatan sukarela (*non compulsary health insurance*), keikutsertaan peserta tidak wajib, melainkan kemauan

---

<sup>26</sup> Prakoso, Djoko dan I. Ketut Murtika. 1989. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bina Aksara Jakarta

dari masing-masing dan bentuk seperti ini biasanya dikelola oleh swasta.

3) Ditinjau Dari Jenis Pelayanan Yang Ditanggung

Jika ditinjau dari jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung, asuransi kesehatan dapat dibedakan atas dua macam yaitu :

a) Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan

Asuransi kesehatan jenis ini pengelola dana juga bertindak sebagai penyedia pelayanan, jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung biasanya mencakup seluruh jenis pelayanan kesehatan (*comprehensive plans*).

b) Menanggung sebagian pelayanan kesehatan saja

Disini yang ditanggung hanya sebagian dari pelayanan kesehatan (*partial plans*) saja. Misalnya untuk macam pelayanan tertentu yang membutuhkan biaya besar.

4) Ditinjau Dari Jumlah Dana Yang Ditanggung

Pada jenis asuransi ini dibedakan menjadi dua yaitu :

a) Menanggung seluruh biaya kesehatan yang diperlukan

Pada sistem ini seluruh biaya kesehatan yang ditanggung (*first dollar principle*) oleh asuransi kesehatan.

b) Hanya menanggung pelayanan kesehatan dengan biaya tinggi saja.

Pada sistem ini disini hanya menanggung pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar saja (*large loss principle*) apabila biaya tersebut dibawah standar yang telah ditetapkan peserta harus membayar sendiri.

5) Ditinjau Dari Jumlah Peserta yang Ditanggung

Jika ditinjau dari jumlah peserta yang ditanggung, asuransi kesehatan dapat dibedakan atas tiga macam yaitu :

a) Peserta adalah perseorangan (*individual health insurance*)

b) Peserta satu keluarga (*family health insurance*)

c) Peserta adalah satu kelompok (*group health insurance*)

6) Ditinjau Dari Peranan Badan Asuransi

Jika ditinjau dari peranan badan asuransi, maka dapat dibedakan atas dua macam yakni :

a) Hanya bertindak sebagai pengelola dana

Bentuk ini adalah bentuk klasik dari asuransi kesehatan yang apabila dikombinasi dengan sistem pembayaran ke sarana kesehatan secara *reimbursement*, dapat mendorong tingginya biaya kesehatan. Tetapi apabila dikombinasi dengan sistem *prepayment*, biaya kesehatan akan dapat dikendalikan.

b) Bertindak sebagai penyelenggara kesehatan.

Bentuk HMO adalah salah satu contoh dimana badan asuransi sekaligus juga berperanan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini akan diperoleh beberapa keuntungan yakni dapat diawasinya biaya kesehatan, tetapi juga dapat mendatangkan kerugian yakni kurang sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.

7) Ditinjau Dari Cara Pembayaran Kepada Penyelenggara Pelayanan Kesehatan.

Pada jenis ini dibedakan menjadi dua macam yaitu :

a) Pembayaran berdasarkan pada jumlah kunjungan peserta (*reimbursement*) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Makin banyak jumlah kunjungan, maka makin besar uang yang diterima oleh penyedia pelayanan kesehatan.

b) Pembayaran dilakukan dimuka

c) Pada system pembayaran ini dilakukan dimuka (*pre-payment*) dalam arti setelah pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan.

## **F. Metode Penelitian**

Dalam menyelesaikan suatu masalah diperlukan suatu metode yang harus sesuai dengan permasalahan yang akan dibahas. Dengan metode yang telah ditentukan lebih dulu diharapkan hasil yang baik maupun pemecahan yang sesuai serta dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah

Sedangkan untuk melaksanakan penelitian ilmiah banyak memerlukan data yang dapat dipertanggungjawabkan yaitu harus diperoleh dari sumber-sumber yang benar sehingga dapat diperoleh data-data yang dapat membantu dalam menyusun data memerlukan kriteria yang benar.

Pada umumnya penelitian bertujuan untuk menemukan, mengembangkan atau menguji kebenaran suatu pengetahuan. Menemukan berarti berusaha memperoleh sesuatu untuk memperluas dan menggali lebih dalam sesuatu yang sudah atau menjadi diragukan kebenarannya.

Metodologi berasal dari kata "metoda" dan "logi". "Metoda" berasal dari bahasa Yunani ; Metha yaitu melalui atau melewati, Hodos yaitu jalan atau cara. Metoda berarti jalan atau cara yang harus dilalui untuk mencapai tujuan tertentu. Logo berarti ilmu, berasal dari kata logos. Dengan demikian metodologi berarti suatu ilmu yang membicarakan tujuan tertentu.<sup>27</sup>

Dalam penelitian ini penulis memakai metode penelitian yang telah ada yang penulis sesuaikan dengan obyek yang ada yang sedang penulis teliti. Sehingga hasil yang diperoleh adalah benar-benar menggambarkan fakta yang terjadi di lapangan. Metode penelitian yang digunakan sebagai berikut :

### **1. Metode Pendekatan**

Dalam melakukan penelitian diperlukan suatu metode yang harus tepat dan sesuai dengan jenis penelitian yang dilakukan serta harus sistematis dan konsisten.

---

<sup>27</sup> Sutrisno Hadi, *Bimbingan Merintis Skripsi Thesis*, Yogyakarta Fakultas Psikologi UGM. 1964, hal 14

Metode yang penulis pakai dalam penelitian ini adalah metode penelitian yuridis empiris. Pendekatan yuridis empiris adalah pendekatan permasalahan mengenai hal-hal yang bersifat yuridis dan kenyataan yang ada mengenai hal-hal yang bersifat yuridis dan kenyataan yang ada mengenai pelaksanaan klaim asuransi kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANSIAL SERVICES. Penelitian hukum empiris atau penelitian sosiologis yaitu penelitian hukum yang menggunakan data primer.<sup>28</sup>

Menurut pendekatan empiris pengetahuan didasarkan atas fakta fakta yang diperoleh dari hasil penelitian dan observasi<sup>29</sup> Penelitian penelitian yang dilakukan didasarkan pada metode ilmiah yang merupakan bagian dari pendekatan empiris.

Penelitian ini juga berdasarkan teori teori hukum yang ada, ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku maupun pendapat para sarjana dan ahli.

## **2. Spesifikasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dalam spesifikasi penelitian yang digunakan tidak hanya dalam taraf deskriptif tetapi juga sampai taraf analisis. Adapun penelitian dilakukan dalam taraf diskriptif yaitu hanya memberi gambaran tentang obyek atau peristiwa atau kenyataan yang ada, sedangkan dalam taraf analisis yaitu tidak hanya berhenti dalam taraf menggambarkan saja mengenai permasalahan yang diteliti. yaitu masalah pelaksanaan klaim ganti kerugian asuransi kesehatan, akan tetapi juga bermaksud untuk mengambil kesimpulan umum dari obyek yang diteliti.

## **3. Sumber dan Jenis Data**

Sumber referensi seluruh obyek atau seluruh individu atau seluruh gejala atau seluruh kejadian atau seluruh unit yang akan diteliti berupa data sekunder data primer, data sekunder dapat berupa bahan hukum dan dokumen-dokumen hukum termasuk kasus kasus hukum yang menjadi pijakan dasar peneliti dalam

---

<sup>28</sup> Ronny Hanitijo Soemitro, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Ghalia Indonesia, Jakarta, halaman 10.

<sup>29</sup> Ronny Kountur, 2004, *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, PPM, Jakarta, hal 6

rangka menjawab permasalahan dan tujuan penelitiannya, data primer berupaya mengkaitkan kondisi kondisi sosial dengan masalah masalah hukum yang terjadi di masyarakat

Dalam penelitian ini peneliti mengambil sumber data dari PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES melalui responden responden yang ada di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES, Sedangkan yang menjadi responden adalah:

- 1 Area Sales Manager Semarang Pahlawan PT. AXA MANDIRI FINANSIAL SERVICES.
2. Kepala Cabang Bank Mandiri Semarang Undip Tembalang
3. Tiga orang nasabah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.

#### **4. Metode Pengumpulan Data**

Untuk mendapatkan data yang obyektif dalam penyusunan ini, maka pengumpulan data yang penulis lakukan dengan cara:

1. Studi kepustakaan

Dengan studi kepustakaan dimaksud untuk memperoleh data yang bersumber dari literatur - literatur ,buku-buku atau website internet yang ada hubungannya dengan asuransi. Melalui sumber data dari buku, literature dan website internet yang mengenai teori tentang asuransi kiranya dapat sebagai bahan perbandingan.

2. Studi Lapangan

Dengan mengadakan studi lapangan, adapun teknik yang digunakan ialah:

- a. Observasi

Dengan mengadakan pengamatan secara langsung pada obyek penelitian yaitu pada PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES .

- b. Interview atau wawancara.

Sebagai sumber data yang dapat didapat yaitu dari hasil wawancara dengan beberapa orang narasumber di PT. AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

dan nasabah dari PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES. Dengan wawancara ini diharapkan memperoleh data yang lebih mendalam.

## **5. Analisis Data**

Metode analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif, Kualitatif maksudnya mengukur dan menguji data dengan konsep landasan teori, pendapat para ahli, peraturan perundang-uodangan dan studi lapangan dimana dengan metode ini diharapkan dapat rnernperoleh gambaran yang jelas tentang pokok permasalahannya,

## **G. Sistematika Penulisan**

Dalam usaha untuk memberikan gambaran secara umum mengenai isi tesis serta untuk mempermudah dalam penyusunan dan pembatasan masalah maka tesis harus disusun secara sistematis dan berurutan. Sistematika yang diterapkan dalam penulisan tesis sebagai berikut :

## **BAB I. PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Jiwa dan kesehatan seseorang dapat diasuransikan untuk keperluan orang yang berkepentingan, baik untuk selama hidupnya maupun untuk waktu yang ditentukan dalam perjanjian.

Setiap orang dapat mengasuransikan dirinya, asuransi jiwa dan kesehatan bahkan dapat diadakan untuk kepentingan pihak ketiga. Asuransi jiwa dan kesehatan dapat diadakan selama hidup atau selama jangka waktu tertentu yang dtetapkan dalam perjanjian

Selain itu di masyarakat Indonesia permasalahan yang sering timbul adalah bagaimana sebuah asuransi menindaklanjuti klaim klaim yang timbul atas pertanggung jawaban yang diperjanjikan di polis antara penanggung dan tertanggung,



sehingga memunculkan kekhawatiran di kalangan masyarakat tentang tanggung jawab dari perusahaan perusahaan asuransi yang ada di Indonesia saat ini

#### B. Perumusan Masalah

1. Bagaimana pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES cabang Semarang ?
2. Hambatan hambatan dan upaya mengatasinya dalam pelaksanaan klaim kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.

#### C. Tujuan Penelitian

Tujuan utama yang hendak dicapai dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan
2. Untuk mengetahui hambatan hambatan yang terjadi dan upaya upaya yang dilakukan oleh PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES untuk mengatasi hambatan apabila klaim tidak dilaksanakan.

#### D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai bahan perubahan dalam menangani masalah klaim asuransi kesehatan agar diperoleh penyelesaiannya bagi pihak pihak terkait.
2. Menambah wawasan bagi masyarakat tentang pentingnya asuransi kesehatan dan prinsip-prinsip proses pelaksanaan pembayaran klaim di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.
3. Dapat memberikan sumbangan ilmu hukum khususnya bagi calon Notaris untuk dapat diterapkan dalam lingkungan kerja.

#### E. Kerangka Pemikiran/Kerangka Teoritik

#### F. Metode Penelitian

#### G. Sistematika Penulisan

#### BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

#### BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### BAB IV. PENUTUP

##### A. Kesimpulan

##### B. Penutup

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Prinsip Dasar Asuransi**

Asuransi menurut Pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang atau Wetboek van Koophandel menyebutkan Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang 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. Berdasarkan definisi tersebut terlihat adanya unsur-unsur dari asuransi, yaitu :

1. Penanggung dan Tertanggung sebagai para pihak.
2. Premi, yaitu sejumlah uang yang harus dibayar Tertanggung kepada Penanggung
3. Peristiwa tertentu, yaitu peristiwa yang belum tentu terjadi.
4. Ganti rugi, perjanjian asuransi memang diadakan untuk memberikan ganti rugi, namun ganti rugi hanya dikenal dalam Asuransi Kerugian. Dalam Asuransi Jiwa tidak dikenal ganti rugi, karena kehilangan nyawa seseorang tidak dapat dianggap sebagai suatu kerugian, tetapi merupakan suatu musibah yang pasti terjadi, hanya saja waktunya tidak diketahui.

Keempat unsur diatas adalah unsur mutlak dalam asuransi, tanpa salah satu unsur diatas tidak dapat disebut sebagai Perjanjian Asuransi. Asuransi sebagai kegiatan ekonomi agak sukar untuk didefinisikan secara tepat. Setiap penulis memberikan definisinya sendiri-sendiri, walaupun maksud dan tujuannya sama, yaitu cara atau alat pemindahan resiko. Apabila di masa datang ada kerugian-kerugian yang diderita seseorang akibat resiko yang dihadapinya, maka kerugian tersebut dapat dialihkannya kepada orang lain, sebagaimana diketahui, dalam tiap usaha dan tindakan yang kita lakukan terdapat bermacam-macam resiko yang selalu dapat menghalangi usaha dan tindakan yang sedang atau akan kita lakukan dalam kegiatan ekonomi secara keseluruhan, asuransi memegang peranan penting, karena disamping

memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan kerugian yang akan terjadi, asuransi memberikan dorongan yang besar sekali ke arah perkembangan ekonomi lainnya.

Dalam dunia asuransi ada 6 macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu insurable interest, utmost good faith, proximate cause, indemnity, subrogation dan contribution.<sup>30</sup>

#### 1. Insurable interest

Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.

#### 2. Utmost good faith

Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (material fact) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak.

Artinya adalah : si penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat/kondisi dari asuransi dan si tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek atau kepentingan yang dipertanggungkan.

#### 3. Proximate cause

Adalah suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rangkaian kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

#### 4. Indemnity

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252, 253 dan dipertegas dalam pasal 278).

#### 5. Subrogation

Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

---

<sup>30</sup> <http://billieinsurance.blogdetik.com/2008/11/01/prinsip-dasar-asuransi/>

## 6. Contribution

Sedangkan adalah hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan indemnity.

### **B. Asas-asas dalam asuransi**

Dalam asuransi kerugian atau asuransi ganti kerugian pada dasarnya berlaku asas-asas sebagai berikut ;<sup>31</sup>

#### 1. Asas itikad baik

Pada dasarnya perjanjian harus dilakukan dengan itikad baik, artinya antara para pihak penanggung dan tertanggung harus bertindak dan memberitahukan keadaan dengan jujur dan sebenar-benarnya. Asas ini berlaku untuk semua perjanjian, seperti disebutkan di dalam Pasal 1338 KUHPerdara, yang menyatakan bahwa, persetujuan-persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik.

Untuk perjanjian asuransi juga berlaku asas umum tersebut, yang secara khusus diatur dalam Pasal 251 KUHD. menyatakan bahwa :

Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si penanggung, beberapa itikad baik ada padanya, yang demikian sifatnya, sehingga seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian ini tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggungan

Maksudnya pasal tersebut adalah menghendaki agar tertanggung memberitahukan kepada penanggung tentang keadaan benda yang dipertanggung. Kewajiban pemberitahuan ini dilakukan pada saat minta penutupan asuransi, tertanggung tidak boleh menimbulkan kekhilafan. Apabila tertanggung khilaf atau lalai memberitahukan, tanpa disengaja, juga mengakibatkan batalnya perjanjian.

---

<sup>31</sup> <http://billieinsurance.blogdetik.com/2008/11/01/asas-dasar-asuransi/>

## 2. Asas kepentingan

Dalam perjanjian asuransi, unsur kepentingan merupakan syarat mutlak yang harus ada pada tertanggung, dengan ancaman batal apabila kepentingan itu tidak ada, dalam Pasal 268 KUHD disebutkan bahwa asuransi dapat mengenai segala yang dapat dinilai dengan uang, dapat diancam bahaya, dan tidak dikecualikan dalam undang-undang. Jika suatu perjanjian asuransi ternyata tidak memenuhi syarat kepentingan, maka perjanjian itu termasuk ke dalam klasifikasi perjudian.<sup>32</sup>

Apabila tertanggung yang mengadakan perjanjian asuransi itu ternyata tidak mempunyai kepentingan atas barang yang diasuransikan, maka penanggung tidak berkewajiban membayar ganti kerugian.

## 3. Asas indemnititas atau Asas Keseimbangan

Asas indemnititas atau asas keseimbangan mempunyai arti penting dalam asuransi kerugian, apabila dalam jangka waktu diadakan asuransi itu benar-benar terjadi suatu peristiwa yang menimbulkan kerugian. Maka dalam memberikan ganti kerugian harus seimbang dengan resiko yang ditanggung oleh penanggung.

Menurut Molenggraaff dan Dorbout Mees, perjanjian asuransi adalah berbeda dengan perjudian karena asuransi bermaksud memberi suatu indemnititas, yakni mengganti kerugian yang diderita, sedangkan perjudian tidak mengganti kerugian apapun.

Dengan demikian prestasi timbal balik adalah merupakan ciri yang membedakan antara perjanjian asuransi dengan perjudian, Berbeda juga dengan asuransi sejumlah uang, karena dalam asuransi sejumlah uang tidak bermaksud mengganti suatu kerugian. Penanggung membayar sejumlah uang tertentu tetapi sejumlah uang ini tidak ada sangkut pautnya dengan kerugian. Berarti dalam asuransi sejumlah uang ini tidak berlaku asas indemnititas. Asas indemnititas ini tidak dapat dipisahkan dari asas kepentingan. yang artinya tanpa adanya kepentingan tertanggung atas benda pertanggungan, maka ganti kerugian tidak ada Apabila atas kepentingan yang sama, bahaya yang sama dan untuk jangka yang sama diadakan

---

<sup>32</sup> Gunanto, *Asuransi Kebakaran di Indonesia*, Jakarta, Tira Pustaka 1984 hal 33

lebih dari satu kali pertanggungan, penanggung hanya berkewajiban memberikan ganti kerugian sebesar jumlah nilai kepentingan sesungguhnya, Dengan demikian, asas keseimbangan mempunyai tujuan untuk mencegah jangan sampai seseorang memperoleh ganti kerugian yang melebihi dari jumlah nilai kepentingan sesungguhnya.

### **C. Syarat Perjanjian Asuransi**

Asuransi adalah merupakan perikatan yang timbul dari suatu perjanjian, Sedangkan yang dimaksud perikatan adalah suatu hubungan hukum -antara dua orang atau dua. pihak, berdasarkan to ana pihak yang satu berhak menuntut sesuatu dari pihak yang lain yang berkewajiban memenuhi tuntutan itu. Sedangkan yang dimaksud perjanjian adalah sesuatu peristiwa dimana seorang berjanji kepada seorang lain atau dimana dua orang saling berjanji untuk melaksanakan sesuatu hal.<sup>33</sup>

Perjanjian tersebut melahirkan suatu perikatan antara dua orang yang membuatnya. Dengan demikian maka terdapat hubungan antara perikatan dengan perjanjian yaitu bahwa perjanjian itu menimbulkan perikatan itu merupakan sumber terpenting untuk lahirnya perikatan, Dalam KUHPerdara, disamping mengatur mengenai perjanjian pada umumnya, juga mengatur mengenai beberapa jenis perjanjian khusus. Seperti perjanjian jual-beli, tukar menukar sewa menyewa, pemborongan, persekutuan, Penitipan barang, pinjam- meminjam perjanjian untung-untungan dan lain-lain.

Pada perjanjian untung-untungan, menurut Pasal 1774 KUHPerdara dinyatakan bahwa:

Suatu persetujuan untung-untungan adalah suatu perbuatan yang hasilnya, mengenai untung ruginya, baik semua pihak, maupun bagi sementara pihak, tergantung kepada suatu kejadian yang belum tentu. Demikian adalah : Persetujuan pertanggungan, bunga cagak hidup, perjudian dan pertaruhan. Persetujuan yang pertama diatur didalam kitab undang-undang hukum dagang.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Subekti, *Hukum Perjanjian*, Jakarta, Pembimbing Masa 1963. hal 4

<sup>34</sup> Subekti, *Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*, Jakarta, Pradnya Paramita 1980, Hal 402

Pada dasarnya asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian yang secara khusus telah diatur dalam kitab undang-undang hukum dagang. Perjanjian tersebut bersifat timbal-balik, artinya bahwa hak dan kewajiban para pihak dalam perjanjian adalah seimbang. Untuk mengadakan suatu perjanjian asuransi tentu saja harus memenuhi beberapa syarat, agar perjanjian tersebut dianggap sah. Adapun syarat-syarat tersebut adalah sebagai berikut:

#### 1. Syarat Umum

Menurut Pasal 1320 KUHPerdara dinyatakan, untuk sahnya perjanjian diperlukan 4 (empat) syarat:

##### a. Sepakat mereka yang mengikatkan diri

Para pihak yang mengadakan perjanjian asuransi harus ada konsensus atau persetujuan kehendak. Artinya para pihak menyetujui dari apa yang diperjanjikan, tentang barang yang menjadi obyek dari perjanjian dan mengenai syarat-syarat yang berlaku bagi perjanjian itu.

##### b. Kecakapan untuk membuat suatu perjanjian

Para pihak yang akan mengadakan perjanjian asuransi disyaratkan harus cakap untuk melakukan perbuatan hukum, artinya para pihak itu harus sudah dewasa, tidak dibawah pengampuan dan tidak sakit ingatan. Para pihak dapat manusia pribadi atau badan hukum. Pihak penanggung selalu dalam bentuk badan hukum yang bergerak dalam bidang asuransi..

##### c. Suatu hal tertentu

Suatu perjanjian harus mengenai suatu hal tertentu. Artinya apa yang diperjanjikan harus cukup jelas. Untuk mengadakan perjanjian asuransi harus ada benda yang diasuransikan dan disebutkan dengan jelas benda yang diasuransikan oleh tertanggung. Dalam hal ini tertanggung harus mempunyai hubungan langsung atau tidak langsung dengan benda yang diasuransikan. Mempunyai hubungan langsung dimaksudkan, apabila tertanggung mempunyai benda yang diasuransikan tersebut sedangkan hubungan tidak



langsung, bertanggung bukan pemilik benda tersebut, tetapi bertanggung mempunyai kepentingan terhadap benda tersebut.

d. Suatu sebab yang halal

Pada syarat ini yang dimaksud sebab antara lain adalah isi daripada perjanjian itu sendiri Dalam Pasal 1337 KUHPerdara disebutkan, yaitu suatu sebab adalah terlarang, apabila dilarang oleh undang-undang, atau apabila berlawanan dengan kesusilaan baik atau ketertiban umum, Disamping itu masih ada syarat lain yang terdapat dalam KUHPerdara. antara lain Pasal 1321 yang mensyaratkan dalam perjanjian itu tidak boleh ada kekhilafan, paksaan dan penipuan. Syarat-syarat tersebut diatas, dipertegas lagi secara khusus di dalam KUHD

## 2. Syarat Khusus

Untuk sahnya suatu perjanjian asuransi tidak cukup hanya dipenuhi syarat-syarat umum yang diatur di dalam KUHPerdara, tetapi harus pula memenuhi syarat-syarat yang secara khusus telah diatur didalam KUHD, antara lain:

- a. Pasal 250 KUHD, yang menghendaki bahwa setiap perjanjian asuransi diharuskan adanya kepentingan. Unsur kepentingan itu merupakan syarat mutlak yang harus ada pada setiap perjanjian asuransi. Apabila dalam perjanjian asuransi kepentingan tidak ada, maka perjanjian asuransi tersebut dengan ancaman batal atau tidak sah, Kepentingan yang dapat diasuransikan adalah kepentingan yang telah dibuat dalam Pasal 268 KUHD, yaitu segala kepentingan yang dapat dinilai dengan uang, dapat diancam oleh suatu bahaya, dan tidak dikecualikan oleh undang-undang jenis kepentingan yang di asuransikan harus disebutkan dengan jelas di dalam polisnya.
- b. Pasal 251 KUHD, yang didalamnya terkandung atas itikad baik Pasal tersebut menghendaki dalam perjanjian hendaknya para pihak berkewajiban berrindak dan merriberitahukan keadaan dengan sejujur-jujurnya, dan sebenar-benarnya.

c. Pembayaran Premi

Karena asuransi itu adalah merupakan perjanjian timbal balik, maka kedua belah pihak harus berprestasi. Penanggung menerima pengalihan resiko atas benda yang diasuransikan, sedangkan tertanggung berkewajiban membayar sejumlah uang sebagai imbalannya.

Setelah perjanjian asuransi tersebut dibuat secara sah, maka para pihak berkewajiban untuk melaksanakannya Pasal 1338 KUHPerdara menentukan bahwa:

- a. Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya.
- b. Perjanjian -perjanjian itu tidak dapat ditarik kembali selain dengan kata sepakat kedua belah pihak, atau karena alasan yang oleh undang-undang dinyatakan untuk itu.
- c. Perjanjian - perjanjian itu harus dilaksanakan dengan itikad baik.

#### D. Jenis-Jenis Asuransi

Dalam Pasal 247 KUHD dikenal beberapa jenis asuransi yang mengatakan bahwa ;

" Pertanggung-jawaban-pertanggung-jawaban itu antara lain dapat mengenai : bahaya kebakaran, bahaya yang mengancam hasil-hasil pertanian yang belum dipanen, jiwa, satu atau beberapa orang, bahaya laut dan pembudakan, bahaya yang mengancam pengangkutan didarat, disungai-sungai, dan diperairan darat"<sup>35</sup>

Dari Pasal 247 KUHD tersebut diatas dengan adanya kata antara lain menunjukkan pembentukan undang-undang masih membuka kesempatan bagi tumbuhnya jenis asuransi baik, yang timbul berdasarkan perkembangan dunia usaha. usaha.

Asuransi menurut pasal ini dapat terbagi menjadi: <sup>36</sup>

1. Asuransi Kerugian (*Schade Verzekering*), dimana Penanggung berjanji akan mengganti kerugian tertentu yang diderita tertanggung.
2. Asuransi sejumlah Uang (*Sommen Verzekering*), dimana Penanggung berjanji akan membayar uang yang jumlahnya sudah ditentukan sebelumnya tanpa disandarkan pada suatu kerugian tertentu. contohnya asuransi jiwa dan kesehatan.

Pada saat ini untuk perkembangannya sekarang sudah terdapat produk asuransi unit link, yang menggabungkan antara Asuransi Jiwa dan kesehatan sekaligus menabung atau berinvestasi. Asuransi UnitLink awal mulai dipasarkan oleh salah satu bank di Indonesia akhir tahun 1990 atau awal tahun 2000. Asuransi ini sangat sesuai dengan kriteria masyarakat Indonesia yang belum terlalu sadar akan pentingnya asuransi. Yang membuat asuransi Unitlink ini mendapat respon yang baik dari masyarakat yaitu karena di dalam asuransi ini terdapat instrumen investasi sehingga citra yang tertanam di masyarakat adalah “*uang yang disetorkan akan kembali*”

---

<sup>35</sup> Subekti, *Kitab undang-Undang Hukum Dagang*, hal 74

<sup>36</sup> <http://billieinsurance.blogdetik.com/2008/11/01/prinsip-dasar-asuransi/>,

Dalam Asuransi UnitLink terdapat 2 instrumen aliran dana yang perlu dicermati:

a. Dana untuk asuransi

Di sini dana yang tersedia akan dialokasikan untuk biaya-biaya proteksi yang Anda inginkan, misal: asuransi jiwa, asuransi kesehatan, asuransi rumah sakit, asuransi penyakit kritis, dan lain lain selama nasabah masih ingin mendapatkan perlindungan maka biaya ini akan selalu muncul dalam rekening asuransi nasabah. Pada dana untuk asuransi ini pula perusahaan asuransi akan mengambil keuntungan, yang disebut biaya akuisisi. Biasanya besarnya antara 100-200% dari dana asuransi tahunan dalam kurun waktu 2-5 tahun. Ada yang mengambil keuntungan di depan, ada pula yang mengambil keuntungan di akhir

b. Dana untuk investasi

Investasi di unitlink memberikan imbal hasil lebih besar daripada instrumen di bank, karena investasi dilakukan di pasar uang, dan pasar modal yang memiliki risiko tersendiri dibandingkan dengan di bank. Beberapa perusahaan asuransi juga mengenakan biaya pengelolaan untuk dana ini besarnya antara 0-2% dari setiap dana yang masuk.

**Contoh kasus:**

Seorang pria berusia 32 tahun, mengambil program selama 10 tahun dengan premi Rp 6.000.000,-/tahun. Dalam ilustrasi dikatakan di akhir tahun ke-10 ia akan mendapatkan kembali hasil investasi sebesar Rp 78.000.000, dengan asumsi bunga 14% nett. Dan ia akan mendapat perlindungan asuransi jiwa Rp 60.000.000, Perlindungan Kesehatan 500.000/hari rawat inap, rawat inap ICU Rp.1.000.000 Penyakit Kritis Rp 60.000.000 dan Kecelakaan Rp 100.000.000. Bilamana nasabah tersebut mengalami kecelakaan berakibat cacat total tetap maka asuransi akan membayarkan preminya sampai dengan berusia 65 tahun.

### Pihak-Pihak yang Terlibat dalam Produk Unit Link

Ada beberapa pihak yang terlibat yaitu :

1. Perusahaan asuransi, yaitu perusahaan yang mengeluarkan produk unit link insurance.
2. Manajer investasi, yaitu pihak yang mengelola portofolio efek dari peserta unit link.
3. Bank kustodian, yaitu pihak yang memberikan jasa penitipan efek dan harta lain, menyelesaikan transaksi efek, dan mewakili pemegang rekening yang menjadi nasabahnya.

Unit link pasar uang merupakan jenis produk unit link dimana dana investasinya (setelah dikurangi biaya-biaya akuisisi) ditempatkan pada instrumen pasar uang seperti deposito berjangka, sertifikat BI, dan surat utang jangka pendek. Investasi jenis ini sering dikatakan setara dengan kas (cash equivalent) seperti halnya simpanan dalam bank, artinya instrumen ini dengan cepat dan mudah dapat diubah menjadi cash. Penyertaan dalam pasar uang ini menjanjikan hasil yang sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan simpanan di bank. Jika kita menempatkan dana di bank, biasanya pihak bank akan menawarkan suku bunga simpanan secara bertingkat. Misalnya untuk saldo rata-rata sebulan di bawah Rp 50 juta maka suku bunga yang ditawarkan 10%, untuk saldo rata-rata di atas Rp 50 juta ditawarkan 12%, dan seterusnya. Ketentuan ini dicantumkan di depan konter-konter bank sehingga sering disebut counter rate. Diluar counter rate, bank juga menawarkan special rate yaitu suku bunga khusus untuk saldo simpanan yang jumlahnya sangat besar. Dengan total dana kelolaan yang besar maka unit link ini dapat memperoleh special rate dengan tingkat risiko yang sama jika dana tersebut ditempatkan langsung pada deposito bank.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Jaka E. Cahyono, *Cara Jitu Meraih Untung dari Reksadana* PT Elex media Komputindo, Jakarta, 2001.

Secara teoritis, unit link pasar uang (money market/cash fund unit link) merupakan jenis unit link yang dianjurkan dibeli oleh investor pemula atau yang tidak berani mengambil risiko. Mengapa unit link pasar uang cocok untuk nasabah pemula ? Salah satu sifat pentingnya adalah mengutamakan keselamatan dana nasabah. Hal ini bisa dilihat dari NAB (Nilai Aktiva Bersih) yang selalu diusahakan tidak kurang dari 1.000. Karena karakteristiknya yang aman ini maka kesempatan untuk mendapat return juga paling kecil dibandingkan unit link lainnya. Sehingga tidak realistis apabila ada nasabah yang mengharapkan tingkat keamanan yang tinggi dan hasil investasi yang besar sekaligus. Namun demikian, dibandingkan dengan investasi langsung pada deposito maka menempatkan dana pada pasar uang dapat lebih menguntungkan. Hal ini dikarenakan sistem suku bunga bertingkat (tier system) seperti yang telah dijelaskan di muka.

Meskipun relatif aman namun kehati-hatian tetap diperlukan jika ingin membeli produk unit link pasar uang ini. Pasalnya, ada jenis unit link yang investasinya ditempatkan pada surat utang. Meskipun berjangka pendek namun jika penerbit surat utang terlambat atau gagal menebus kembali surat utangnya maka NAB-nya bisa turun dibawah 1.000. Artinya bisa saja returnnya lebih rendah dibandingkan return deposito langsung, namun hal ini jarang terjadi.

## **E. Usaha Usaha Asuransi**

Usaha asuransi pada saat ini dapat dibagi ke dalam beberapa cabang yang berdiri sendiri. Yang paling umum dari semua pembagian ini adalah antara asuransi swasta dan asuransi pemerintah :

### **1. Asuransi Swasta**

Secara tradisional, asuransi swasta terbagi ke dalam tiga kelompok yaitu: asuransi jiwa, asuransi kebakaran dan laut, dan asuransi kecelakaan dan jaminan (casualty & surety). Pada umumnya satu perusahaan asuransi hanya memperoleh izin usaha untuk satu kelas asuransi saja. Jadi perusahaan asuransi jiwa tidak boleh mengusahakan asuransi harta. asuransi kebakaran dan laut tidak boleh bergerak dalam lapangan asuransi yang termasuk asuransi kecelakaan dan jaminan. Begitu pula asuransi kecelakaan dan jaminan tidak boleh memasuki usaha yang termasuk ke dalam bidang asuransi kebakaran dan laut.

Lapangan asuransi jiwa meliputi antara lain asuransi jiwa, asuransi kesehatan, annuitet. Lapangan asuransi kebakaran dan laut meliputi antara lain: asuransi kebakaran, (termasuk badai, ledakan, huru-hara dan keributan masyarakat, kerusakan oleh kapal terbang atau kendaraan); vandalisme dan kejahatan; kerusakan air; kebocoran pipa penyiram; gempa bumi; asuransi laut (muatan, badan kapal, dan sewa kapal); dan kerusakan fisik kapal terbang dan mobil. Bidang asuransi kecelakaan dan jaminan antara lain adalah asuransi tanggung jawab umum, kompensasi para pekerja, tanggung jawab mobil, pencurian dan kebongkaran, asuransi kesetiaan, jaminan, asuransi kredit, asuransi ternak, dan asuransi kesehatan.

Dengan kemajuan perasuransian, maka sekarang bisnis asuransi swasta dapat diklasifikasikan menjadi dua cabang utama yaitu asuransi jiwa dan asuransi harta.

Beberapa diantaranya yang sekarang berkembang adalah Asuransi Jiwa dan Kesehatan, Sekalipun pengertian yang berlaku di Indonesia adalah seperti yang tercantum dalam KUH Dagang, jadi hanya merupakan suatu perjanjian antara si penanggung dengan si tertanggung, namun pada akhir-akhir ini mulai timbul banyak pendapat seyogyanya pengertian asuransi lebih diperluas. Pengertian asuransi tidak

terbatas hanya pada memberikan perlindungan pada tertanggung saja, tetapi juga kepada seluruh anggota masyarakat. Pengertian asuransi yang seperti ini dikenal dengan nama asuransi sosial (*social insurance*) yang kesehatan termasuk ke dalamnya.<sup>38</sup>

Pada saat ini kegiatan asuransi telah berkembang dengan amat pesat sekali. di banyak negara, Asuransi merupakan industri tersendiri. Jenis asuransi juga makin bervariasi. Mula-mula lebih terarah pada barang, kemudian pada jasa, untuk selanjutnya ketika hidup dan kehidupan mulai dapat dinilai dalam bentuk rupiah (*concept of human life value*), berkembanglah asuransi jiwa (*life insurance*) serta asuransi kesehatan (*health insurance*).<sup>39</sup>

## 2. Asuransi Pemerintah

Asuransi pemerintah terdiri dari asuransi sukarela dan asuransi wajib. Asuransi sukarela meliputi antara lain asuransi panen, asuransi deposito, asuransi tabungan dan pinjaman, dan asuransi hipotik serta asuransi pinjaman untuk perbaikan harta tetap.<sup>40</sup>

Asuransi wajib adalah asuransi yang mengharuskan masyarakat memasukinya dan biasa disebut asuransi sosial atau asuransi kesejahteraan sosial. Asuransi ini memberikan tanggungan pada peserta yang meninggal dan peserta itu sendiri karena cacat atau pensiun. Ada pula asuransi kompensasi para pekerja yang diharuskan bagi majikan-majikan. Asuransi sosial ini meliputi pula asuransi pengangguran.

Asuransi sosial di Indonesia diadakan berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 1977 dan Undang-undang Kecelakaan Tahun 1947. Pelaksanaannya adalah Perum astek (Perusahaan Umum Asuransi Sosial Tenaga Kerja) dan Perum Taspen (Perusahaan Umum Tabungan Aduransi Pegawai Negeri).

---

<sup>38</sup> <http://billieinsurance.blogdetik.com/2008/11/01/prinsip-dasar-asuransi/>,

<sup>39</sup> <http://billieinsurance.blogdetik.com/2008/11/01/prinsip-dasar-asuransi/>

<sup>40</sup> Prodjodikoro, Wiryono, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Intermasa, Jakarta 1979



Dengan Undang-Undang No. 33 tahun 1964 Pemerintah Indonesia mengadakan Dana Pertanggungjawaban Kecelakaan. Undang-Undang ini mewajibkan setiap penumpang kendaraan bermotor umum trayek luar kota membayar iuran setiap kali perjalanan. Undang-Undang ini dilaksanakan dengan Peraturan Pemerintah No. 17 tahun 1965. Selanjutnya dikeluarkan pula Undang-Undang No. 34 tahun 1964 mengenai Dana Kecelakaan Lalu Lintas yang dilaksanakan dengan PP No. 18 tahun 1965. Kedua undang-undang dan peraturan pemerintah ini dilaksanakan oleh Perum Jasa Raharja.

#### **F. Polis Asuransi jiwa**

Bentuk dan isi Polis sesuai dengan ketentuan Pasal 255 KUHD, asuransi jiwa harus diadakan secara tertulis dengan bentuk akta yang disebut polis. Menurut ketentuan pasal 304 KUHD, polis asuransi jiwa memuat:

- a. Hari diadakan asuransi;
- b. Nama tertanggung;
- c. Nama orang yang jiwanya diasuransikan;
- d. Saat mulai dan berakhirnya evenemen;
- e. Jumlah asuransi;
- f. Premi asuransi.

Akan tetapi, mengenai rancangan jumlah dan penentuan syarat-syarat asuransi sama sekali bergantung pada persetujuan antara kedua pihak (Pasal 305 KUHD).

##### **a. Hari diadakan asuransi**

Dalam polis harus dicantumkan hari dan tanggal diadakan asuransi. Hal ini penting untuk mengetahui kapan asuransi itu mulai berjalan dan dapat diketahui pula sejak hari dan tanggal itu risiko menjadi beban penanggung.

##### **b. Nama tertanggung**

Dalam polis harus dicantumkan nama tertanggung sebagai pihak yang wajib membayar premi dan berhak menerima polis. Apabila terjadi evenemen atau apabila jangka waktu berlakunya asuransi berakhir, tertanggung berhak menerima sejumlah

uang santunan atau pengembalian dari penanggung. Selain tertanggung, dalam praktik asuransi jiwa dikenal pula penikmat (beneficiary). yaitu orang yang berhak menerima sejumlah uang tertentu dan penanggung karena ditunjuk oleh tertanggung atau karena ahli warisnya, dan tercantum dalam polis. Penikmat berkedudukan sebagai pihak ketiga yang berkepentingan.

c. Nama orang yang jiwanya diasuransikan

Objek asuransi jiwa adalah jiwa dan badan manusia sebagai satu kesatuan. Jiwa tanpa badan tidak ada, sebaliknya badan tanpa jiwa tidak ada arti apa-apa bagi asuransi Jiwa. Jiwa seseorang merupakan objek asuransi yang tidak berwujud, yang hanya dapat dikenal melalui wujud badannya. Orang yang punya badan itu mempunyai nama yang jiwanya diasuransikan, baik sebagai pihak tertanggung ataupun sebagai pihak ketiga yang berkepentingan. Namanya itu harus dicantumkan dalam polis. Dalam hal ini, tertanggung dan orang yang jiwanya diasuransikan itu berlainan.

d. Saat mulai dan berakhirnya evenemen

Saat mulai dan berakhirnya evenemen merupakan jangka waktu berlaku asuransi. artinya dalam jangka waktu itu risiko menjadi beban penanggung, misalnya mulai tanggal 1 januari 1990 sampai tanggal 1 Januari 00, apabila dalam jangka waktu itu terjadi evenemen, maka penanggung berkewajiban membayar santunan kepada tertanggung atau orang yang ditunjuk sebagai penikmat (beneficiary).

e. Jumlah Asuransi

Jumlah asuransi adalah sejumlah uang tertentu yang diperjanjikan pada saat diadakan asuransi sebagai jumlah santunan yang wajib dibayar oleh penanggung kepada penikmat dalam hal terjadi evenemen, atau pengembalian kepada tertanggung sendiri dalam hal berakhirnya jangka waktu asuransi tanpa terjadi evenemen. Menurut ketentuan Pasal 305 KUHD, perkiraan jumlah dan syarat-syarat asuransi sama sekali ditentukan oleh perjanjian bebas antara tertanggung dan penanggung. Dengan adanya perjanjian bebas tersebut, asas kepentingan dan asas keseimbangan alam.asuransi jiwa dikesampingkan.

#### f. Premi Asuransi

Premi asuransi adalah sejumlah uang yang wajib dibayar oleh tertanggung kepada penanggung setiap jangka waktu tertentu, biasanya setiap bulan selama asuransi berlangsung. Besarnya jumlah premi asuransi tergantung pada jumlah asuransi yang disetujui oleh tertanggung pada saat diadakan asuransi.

#### g. Penanggung, Tertanggung,

Dalam hukum asuransi minimal terdapat 2 (dua) pihak, yaitu penanggung dan tertanggung. Penanggung adalah pihak yang menanggung beban risiko sebagai imbalan premi yang diterimanya dari tertanggung. Jika terjadi evenemen yang menjadi beban penanggung, maka penanggung berkewajiban mengganti kerugian. Dalam asuransi jiwa, jika terjadi evenemen matinya tertanggung, maka penanggung wajib membayar uang santunan, atau jika berakhirnya jangka waktu asuransi tanpa terjadi evenemen, maka penanggung wajib membayar sejumlah uang pengembalian kepada tertanggung. Penanggung adalah Perusahaan Asuransi Jiwa yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan hidup atau matinya seseorang yang diasuransikan. Perusahaan Asuransi Jiwa merupakan badan hukum milik swasta atau badan hukum milik negara. Asuransi dapat juga diadakan untuk kepentingan pihak ketiga dan ini harus dicantumkan dalam polis. Menurut teori kepentingan pihak ketiga (the third party interest theory), dalam asuransi jiwa, pihak ketiga yang berkepentingan itu disebut penikmat. Penikmat ini dapat berupa orang yang ditunjuk oleh tertanggung atau ahli waris tertanggung. Munculnya penikmat ini apabila terjadi evenemen meninggalnya tertanggung. Dalam hal ini, tertanggung yang meninggal itu tidak mungkin dapat menikmati santunan, tetapi penikmat yang ditunjuk atau ahli waris tertanggunglah sebagai yang berhak menikmati santunan. Akan tetapi, bagaimana halnya jika asuransi itu berakhir tanpa terjadi evenemen meninggalnya tertanggung?. Dalam hal ini tertanggung sendiri yang berkedudukan sebagai penikmat karena dia sendiri masih hidup dan berhak menikmati pengembalian sejumlah uang yang dibayar oleh penanggung

Apabila tertanggung bukan penikmat, maka hal ini dapat disamakan dengan asuransi jiwa untuk kepentingan pihak ketiga. Penikmat selaku pihak ketiga tidak mempunyai kewajiban membayar premi terhadap penanggung. Asuransi diadakan untuk kepentingannya, tetapi tidak atas tanggung jawabnya. Apabila tertanggung mengasuransikan jiwanya sendiri, maka tertanggung sendiri berkedudukan sebagai penikmat yang berkewajiban membayar premi kepada penanggung. Dalam hal ini tertanggung adalah pihak dalam asuransi dan sekaligus penikmat yang berkewajiban membayar premi kepada penanggung. Asuransi jiwa untuk kepentingan pihak ketiga (penikmat) harus dicantumkan dalam polis.

#### **G. Evenemen Dan Santunan**

1. Evenemen dalam Asuransi Jiwa Dalam Pasal 304 KUHD yang mengatur tentang isi polis, tidak ada ketentuan keharusan mencantumkan evenemen dalam polis asuransi jiwa berbeda dengan asuransi kerugian, Pasal 256 ayat (1) KUHD mengenai isi polis mengharuskan Pencantuman bahaya-bahaya yang menjadi beban penanggung. Mengapa tidak ada keharusan mencantumkan bahnya yang menjadi beban penanggung dalam polis asuransi jiwa?. Dalam asuransi jiwa yang dimaksud dengan hahaya adalah meninggalnya orang yang jiwanya diasuransikan. Meninggalnya seseorang itu merupakan hal yang sudah pasti, setiap makhluk bernyawa pasti mengalami kematian. Akan tetapi kapan meninggalnya seseorang tidak dapat dipastikan. Inilah yang disebut peristiwa tidak pasti (evenemen) dalam asuransi jiwa.

Evenemen ini hanya 1 (satu), yaitu ketidak pastian kapan meninggalnya seseorang sebagai salah satu unsur yang dinyatakan dalam definisi asuransi jiwa. Karena evenemen ini hanya 1 (satu), maka tidak perlu di cantumkan dalam polis. Ketidakpastian kapan meninggalnya seorang tertanggung atau orang yang jiwanya diasuransikan merupakan risiko yang menjadi beban penanggung dalam asuransi jiwa. Evenemen meninggalnya tertanggung itu bersisi 2 (dua), yaitu meninggalnya itu benar-benar terjadi dalam jangka waktu asuransi, dan benar-

benar tidak terjadi sampai jangka waktu asuransi berakhir. Kedua-duanya menjadi beban penanggung.

## 2. Uang Santunan dan Pengembalian

Uang santunan adalah sejumlah uang yang wajib dibayar oleh penanggung kepada penikmat dalam hal meninggalnya tertanggung sesuai dengan kesepakatan yang tercantum dalam polis. Penikmat yang dimaksud adalah orang yang ditunjuk oleh tertanggung atau orang yang menjadi ahli warisnya sebagai yang berhak menerima dan menikmati santunan sejumlah uang yang dibayar oleh penanggung. Pembayaran santunan merupakan akibat terjadinya peristiwa, yaitu meninggalnya tertanggung dalam jangka waktu berlaku asuransi jiwa. Akan tetapi, apabila sampai berakhirnya jangka waktu asuransi jiwa tidak terjadi peristiwa meninggalnya tertanggung, maka tertanggung sebagai pihak dalam asuransi jiwa, berhak memperoleh pengembalian sejumlah uang dan penanggung yang jumlahnya telah ditetapkan berdasarkan perjanjian dalam hal ini terdapat perbedaan dengan asuransi kerugian. Pada asuransi kerugian apabila asuransi berakhir tanpa terjadi evenemen, premi tetap menjadi hak penanggung, sedangkan pada asuransi jiwa, premi yang telah diterima penanggung dianggap sebagai tabungan yang dikembalikan kepada penabungnya, yaitu tertanggung. Asuransi Jiwa Berakhir

### 1. Karena Terjadi Evenemen

Dalam asuransi jiwa, satu-satunya evenemen yang menjadi beban penanggung adalah meninggalnya tertanggung. Terhadap evenemen inilah diadakan asuransi jiwa antara tertanggung dan penanggung. Apabila dalam jangka waktu yang diperjanjikan terjadi peristiwa meninggalnya tertanggung, maka penanggung berkewajiban membayar uang santunan kepada penikmat yang ditunjuk oleh tertanggung atau kepada ahli warisnya. Sejak penanggung melunasi pembayaran uang santunan tersebut, sejak itu pula asuransi jiwa berakhir. Apa sebabnya asuransi jiwa berakhir sejak pelunasan uang santunan,

bukan sejak meninggalnya tertanggung (terjadi evenemen)? Menurut hukum perjanjian, suatu perjanjian yang dibuat oleh pihak-pihak berakhir apabila prestasi masing-masing pihak telah dipenuhi. Karena asuransi jiwa adalah perjanjian, maka asuransi jiwa berakhir sejak penanggung melunasi uang santunan sebagai akibat dan meninggalnya tertanggung. Dengan kata lain, asuransi jiwa berakhir sejak terjadi evenemen yang diikuti dengan pelunasan klaim.

## 2. Karena Jangka Waktu Berakhir

Dalam asuransi jiwa tidak selalu evenemen yang menjadi beban penanggung itu terjadi bahkan sampai berakhirnya jangka waktu asuransi. Apabila jangka waktu berlaku asuransi jiwa itu habis tanpa terjadi evenemen, maka beban risiko penanggung berakhir. Akan tetapi, dalam perjanjian ditentukan bahwa penanggung akan mengembalikan sejumlah uang kepada tertanggung apabila sampai jangka waktu asuransi habis tidak terjadi evenemen. Dengan kata lain, asuransi jiwa berakhir sejak jangka waktu berlaku asuransi habis diikuti dengan pengembalian sejumlah uang kepada tertanggung.

## 3. Karena Asuransi Gugur Menurut ketentuan Pasal 306 KUHD:

“Apabila orang yang diasuransikan jiwanya pada saat diadakan asuransi ternyata sudah meninggal, maka asuransinya gugur, meskipun tertanggung tidak mengetahui kematian tersebut, kecuali jika diperjanjikan lain”, Kata-kata bagian akhir pasal ini “kecuali jika diperjanjikan lain” memberi peluang kepada pihak-pihak untuk memperjanjikan menyimpang dari ketentuan pasal ini, misalnya asuransi yang diadakan untuk tetap dinyalakan sah asalkan tertanggung betul-betul tidak mengetahui telah meninggalnya itu. Apabila asuransi jiwa itu gugur, bagaimana dengan premi yang sudah dibayar karena penanggung tidak menjalani risiko? Hal ini pun diserahkan kepada pihak-pihak untuk memperjanjikannya. Pasal 306 KUHD ini mengatur asuransi jiwa untuk kepentingan pihak ketiga. Dalam Pasal 307

KUHD ditentukan: Apabila orang yang mengasuransikan jiwanya bunuh diri, atau dijatuhi hukuman mati, maka asuransi jiwa itu gugur. Apakah masih dimungkinkan penyimpangan pasal ini?. Menurut Purwosutjipto, penyimpangan dari ketentuan ini masih mungkin, sebab kebanyakan asuransi jiwa ditutup dengan sebuah klausul yang membolehkan penanggung melakukan prestasinya dalam hal ada peristiwa bunuh diri dan badan tertanggung asalkan peristiwa itu terjadi sesudah lampau waktu 2 (dua) tahun sejak diadakan asuransi. Penyimpangan ini akan menjadikan asuransi jiwa lebih supel lagi.

#### 4. Karena Asuransi Dibatalkan

Asuransi jiwa dapat berakhir karena pembatalan sebelum jangka waktu berakhir. Pembatalan tersebut dapat terjadi karena tertanggung tidak melanjutkan pembayaran premi sesuai dengan perjanjian atau karena permohonan tertanggung sendiri. Pembatalan asuransi jiwa dapat terjadi sebelum premi mulai dibayar ataupun sesudah premi dibayar menurut jangka waktunya. Apabila pembatalan sebelum premi dibayar, tidak ada masalah. Akan tetapi, apabila pembatalan setelah premi dibayar sekali atau beberapa kali pembayaran (secara bulanan), bagaimana cara penyelesaiannya Karena asuransi jiwa didasarkan pada perjanjian, maka penyelesaiannya bergantung juga pada kesepakatan pihak-pihak yang dicantumkan dalam polis

### **BAB III**

#### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

##### **A. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES**

Menurut Pasal 246 KUHD dinyatakan bahwa adanya perjanjian asuransi adalah bertujuan mengalihkan resiko dari tertanggung kepada penanggung dengan imbalan bahwa penanggung menerima sejumlah uang sebagai premi dari tertanggung. Hal ini berarti bahwa apabila dalam jangka waktu perjanjian asuransi terjadi suatu peristiwa sehingga menimbulkan kerugian, maka penanggung akan membayar ganti rugi atau memberikan sejumlah uang kepada tertanggung sesuai dengan isi daripada perjanjian asuransi.

Kenyataan yang terjadi didalam praktek, resiko yang diperalihkan tertanggung kepada penanggung itu tidak senantiasa terjadi, dengan demikian bahwa setiap resiko atau bahaya tidak selalu terjadi pada saat asuransi itu berjalan, maka uang premi yang dibayar oleh beberapa tertanggung kepada penanggung dapat terkumpul, sehingga pada suatu saat sungguh-sungguh terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, kepada tertanggung yang bersangkutan akan dibayar ganti kerugian atau diberikan sejumlah uang sesuai dengan apa yang telah disepakati baik oleh tertanggung maupun penanggung.

Perjanjian pertanggungan yang bertujuan untuk mengalihkan resiko dari tertanggung kepada penanggung kemudian diikuti dengan pembayaran premi kepada penanggung kemudian diikuti dengan pembayaran premi kepada penanggung dan unsur kepentingan yang harus mutlak ada pada pertanggungan serta dapat dituntut didepan pengadilan dapat sebagai dasar bahwa perjanjian pertanggungan bukan termasuk perjanjian untung-untungan seperti yang disebutkan dalam pasal 1774 KUHPerdara .

Dengan terjadinya suatu peristiwa sehingga menimbulkan kerugian sudah tentu seorang tertanggung yang bersangkutan akan menuntut ganti rugi kepada



penanggung yang bersangkutan, sedangkan penanggung sendiri akan memberikan ganti rugi sesuai dengan isi perjanjian asuransi .

Pada prinsipnya prosedur penyelesaian ganti rugi yang dilakukan berdasarkan pada pasal-pasal yang ada dalam polis standar asuransi jiwa dan kesehatan di Indonesia Penanggung akan memberikan ganti rugi kepada tertanggung atas kerugian finansial yang terjadi dikarenakan biaya biaya yang timbul atas terjadinya resiko kehidupan sesuai dengan besarnya nominal rupiah yang dicover oleh pihak penanggung.

Benefit yang diberikan oleh Penanggung seseprti dalam tabel dibawah ini :

Benefit	Bronze		Silver		Gold		Platinum	
	Rp	USD	Rp	USD	Rp	USD	Rp	USD
Daily benefit (120 days)	250,000	50	500,000	100	750,000	150	950,000	200
ICU (60 days)	500,000	100	1,000,000	200	1,500,000	300	2,000,000	400
Compassionate fund	2,500,000	500	5,000,000	1,000	7,500,000	1,500	9,500,000	2,000

Sumber : [www.axa-mandiri.co.id](http://www.axa-mandiri.co.id)

Untuk kepentingan rawat inap yang berarti tertanggung tinggal di rumah sakit atas rekomendasi dan dibawah perawatan seorang dokter selama lebih dari duabelas jam dimana rawat inap tersebut <sup>41</sup>:

1. dilakukan sebagai perawatan langsung atas kondisi kesehatan tertentu
2. sesuai dan konsisten dengan gejala/tanda , diagnosa ,dan perawatan kondisi medis sebagaimana diterapkan oleh dokter yang ditunjuk.
3. Dilakukan sesuai dengan praktek medis standar sebagaimana ditetapkan oleh dokter yang ditunjuk.

<sup>41</sup> Hasil Wawancara dengan Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Ketentuan untuk rumah sakit adalah sebuah lembaga yang secara sah terdaftar sebagai rumah sakit dan memiliki izin resmi dari Pemerintah setempat yang dalam prakteknya meliputi :

1. Fasilitas untuk diagnosa perawatan dan operasi besar
2. Menyediakan pelayanan perawatan dua puluh empat jam oleh para perawat yang memiliki izin dan memenuhi kualifikasi
3. Menyediakan pengawasan dua puluh empat jam oleh paling tidak seorang Dokter, untuk kepentingan khusus ini yang dimaksud seorang dokter berarti seseorang yang :
  - a. terdaftar secara sah di suatu wilayah kerja dan memenuhi kualifikasi untuk melakukan pelayanan kesehatan atau pembedahan sesuai ilmu kedokteran barat.
  - b. bukan diri Tertanggung keluarga dekat Tertanggung dan pihak yang berkepentingan atas polis ini
4. Bukan merupakan tempat perawatan khusus klinik tempat perawatan bagi orang dengan ketergantungan obat atau alkohol tempat perawatan, peristirahatan atau pemulihan atau panti jompo atau rumah sakit bagi gangguan mental atau kejiwaan atau tempat tempat serupa lainnya.

Pertanggung kesehatan berlaku pada pukul 00.01 Waktu Indonesia Barat di kantor pusat Penanggung di Jakarta , pada tanggal berlakunya polis (seperti tercantum dalam data polis) dan terdapat masa tunggu 30 hari sejak polis disetujui untuk perlindungan kesehatan yang didapatkan.

Ketentuan Khusus Perlindungan Kesehatan, Penanggung berhak menghentikan Pertanggung Tambahan ini dan tidak membayar maslahat apa pun jika kejadian yang diajukan sebagai klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian yang berikut<sup>42</sup>:

---

<sup>42</sup> Hasil Wawancara dengan Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

1. Tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas Pertanggung jawaban ini, atau
2. Hukuman mati, atau
3. Bunuh diri dalam kurun waktu 1 (satu) tahun setelah tanggal berlakunya pertanggung jawaban atau tanggal pemulihan polis, atau
4. Perang (baik dideklarasikan atau tidak), operasi sejenis perang, invasi, tindakan dari musuh asing, kegiatan militer, pemberontakan, demonstrasi, kerusuhan, revolusi, terorisme, demo, pemogokan, revolusi, kekacauan sipil, kriminal atau aktivitas illegal (baik percobaan atau dihukum), penolakan penahanan, atau
5. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata, atau
6. HIV atau AIDS, apabila Tertanggung menderita HIV positif sebagaimana ditetapkan oleh Penanggung jawab, atau
7. Secara sengaja berada dalam keadaan bahaya (kecuali dalam usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau sebagai akibat keadaan tidak waras, atau
8. Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan atau ketergantungan pada narkotika, zat lain, atau obat-obatan tanpa resep, atau
9. Partisipasi dalam olah raga atau aktivitas yang berbahaya seperti perlombaan (kecuali perlombaan dengan kaki), tinju, gulat, olah raga musim dingin, mengendarai kuda, olah raga dan aktivitas udara, olahraga air (kecuali berenang dan berlayar tanpa mesin), atau
10. Segala bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial yang terjadwal, atau
11. Upaya melukai diri sendiri secara sengaja atau percobaan bunuh diri, atau
12. Pengobatan atau perawatan atau operasi gigi, atau
13. Pemeriksaan atau perawatan atau pengobatan atau operasi mata, atau
14. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan pembedahan), keguguran, perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan, atau

15. Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik atau bukan suatu keharusan atau perawatan untuk kenyamanan pihak mana pun (seperti bedah plastik atau kosmetik), atau
16. Kelainan bawaan atau kelainan akibat kelahiran, keadaan turunan, kelainan turunan, psychiatric, kelainan psikis atau mental atau gangguan saraf (termasuk stres), kelainan tidur, perawatan pemulihan, pemulihan kesehatan, perawatan oleh perawat, perawatan oleh perawat di rumah, kelainan haid, khitan, penyakit karena hubungan seksual, atau
17. Setiap kondisi medis (yang tidak dinyatakan atau tertulis dalam formulir aplikasi) yang telah ada sebelum tanggal Berlakunya Pertanggung Tambahan ini dan termasuk kondisi medis yang telah didiagnosa atau diperiksa, kondisi medis yang telah mendapat perawatan atau nasihat atau konsultasi, kondisi medis yang telah mendapat pengobatan dengan resep, atau berhubungan dengan gejala atau tanda apa pun yang disadari atau yang seharusnya disadari oleh Tertanggung.
18. Pemeriksaan kesehatan berkala atau uji fisik rutin, vaksinasi, imunisasi, rawat inap untuk menegakkan diagnosis, konsultasi dan rawat jalan, perawatan atau pengobatan preventif, penurunan berat badan atau perawatan obesitas, atau
19. Segala kondisi yang mulai atau didiagnosa sebelum 30 hari setelah Tanggal Berlakunya Polis dan Tanggal Pemulihan Polis, atau
20. Perawatan atau pembedahan amandel, adenoid, hernia, hingga Tertanggung telah dilindungi oleh Pertanggung Tambahan ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak tanggal Berlakunya Pertanggung Tambahan.

Untuk kepentingan Ketentuan Khusus ini, Rawat Inap berarti Tertanggung tinggal di Rumah sakit (seperti dijelaskan dalam definisi Polis AXAMANDIRI Pasal 6 ayat 6.5.) sebagai rawat inap atas rekomendasi dan dibawah perawatan seorang Dokter (seperti dijelaskan dalam definisi Polis AXAMANDIRI Pasal 6 ayat 6.6.), selama lebih dari 12 (dua belas) jam, dimana rawat inap tersebut :

1. Dilakukan sebagai perawatan langsung atas kondisi kesehatan tertentu, dan
2. Sesuai dan konsisten dengan gejala gejala/tanda, diagnosa dan perawatan kondisi medis sebagaimana ditetapkan oleh Dokter yang ditunjuk oleh Penanggung.
3. Dilakukan sesuai dengan praktek medis standar, sebagaimana ditetapkan oleh Dokter yang ditunjuk oleh Penanggung.

Untuk kepentingan Ketentuan Khusus ini, Rumah Sakit berarti sebuah lembaga yang secara sah terdaftar sebagai Rumah Sakit dan memiliki izin resmi dari pemerintah setempat, yang :

1. Menyediakan fasilitas untuk diagnosa, perawatan dan operasi besar,
2. Menyediakan pelayanan perawatan 24 (duapuluh empat) jam oleh para perawat yang memiliki izin dan memenuhi kualifikasi, dan
3. Menyediakan pengawasan 24 (dua puluh empat) jam oleh paling tidak seorang Dokter (seperti dijelaskan dalam definisi Polis AXAMANDIRI Pasal 6 ayat 6.6.).
4. Bukan merupakan tempat perawatan khusus, klinik, tempat perawatan bagi orang dengan ketergantungan obat atau alkohol, tempat perawatan, peristirahatan atau pemulihan atau panti jompo atau rumah sakit bagi gangguan mental atau kejiwaan, atau tempat-tempat serupa lainnya

Untuk kepentingan Ketentuan Khusus ini sesuai ketentuan dalam Polis AXAMANDIRI , Dokter berarti seseorang yang:

1. Terdaftar secara sah di suatu wilayah kerja dan memenuhi kualifikasi untuk melakukan pelayanan kesehatan atau pembedahan sesuai Ilmu Kedokteran Barat, dan
2. Bukan diri Tertanggung, keluarga dekat Tertanggung, dan pihak yang berkepentingan atas Polis ini.

Untuk kepentingan Ketentuan Khusus ini, Unit Perawatan Intensif berarti suatu ruangan di Rumah Sakit (seperti dijelaskan dalam definisi Polis AXAMANDIRI Pasal 6 ayat 6.5.) yang:

1. secara permanen dirancang sebagai “Unit Perawatan Intensif”, dan
2. menyediakan jasa 24 (dua puluh empat) jam dibawah pengawasan paling tidak seorang Dokter (seperti dijelaskan dalam definisi Pasal 6 ayat 6.6) dan ahli kesehatan lainnya yang izin, kualifikasi dan pelayanannya khusus menyediakan perawatan kritis,
3. Dilengkapi peralatan khusus untuk perawatan kondisi kritis yang membutuhkan fasilitas penunjang kehidupan,
4. Menyediakan tingkat perawatan dan pengawasan yang lebih intensif dari ruangan Rumah Sakit (seperti dijelaskan dalam definisi Pasal 6 ayat 6.5.) biasa, sebagaimana ditetapkan oleh Dokter yang ditunjuk oleh Penanggung. Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Maslahat jika Pemegang Polis tidak dapat menunjukkan pemberitahuan secara tertulis atas Rawat Inap (seperti dijelaskan dalam definisi Polis AXAMANDIRI) atau kematian Tertanggung dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari sejak menjalani Rawat Inap atau kematian tersebut.

Untuk tujuan pembayaran Maslahat Harian atau Unit Perawatan Intensif, dokumen-dokumen yang harus disediakan oleh Pemegang Polis sebagai berikut:

1. Formulir Klaim, dan
2. Pernyataan dari Dokter yang merawat Tertanggung,
3. Kwitansi dan bukti pembayaran perawatan rumah sakit dan dokumen pendukung lainnya
4. Perincian nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama perawatan,
5. Perincian nama dan harga alat-alat medis yang dipakai selama perawatan,
6. Perincian nama dan harga pemeriksaan kesehatan (laboratorium, X-ray dan lain-lain) selama perawatan
7. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung.

Prosedur pengajuan klaim kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES adalah sebagai berikut<sup>43</sup> :

1. Pemberitahuan atas klaim kesehatan harus sudah diterima oleh penanggung dalam waktu 30 hari sejak tanggal keluarnya tertanggung dari rumah sakit tempat dirawat inap.
2. Setelah mendapat bukti rawat inap dari rumah sakit, tertanggung segera mengambil formulir rawat inap untuk nasabah dan untuk dokter yang merawat di Bank Mandiri terdekat atau bisa mengunduh melalui internet dengan alamat situs [www.axa-mandiri.co.id](http://www.axa-mandiri.co.id).
3. Setelah Formulir klaim rawat inap untuk nasabah dan dokter yang merawat diisi oleh nasabah dan dokter yang merawat, dibawa ke Bank Mandiri terdekat beserta dilampirkan bukti rawat inap kwitansi pembayaran , dan nomor polis dari tertanggung, untuk kwitansi pembayaran atau bukti rawat inap bisa difotocopy dan dilegalisir jika tertanggung memerlukan aslinya untuk keperluan yang lain.
4. Maksimal 14 hari kerja jika berkas lengkap dan setelah disetujui, klaim akan dibayarkan melalui rekening Bank Mandiri tertanggung sesuai dengan kelas kesehatan yang diambil oleh tertanggung.

Untuk lebih jelasnya mengenai pelaksanaan klaim kesehatan pada PT. AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES ada beberapa contoh pelaksanaan klaim tersebut:

1. Tuan Bambang Sulis bekerja sebagai seorang Dosen Negeri di Universitas Diponegoro mengadakan perjanjian asuransi pendidikan untuk putranya pada bulan Oktober 2008, dengan penanggung PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES. Tertanggung adalah Breadmaja Ariyamaitri usia 2 tahun Pemegang Polis adalah Tuan Bambang Sulis usia 45 tahun, perjanjian dilakukan di cabang Bank Mandiri Semarang Undip Tembalang dengan

---

<sup>43</sup> Hasil Wawancara dengan Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

rincian Premi Pembayaran dibayarkan triwulan sejumlah Rp.750.000,- (tujuhratus lima puluh ribu rupiah) auto debet dari rekening mandiri pemegang polis dengan manfaat manfaat sebagai berikut <sup>44</sup>:

- a. Uang Pertanggungans Jiwa untuk tertanggung sejumlah Rp.25.000.000,- (dua puluh lima juta rupiah ), jika terjadi resiko meninggal terhadap tertanggung.
- b. Perlindungan Pembayaran Premi, jika Pemegang Polis dalam hal ini Tuan Bambang Sulis jika mengalami resiko meninggal atau kecelakaan berakibat cacat total tetap sehingga tidak bisa bekerja lagi, maka untuk pembayaran premi tersebut akan dilanjutkan PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES mengikuti ketentuan pada pasal pasal dalam polis perjanjian.
- c. Perlindungan Kesehatan terhadap Tertanggung, dengan Kelas *Bronze* , jika si Tertanggung mengalami resiko rawat inap di Rumah Sakit maka akan mendapatkan santunan sebesar Rp.250.000,- (dua ratus lima puluh ribu) per hari dengan maksimal 120 hari dalam satu tahunnya, dan jika rawat inap di ICU mendapatkan santunan sebesar Rp.500.000,- (lima ratus ribu rupiah) perhari maksimal 60 hari dalam satu tahunnya.
- d. Biaya pendidikan pada saat kuliah di usia 17 tahun, dengan asumsi 14% (empat belas persen) suku bunga imbal hasil, maka hasil yang didapatkan adalah Rp. 118.247.000 (seratus delapan belas juta dua ratus empat puluh tujuh ribu rupiah).

Pada bulan April 2009, tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit Elisabeth Semarang dikarenakan terkena demam berdarah, dirawat inap selama 5 hari, pada tanggal 28-04-2009 sampai dengan 03-05-2009, setelah mendapatkan kwitansi pembayaran rawat inap, Pemegang Polis mengisi

---

<sup>44</sup> Hasil Wawancara dengan nasabah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES



formulir pengajuan klaim rawat inap dan diserahkan kembali ke Bank Mandiri terdekat pada tanggal 30 Mei 2009. Setelah di proses, Klaim disetujui pada tanggal 04 Juni 2009 dan ditransfer ke rekening Bank Mandiri Pemegang Polis sejumlah Rp.1.250.000,- (satu juta dua ratus lima puluh ribu rupiah) sesuai dengan berapa hari Tertanggung dirawat inap di rumah sakit.

2. Tuan Suyanto bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil mengadakan perjanjian asuransi dana pensiun pada bulan Januari 2006, dengan penanggung PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES. Tertanggung sekaligus Pemegang Polis adalah Tuan Suyanto usia 47 tahun, perjanjian dilakukan di cabang Bank Mandiri Semarang Undip Tembalang dengan rincian Premi Pembayaran dibayarkan pertahun sejumlah Rp.6.000.000,- (enam juta rupiah) auto debet dari rekening Bank Mandiri Tertanggung dengan manfaat manfaat sebagai berikut<sup>45</sup> :

- a. Uang Pertanggungan Jiwa untuk tertanggung sejumlah Rp.60.000.000,- (enam puluh juta rupiah ), jika terjadi resiko meninggal terhadap tertanggung.
- b. Santunan Kecelakaan, jika Tertanggung dalam hal ini Tuan Suyanto jika mengalami resiko kecelakaan berakibat cacat total tetap sehingga tidak bisa bekerja lagi, maka mendapat santunan sebesar Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah) mengikuti ketentuan pada pasal pasal dalam polis perjanjian.
- c. Perlindungan Kesehatan terhadap Tertanggung, dengan Kelas *Silver* , jika si Tertanggung mengalami resiko rawat inap di Rumah Sakit maka akan mendapatkan santunan sebesar Rp.500.000,- (lima ratus ribu rupiah) per hari dengan maksimal 120 hari dalam satu tahunnya, dan jika rawat inap di ICU mendapatkan santunan sebesar

---

<sup>45</sup> Hasil Wawancara dengan nasabah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Rp.1.000.000,- (satu juta rupiah) perhari maksimal 60 hari dalam satu tahunnya.

- d. Dana pensiun pada saat di usia 56 tahun, dengan asumsi 14% (empat belas persen) suku bunga imbal hasil, maka hasil yang didapatkan adalah Rp. 125.295.604 (tiga ratus dua puluh lima juta dua ratus sembilan puluh lima ribu enam ratus empat rupiah).

Pada bulan Februari 2009, tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit Kariadi Semarang dikarenakan terkena penyakit pada lambung, dirawat inap selama 11 hari, pada tanggal 23-02-2009 sampai dengan 06-03-2009, setelah mendapatkan kwitansi pembayaran rawat inap, Pemegang Polis mengisi formulir pengajuan klaim rawat inap dan diserahkan kembali ke Bank Mandiri terdekat. Setelah di proses, ada kekurangan berkas klaim dari Rumah Sakit yang harus diisi oleh dokter yang merawat yaitu dokter Hirlan, dan ada penelusuran atas sakit yang diderita tertanggung, keterlambatan ini mengakibatkan proses klaim menjadi lama, ditambah dengan proses di Rumah Sakit Kariadi yang menurut Tertanggung lama dalam hal pengurusan dokumen klaim asuransi di bagian rekam medik untuk mengeluarkan datanya, maka Klaim baru disetujui pada tanggal 10 Juni 2009 dan ditransfer ke rekening Bank Mandiri Pemegang Polis sejumlah Rp.5.550.000,- (lima juta lima ratus lima puluh ribu rupiah) sesuai dengan berapa hari Tertanggung dirawat inap di rumah sakit.

3. Tuan Agung Sutarno bekerja sebagai Pelaut mengadakan perjanjian asuransi pendidikan untuk putranya pada bulan Februari 2009, dengan penanggung PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES. Tertanggung adalah Faiq Agtareiza usia 3 tahun Pemegang Polis adalah Tuan Agung Sutarno usia 37 tahun, perjanjian dilakukan di cabang Bank Mandiri Semarang Undip Tembalang dengan rincian Premi Pembayaran dibayarkan perbulan sejumlah

Rp.250.000,- (dua ratus lima puluh ribu rupiah) auto debet dari rekening mandiri pemegang polis dengan manfaat manfaat sebagai berikut <sup>46</sup>:

- a. Uang Pertanggungan Jiwa untuk tertanggung sejumlah Rp.25.000.000,- (dua puluh lima juta rupiah ), jika terjadi resiko meninggal terhadap tertanggung.
- b. Perlindungan Pembayaran Premi, jika Pemegang Polis dalam hal ini Tuan Agung Sutarno jika mengalami resiko meninggal atau kecelakaan berakibat cacat total tetap sehingga tidak bisa bekerja lagi, maka untuk pembayaran premi tersebut akan dilanjutkan PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES mengikuti ketentuan pada pasal pasal dalam polis perjanjian.
- c. Perlindungan Kesehatan terhadap Tertanggung, dengan Kelas *Bronze* , jika si Tertanggung mengalami resiko rawat inap di Rumah Sakit maka akan mendapatkan santunan sebesar Rp.250.000,- (dua ratus lima puluh ribu) per hari dengan maksimal 120 hari dalam satu tahunnya, dan jika rawat inap di ICU mendapatkan santunan sebesar Rp.500.000,- (lima ratus ribu rupiah) perhari maksimal 60 hari dalam satu tahunnya.
- d. Biaya pendidikan pada saat kuliah di usia 17 tahun, dengan asumsi 14% (empat belas persen) suku bunga imbal hasil, maka hasil yang didapatkan adalah Rp. 175.000.000 (seratus tujuh puluh lima juta rupiah).

Pada bulan April 2009, tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dikarenakan terkena *febris typhus* atau biasa dikenal dengan sakit tipes, dirawat inap selama 3 hari, pada tanggal 11 April 2009 sampai dengan 13 April 2009, setelah mendapatkan kwitansi pembayaran rawat inap, Pemegang Polis mengisi formulir pengajuan klaim rawat inap dan

---

<sup>46</sup> Hasil Wawancara dengan nasabah PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

diserahkan kembali ke Bank Mandiri terdekat pada tanggal 15 April 2009. Setelah di proses, Klaim disetujui pada tanggal 18 April 2009 dan ditransfer ke rekening Bank Mandiri Pemegang Polis sejumlah Rp.750.000,- (tujuh ratus ratus lima puluh ribu rupiah) sesuai dengan berapa hari Tertanggung dirawat inap di rumah sakit.

## **B. Hambatan hambatan dan upaya mengatasinya dalam pelaksanaan klaim kesehatan di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.**

Perjanjian asuransi adalah merupakan suatu perjanjian timbal balik yang berarti bahwa masing-masing pihak berjanji akan melakukan sesuatu terhadap pihak lain, pihak *asuador* atau Penanggung berkewajiban untuk menjamin si Tertanggung dari suatu resiko, sedangkan bagi pihak Tertanggung selaku kontra prestasi berkewajiban untuk membayar uang premi, disamping kewajiban yang lainnya seperti misalnya, memberitahukan kepada Penanggung atau melaporkan kepada Penanggung terhadap sakit yang sebelumnya pernah diderita sebelum mengikuti Program Asuransi di pihak Penanggung.

Oleh karena membayar premi merupakan kewajiban tertanggung, maka apabila si Tertanggung tidak membayar premi dalam jangka waktu yang telah ditentukan maka Penanggung pada waktu terjadinya Klaim atas resiko kesehatan yang dialami oleh Tertanggung, Penanggung terlepas dari tanggung jawabnya untuk memberikan ganti rugi kepada Tertanggung, dalam hal ini ada *waiting period* dari Penanggung, apabila Tertanggung dalam waktu jatuh tempo pembayaran maksimal 1 bulan setelah jatuh tempo harus dibayarkan, jika masih dalam jangka waktu 1 bulan sejak jatuh tempo pembayaran premi, Tertanggung masih diberikan ganti rugi sesuai dengan pasal pasal dalam perjanjian polis.

Berdasarkan penelitian pada PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES cabang Bank Mandiri Semarang Undip beberapa hal yang menjadi hambatan yang menjadikan proses klaim berlangsung lama dari beberapa nasabah adalah Tertanggung sebelum mengikuti program Asuransi di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES diharuskan mengisi Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Bersama dengan sejujurnya, terkadang nasabah merahasiakan kesehatan yang terjadi sebelumnya, dan tidak menuliskan sakit atau gangguan kesehatan yang dideritanya dengan harapan sakit tersebut akan di *cover* oleh Penanggung, dengan adanya ketidakjujuran seperti ini maka ketika nasabah sudah disetujui untuk menjadi Tertanggung dan dikemudian hari Tertanggung mengajukan klaim atas

resiko kesehatan yang sebelumnya pernah terjadi, dan dalam penelusuran Klaim Tertanggung ditemukan unsur ketidakjujuran tersebut, maka Penanggung berhak untuk tidak memberikan ganti rugi santunan sebagaimana mestinya, hal ini sesuai dengan Pasal Pasal dalam perjanjian Polis<sup>47</sup>.

Hambatan yang terjadi juga pada sistem pemberkasan data pasien di Rumah Sakit yang tidak sama antara satu Rumah Sakit dengan Rumah Sakit Lainnya, terutama menurut penelitian penulis di lapangan hal ini terjadi di Rumah Sakit Pemerintah, di Rumah Sakit Pemerintah, untuk mengeluarkan dokumen data pasien harus melalui beberapa prosedur dahulu, seperti melalui bagian rekam medik, bagian administrasi dan baru menuju dokter yang merawat, sehingga mengakibatkan proses pembayaran Klaim oleh Penanggung menjadi lama, lain halnya dengan di Rumah Sakit Swasta, di Rumah Sakit Swasta mempunyai bagian tersendiri untuk khusus menangani bagian asuransi klaim, jadi ketika Tertanggung menyerahkan Form dokter yang harus diisi pada bagian asuransi akan menyerahkan secara langsung kepada dokter yang bersangkutan Di RS Telogorejo dokumen Klaim maksimal 3 hari sudah bisa diambil oleh Tertanggung, di RS Elisabeth maksimal 1 minggu dari diserahkannya form tersebut.

Upaya upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan hambatan tersebut adalah para calon Tertanggung ketika mengisi Surat Pengajuan Asuransi Jiwa diisi dengan data dan keadaan yang sebenarnya sehingga tidak terdapat adanya unsur ketidakjujuran dalam perjanjian antara Tertanggung dan Penanggung, yang dikemudian hari bisa merugikan kedua belah pihak, dengan dibantu oleh Financial Advisor dari PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES untuk memandu calon Tertanggung ketika pengisian di Surat Pengajuan Asuransi Jiwa tersebut.

---

<sup>47</sup> Hasil Wawancara dengan Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Pemerintah dalam hal manajemen Rumah Sakit lebih memfokuskan pada pembentukan departemen penanganan Klaim Asuransi, sebagai contoh di Rumah Sakit Kariadi dan Rumah Sakit Tugurejo untuk penanganan klaim asuransi kesehatan hanya difokuskan kepada PT ASKES semata, hal ini dibuktikan dengan adanya loket atau bagian khusus untuk penanganan pasien PT ASKES, sedangkan untuk asuransi diluar itu jika akan mengurus klaim asuransi harus melalui beberapa tahapan yang membutuhkan jangka waktu lama, sebagai contoh lain di RS Tugurejo untuk penanganan dokumen klaim hanya ditangani oleh 1 orang saja di bagian rekam medik. Dengan adanya bagian khusus untuk penanganan asuransi diluar PT ASKES tersebut diharapkan akan mempermudah pemberkasan klaim asuransi yang dimiliki oleh nasabah di luar PT ASKES. Dalam hal ini PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES divisi Klaim selalu meneruskan ke bagian Rumah Sakit setiap hari apabila ada dokumen klaim yang belum dikeluarkan oleh Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat.

Apabila terjadi sengketa, kontroversi atau perselisihan antara Penanggung, Pemegang Polis, Tertanggung atau Penerima Maslahat dan/atau yang berkepentingan atau berhubungan dalam Polis ini atau adanya pelanggaran, akan diselesaikan secara musyawarah. Apabila sengketa, kontroversi atau perselisihan tersebut tidak dapat diselesaikan dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah pemberitahuan tertulis oleh salah satu Pihak kepada pihak lainnya, maka Penanggung, Pemegang Polis Tertanggung atau Penerima Maslahat dan/atau yang berkepentingan dengan Pertanggung ini dapat memilih cara penyelesaian perselisihan dengan<sup>48</sup>:

1. Arbitrase atau
2. Pengadilan

Penyelesaian lewat arbitrase ini ditempuh karena dalam polis disebutkan bahwa untuk selesaikan masalah perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung bila

---

<sup>48</sup> Hasil Wawancara dengan Area Sales Manager PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

musyawarah tidak berhasil maka lewat arbitrase dan keputusan tersebut final dan mengikat kedua belah pihak . Hal ini sesuai dengan pasal 12 ayat 1 di polis Asuransi Jiwa PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang telah kami uraikan maka dapat dikemukakan beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan Tanggung Jawab Pihak Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan oleh Tertanggung di PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES dengan Prosedur penyelesaian klaim ganti rugi dalam asuransi kesehatan sesuai dengan pasal pasal yang terdapat dalam polis perjanjian antara Tertanggung dengan Penanggung, yang didalamnya terdapat prosedur tentang cara klaim.
2. Faktor faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan klaim asuransi kesehatan yang sering timbul yaitu adanya ketidak jujuran oleh calon Tertanggung dalam hal pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atau oleh Financial Advisor yang mengisi dengan kondisi yang tidak sesungguhnya, mengakibatkan klaim ditolak oleh Penanggung, kurangnya manajemen Rumah Sakit memperhatikan departemen penanganan asuransi non PT ASKES yang mengakibatkan Tertanggung dalam hal memperoleh data rekam medis melalui beberapa tahapan tahapan birokrasi yang berdampak pada lamanya klaim yang diajukan.

#### **B. Saran**

1. Penanggung dalam hal ini divisi marketing PT AXA MANDIRI FINANCIAL ADVISOR diwakili oleh para Financial Advisor yang ditempatkan di cabang cabang Bank Mandiri memberikan penjelasan sejelas-jelasnya mengenai isi polis terutama mengenai resiko apa yang dijamin oleh Penanggung dan resiko apa yang tidak dijamin oleh Penanggung sebelum akta atau polis tersebut ditandatangani

2. Bertanggung jawab dalam mengisi pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa hendaknya mengisi dengan kondisi dan keadaan yang seaneka benarnya, dan sebelum menandatangani Surat Pengajuan Asuransi Jiwa memahami keseluruhan isi dari pasal pasal dalam polis dan peraturan peraturan yang ditetapkan oleh PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Hasyimi 1981. *Bidang Usaha Asuransi*. Balai Aksara. Bandung.
- Adi, Rianto. 2004. *Metode Penelitian Sosial dan Hukum*. Granit. Jakarta.
- Asrel Idjard, Nico Ngani. 1985. *Hukum Asuransi di Indonesia*. Liberty. Yogyakarta.
- Ashsofa, Burhan 2001 *Metode Penelitian Hukum* PT. Rineka Cipta Jakarta
- Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara, Edisi ketiga, Jakarta, 1996
- [digilib.usu.ac.id/](http://digilib.usu.ac.id/)
- Hasymi. A. *Dasar-dasar Asuransi*, Balai Pustaka, Jakarta, 1981.
- <http://www.adln.lib.unair.ac.id>
- <http://www.axa-mandiri.co.id>
- <http://www.jari.or.id>
- <http://www.media-asuransi.com>
- <http://www.nauli.co.cc>
- <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s3-2005-suryonoari->
- Jaka E. Cahyono, *Cara Jitu Meraih Untung dari Reksadana* PT Elex media Komputindo, Jakarta, 2001.
- Jogiyanto, 2004, *Metode Penelitian Bisnis : Salah Kaprah dan Pengalaman-Pengalaman BPPE* Yogyakarta
- Kountur, Ronny, *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, PPM, Jakarta, 2004
- Kansil, CST dan Christine S.T Kansil. 2001. *Hukum Perusahaan Indonesia (Aspek Hukum Dalam Ekonomu bagian 2)*. Pradnya Paramita. Jakarta
- Mukti, A. G. *Mencari Alternatif Pembiayaan Kesehatan. Pidato Pengukuhan Guru Besar FK UGM. 2004 Berbasis Asuransi Kesehatan di Era Otonomi*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.06/Nomor 02/2003. Yogyakarta. 2003.
- Muhammad, Abdulkadir. 1994. *Pengantar Hukum Pertanggung*. Citra Aditya Bakti. Bandung

- Prodjodikoro, Wiryono, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Intermedia, Jakarta 1979
- Prawoto, Agus 1995 *Hukum Asuransi dan kesehatan Perusahaan Asuransi BPPE*  
Yogyakarta
- Prakoso, Djoko dan I. Ketut Murtika. 1989. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bina Aksara  
Jakarta
- Purwosutjipto, H.M.N. 1983. *Pengertian Pokok Hukum Dagang Indonesia*.  
Djambatan Jakarta
- Ridho, R. Ali 1992 *HUKUM DAGANG Tentang Prinsip dan fungsi Asuransi dalam lembaga keuangan, Pasar Modal, lembaga Pembiayaan Modal Ventura dan Asuransi Haji*, Alumni Bandung
- Ronny Soemitro Hanitijo, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Ghalia  
Indonesia, Jakarta, halaman 10.
- Sastrawidjaja, M. Suparman. 1993. *Hukum Asuransi, Perlindungan tertanggung Asuransi Deposito Usaha Perasuransian*. Alumni Bandung
- Soekanto, Soerjono 1986 *Pengantar Penelitian Hukum*, UI\_Press, Jakarta
- Sri Rejeki, Hartono *Asuransi dan Hukum Asuransi*, Semarang Fakultas Hukum  
UNTAG, 1982
- Subekti, *Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Undang-Undang Kepailitan*  
Pradnya Paramitha, Jakarta, 1987
- Sutrisno Hadi, *Bimbingan Menulis Skripsi Thesis*, Fakultas Psikologi UGM  
Yogyakarta, 1964
- Widjaja, Gunawan dan Ahmad Yani. 2000. *Hukum tentang Perlindungan Konsumen*.  
Gramedia Pustaka Utama Jakarta

Undang- undang:

Kitab Undang-undang Hukum Perdata

Kitab Undang-undang Hukum Dagang

Undang- undang No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian