

Kecurangan dan Perlindungan Konsumen Asuransi

Ketut Sendra

Sekolah Tinggi Ilmu Asuransi Trisakti, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13210
Email: ksendra77@yahoo.co.id

Diterima : 13 Februari 2017

Layak Terbit : 12 Juni 2017

Abstrak

Menstabilkan ekonomi nasional dan bertumbuhan secara berkelanjutan dan stabil, mewajibkan sektor jasa keuangan menjalankan usahanya secara terorganisir, adil, transparan dan akuntabel serta dapat melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat. Transparansi, keadilan, kehandalan, kerahasiaan, keamanan data dan informasi konsumen, penanganan keluhan yang cepat dan sederhana, dan biaya penyelesaian sengketa yang terjangkau menjadi prinsip perlindungan konsumen di sektor jasa keuangan. Motif umum untuk melakukan penipuan asuransi adalah alasan ekonomis yaitu untuk mendapatkan keuntungan secara finansial. Secara umum, kecurangan dalam asuransi dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) dimensi utama: dimensi subjek yaitu penipu; dimensi waktu, yaitu waktu selama proses *underwriting* dan proses klaim; dimensi perilaku yaitu tindakan oportunistik (*soft fraud*) atau penipuan yang direncanakan (*hard fraud*). Kesadaran konsumen asuransi mengenai kegiatan sektor jasa keuangan sangat dibutuhkan, sehingga sektor jasa keuangan asuransi dapat dilakukan dengan cara yang terorganisir, adil, transparan dan akuntabel.

Kata Kunci: Penipuan Asuransi, Perlindungan Konsumen Asuransi

Abstract

Cheating and Insurance Consumer Protection. *Establishing a national economy that can grow sustainably and stable, requires the financial service sectors conducting its business in a well organized, fair, transparent and accountable manner, and be able to protect the consumer's and public's interests. Transparency, fairness, reliability, confidentiality, security of consumer's data and/or information, fast, simple complaint handling and affordable dispute resolution cost become the principles of consumers protection in the financial services sector. The common motive to conduct an insurance fraud is economical reason, that is for obtaining a financial benefit/advantage. Broadly, a fraud in insurance can be classified into 3 (three) main dimensions: dimension of the subject i.e the fraudsters; dimension of time, ie. the time during the process of underwriting and the process of claim; dimension of behaviour that is opportunistic act (soft fraud) or planned fraud (hard fraud). The insurance consumer's awareness concerning the financial services sector activities is needed, so that the insurance financial services sector can be conducted in a well organized, fair, transparent and accountable manner.*

Keywords: *Insurance Fraud, Insurance Consumer's Protection*

PENDAHULUAN

Industri perasuransian telah menjelma sebagai salah satu pilar utama perekonomian modern dewasa ini. Peranan sektor perasuransian kian signifikan seiring dengan arus globalisasi dan liberalisasi perdagangan, akselerasi inovasi teknologi dan proses difusinya, serta deregulasi berbagai sektor finansial dan pasar aktual. Asuransi juga sudah menjadi elemen utama dalam strategi manajemen risiko dan kompleksitas bagi individu, kelompok sosial, maupun kalangan bisnis. Asuransi berperan penting dalam upaya individu dan kelompok menghadapi dan menangani kondisi hidup yang semakin kompleks dan serba tidak

pasti. Tak pelak lagi industri perasuransian merupakan salah satu industri terbesar di dunia dengan tingkat interdependensi yang sangat besar dengan industri-industri lain.

Kendati demikian, salah satu permasalahan kompleks yang dihadapi industri perasuransian dan industri finansial lainnya adalah praktik kecurangan (*fraud*) dalam berbagai bentuk, yang belakangan ini semakin epidemik, baik ditinjau dari segi lingkup, wujud, maupun dampak nilai moneterinya. Dornstein (1996) bahkan mensinyalir bahwa praktik kecurangan dalam asuransi (*insurance fraud*) sudah ada sejak industri asuransi lahir. Sudah sejak lama pihak *insurers* mengalokasikan

atau membebankan *cost of fraud* kepada para pemegang polis (dalam bentuk *premium rates* yang lebih tinggi)¹, legislator, pengacara, hakim, jaksa, kelompok perlindungan konsumen, dan *stakeholder* lainnya. Akan tetapi, dampak negatif *insurance fraud* bagi profitabilitas *insurers*; jejaring bisnis dan rantai nilai *insurers*; industri perasuransian secara umum; serta struktur sosial dan perekonomian, telah sampai pada ambang batas yang sama sekali tidak bisa ditoleransi. Banyak analis dan praktisi perasuransian yang berkesimpulan bahwa praktik *insurance fraud* telah mengancam prinsip pokok solidaritas (*the very principle of solidarity*) yang selama ini mengakari konsep asuransi. Sebagai gambaran, *insurance fraud* saat ini telah menjadi kejahatan ekonomi termahal kedua —setelah *tax evasion*— di Amerika Serikat (O'Rourke, 2003: 9).

TINJAUAN PUSTAKA

Usaha Perasuransian adalah segala usaha menyangkut jasa pertanggungan atau pengelolaan risiko, pertanggungan ulang risiko, pemasaran dan distribusi produk asuransi atau produk asuransi syariah, konsultasi dan keberantaraan asuransi, asuransi syariah, reasuransi, atau reasuransi syariah, atau penilaian kerugian asuransi atau asuransi syariah (Pasal 1 ayat 4, Undang-undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian). Sebagai Pelaku Usaha Jasa Keuangan Asuransi yang menghimpun dana masyarakat, mewajibkan Pelaku Usaha memberikan perlindungan terhadap Konsumennya sebagai pengguna produk dan/atau layanannya.

Adapun prinsip-prinsip yang wajib diterapkan oleh Pelaku Usaha dalam Perlindungan konsumen sektor jasa Keuangan antara lain: *memenuhi asas transparansi* yaitu pemberian informasi mengenai produk dan/atau layanan kepada konsumen, secara jelas, lengkap, dengan bahasa yang mudah dimengerti; *memenuhi asas perlakuan yang adil* yaitu perlakuan konsumen secara adil dan tidak diskriminatif (diskriminatif maksudnya memberlakukan pihak lain secara berbeda berdasarkan suku, agama, dan ras); *memenuhi asas keandalan* yaitu segala sesuatu yang dapat memberikan layanan yang akurat melalui sistem, prosedur, infrastruktur, dan sumber daya manusia yang andal; *memenuhi asas kerahasiaan dan*

keamanan data/informasi konsumen yaitu tidakan yang memberikan perlindungan, menjaga kerahasiaan dan keamanan data dan/atau informasi konsumen, serta hanya menggunakannya sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang disetujui oleh konsumen, kecuali ditentukan lain oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan memenuhi *asas penanganan pengaduan serta penyelesaian sengketa konsumen* secara sederhana, cepat, dan biaya terjangkau (Pasal 2, Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan).

Penerapan prinsip-prinsip yang wajib dilaksanakan oleh Pelaku Usaha dalam Perlindungan konsumen agar dapat mewujudkan perekonomian nasional yang mampu tumbuh secara berkelanjutan dan stabil, diperlukan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan yang terselenggara secara teratur, adil, transparan, dan akuntabel, serta mampu mewujudkan sistem keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil, dan mampu melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat. Oleh karena Otoritas Jasa keuangan (OJK) hadir sebagai lembaga yang mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, dan penyidikan, dengan tujuan agar keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan: terselenggara secara teratur, adil, transparan, dan akuntabel; mampu mewujudkan sistem keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil; dan mampu melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat, (Pasal 4 Undang-undang No. 21 Tahun 2011 tentang OJK).

METODOLOGI

Bagaimana OJK dapat dengan kewenangannya melakukan pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, dan penyidikan sehingga mampu melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat, maka OJK menerbitkan peraturan OJK tentang Perlindungan Konsumen Jasa Keuangan (POJK No. 1/POJK.07/2013). Agar Perlindungan Konsumen dapat memenuhi asas penanganan pengaduan serta penyelesaian sengketa konsumen secara sederhana, cepat, dan biaya terjangkau, maka OJK menerbitkan POJK No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) di Sektor Jasa Keuangan.

Dengan terbitnya beberapa peraturan yang mengatur tentang Perlindungan Konsumen pada jasa keuangan, permasalahannya yaitu bagaimana Pelaku Usaha dapat segera menyesuaikan dan bagaimana juga Konsumen dan masyarakat luas memiliki pengetahuan, keyakinan, dan keterampilan serta kemampuan untuk mengelola keuangan dengan lebih baik.

¹ Hasil studi Conning & Company (dikutip dalam Balaji, 2002) menyimpulkan bahwa setiap rumah tangga di Amerika rata-rata menanggung beban akibat *insurance fraud* sekitar US\$5.000 per tahun. Salah satu bentuknya adalah tambahan biaya premi asuransi yang nilai totalnya mencapai US\$96,2 milyar di tahun 1999 akibat prosedur klaim yang birokratis dan tidak efisien.

Adapun usaha yang dapat dilakukan oleh OJK dan Pelaku Usaha Jasa Keuangan yaitu usaha sosialisasi dan literasi pada jasa keuangan dengan tujuan mempercepat penerapan POJK tersebut. OJK harus segera melakukan sosialisasi dan kegiatan lain agar Pelaku Usaha dapat segera melakukan penyesuaian terhadap POJK tersebut sesuai yang diatur pada Pasal 54, POJK No. 1/POJK.07/2013 (Ketentuan Peralihan) yaitu bahwa perjanjian baku yang telah dibuat oleh Pelaku Usaha sebelum berlakunya Peraturan OJK ini wajib disesuaikan dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Pasal 22 Peraturan ini, terhitung satu tahun sejak diundangkan (diundangkan tanggal 6 Agustus 2013 artinya mulai tanggal 6 Agustus 2014 efektif sudah berlaku), sedangkan pemberlakuan ketentuan POJK No. 1/POJK.07/2014 terhitung sejak diundangkan yaitu tanggal 23 Januari 2014.

Untuk mempercepat sosialisasi POJK tersebut dapat dilakukan dengan memberikan seminar, workshop, dan bentuk sosialisasi lainnya agar Pelaku Usaha dapat segera menyesuaikan dan melaksanakannya dengan baik, dan juga melakukan literasi keuangan seperti peluncuran Cetak Biru Strategi Nasional Literasi Keuangan untuk seluruh industri keuangan pada Selasa, 19 Nopember 2013, yaitu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam mengelola keuangan. Adapun yang dimaksud dengan Literasi Keuangan yaitu rangkaian proses atau aktivitas untuk meningkatkan pengetahuan (*knowledge*), keyakinan (*confidence*), dan keterampilan (*skill*) konsumen dan masyarakat luas sehingga mereka mampu mengelola keuangan dengan lebih baik.

Selain OJK melakukan sosialisasi ke Pelaku Usaha Jasa Keuangan (PUJK), OJK juga melaksanakan literasi keuangan dan inklusi keuangan atau keluasaan mengakses sektor keuangan bagi seluruh masyarakat. Program ini diharapkan dapat mendorong tumbuhnya industri perasuransian nasional, dan respons industri asuransi terkait program inklusi keuangan secara timbal balik yang dapat menentukan keberhasilan program itu. Inklusi keuangan harus dapat terefleksikan dalam industri asuransi, di mana edukasi yang terus-menerus menuju pemahaman yang lebih baik akan meningkatkan kesadaran masyarakat akan memahami pentingnya asuransi. Inklusi keuangan adalah kemampuan individu untuk mengakses produk dan jasa keuangan dan program ini mulai diluncurkan pada 29 Desember 2010 dengan tujuan memperluas akses masyarakat terhadap jasa keuangan.

Kecurangan dalam Asuransi

Pada hakikatnya asuransi merupakan perjanjian antara dua pihak, yaitu Perusahaan Asuransi dan

Pemegang Polis yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh Perusahaan Asuransi sebagai imbalan untuk: memberikan penggantian kepada Tertanggung atau Pemegang Polis karena kerugian, kerusakan, biaya yg timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung-jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita Tertanggung atau Pemegang Polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya Tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya Tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana (Pasal 1 ayat 1, UU No. 40 Tahun 2014). Artinya asuransi merupakan hubungan kontraktual antara pihak insurer yang bersepakat dengan pihak *insurance taker* atau pemegang polis (menyangkut pembayaran premium) untuk menyediakan dana atas nama *insured party* dalam rangka menutupi kerugian atas insurable interest (setelah klaim formal diajukan *claimant party*) dikarenakan satu atau lebih peristiwa (*event*) di masa datang yang *well-defined* namun uncertain. Adapun pihak-pihak yang terikat kontrak berkewajiban hukum untuk saling beritikad baik (*good faith*), termasuk dalam hal saling menyampaikan informasi material yang esensial bagi kesepakatan kedua belah pihak. Ketiadaan itikad baik pada salah satu atau kedua belah pihak bisa mengarah pada terjadinya *insurance fraud*.

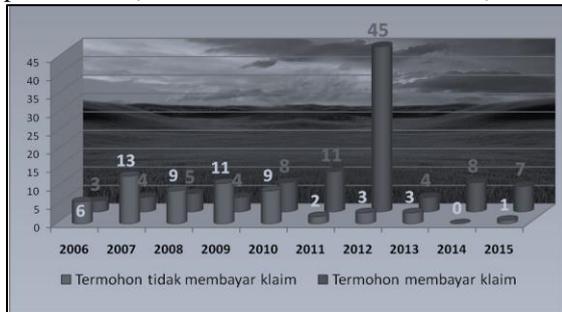
Itikad baik (*good faith*) dalam tahap pelaksanaan perjanjian adalah kepatutan, yaitu suatu penilaian baik terhadap tindak tanduk suatu pihak dalam melaksanakan apa yang akan diperjanjikan (R. Subekti, 1976:26). Dengan demikian azas itikad baik mengandung pengertian, bahwa kebebasan suatu pihak dalam membuat perjanjian tidak dapat diwujudkan sekehendaknya tetapi dibatasi oleh itikad baiknya (Sutan Remy Sjahdeni, 1993:49). Oleh karena itu prinsip mendasar yang harus dimiliki dalam setiap kontrak asuransi adalah azas itikad baik atau "*the principle of utmost good faith*" atau "*uberrimae fides*" atau "*uberrimae fidei*" (Sri Rejeki Hartono, 2001: 103).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data dan informasi Calon Konsumen (*insured*), merupakan salah satu faktor yang sangat rentan terhadap praktik kecurangan, karena data dan informasi tersebut merupakan kunci yang dibutuhkan pihak insurer untuk menilai risiko asuransi yang menyangkut diri dan/atau obyek Tertanggung berkenaan dengan klausul kontrak dan kualitas *cover* yang dibayarkan. Adapun permasalahannya yaitu jika pihak yang memiliki *information advantage* tersebut 'tergoda' atau setidaknya mendapatkan semacam 'insentif' untuk melakukan kecurangan (*fraud*), apalagi jika data

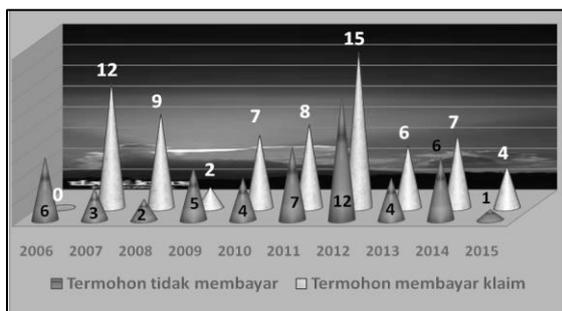
dan informasi yang dimilikinya itu memungkinkan untuk mendapatkan posisi tawar-menawar yang lebih kuat dalam kontrak asuransi. Berdasarkan survey yang dilakukan *Roper Organization* untuk *Insurance Research Council* (IRC) mengungkap bahwa sebagai besar populasi Amerika bersikap negatif terhadap industri Asuransi (Kurland, O.M, 1992:52). Pada umumnya, situasi information asymmetries yang mengarah pada insurance fraud bukan barang baru dalam praktik asuransi.

Ada beberapa jumlah sengketa asuransi yang ditangani Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) sejak awal berdiri hingga akhir Tahun 2015, yang berjumlah kurang lebih 577 kasus. Dari jumlah kasus tersebut, sebagian besar menghasilkan kesepakatan dimana Termohon (Perusahaan Asuransi) harus membayar, baik secara penuh maupun dibayar berdasarkan pertimbangan itikad baik (*ex-gratia*) manajemen perusahaan (Ketut Sendra, dkk., 2016: 86-89).



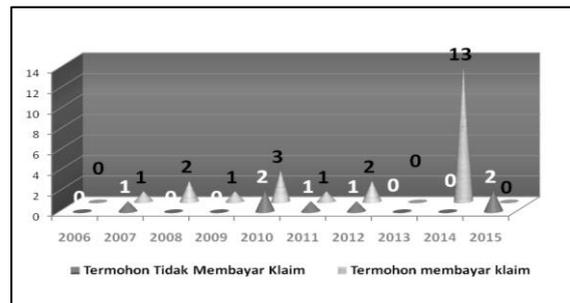
Gambar 1. 156 sengketa Asuransi Umum yang berhasil dimediasikan oleh BMAI mulai Tahun 2006-2015

57 sengketa dimana Pemohon menerima keputusan Termohon. 99 sengketa (63,5%) dimana Termohon melakukan peninjauan kembali atas keputusan penolakan pembayaran klaim atas tuntutan yang dilakukan oleh Pemohon.



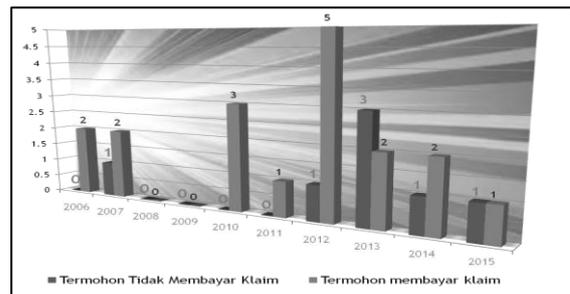
Gambar 2. 130 sengketa Asuransi Jiwa yang berhasil dimediasikan oleh BMAI mulai Tahun 2006-2015

50 sengketa dimana Pemohon menerima keputusan Termohon. 70 sengketa (53,8%) dimana Termohon melakukan peninjauan kembali atas keputusan penolakan pembayaran klaim atas tuntutan yang dilakukan oleh Pemohon.



Gambar 3. 30 sengketa Asuransi Umum yang berhasil diajudikasikan oleh BMAI mulai Tahun 2006-2015

7 sengketa dimana keputusan Termohon dibenarkan Majelis. 23 sengketa (76,7%) dimana Termohon diwajibkan Majelis Ajudikasi untuk membayar santunan (klaim) asuransi.



Gambar 4. 25 sengketa Asuransi Jiwa yang berhasil diajudikasikan oleh BMAI mulai Tahun 2006-2015

7 sengketa dimana keputusan Termohon dibenarkan Majelis. 18 sengketa (72%) dimana Termohon diwajibkan Majelis Ajudikasi untuk membayar santunan (klaim) asuransi.

Dari 577 jumlah sengketa yang diterima oleh BMAI terdapat 341 (59,1 %) sengketa yang dapat diselesaikan dengan baik melalui Mediasi dan Ajudikasi oleh BMAI, dimana terdapat 210 (61,6 %) sengketa mewajibkan Termohon meninjau kembali keputusannya dan atau memutuskan untuk membayar klaim asuransinya kepada Pemohon. Oleh karena itu, terdapat 40,9 % sengketa yang berada diluar yuridiksi BMAI dan atau terdapat beberapa sengketa dimana Pemohon yang menarik sengketaanya atau tidak melanjutkan penyelesaiannya melalui BMAI sebagai alternatif penyelesaiannya.

Tingginya angka (61,6 %) Termohon untuk meninjau kembali keputusannya dan atau memutuskan untuk membayar klaim asuransi kepada Pemohon, menunjukkan bahwa kurang profesionalnya pejabat yang memiliki kewenangan memutuskan untuk menolak dan atau membayar klaim asuransi seperti terlalu prematur dalam memutuskan penolakan pembayaran klaim asuransi dan atau melakukan proses *underwriting* saat klaim

terjadi, sehingga unsur adanya kecurangan lebih banyak dilakukan oleh pihak Termohon.

Mencermati tentang istilah curang (*fraud*) sangat beraneka ragam pengertian dan pemahaman, dan sangat tergantung pada permasalahannya. Dalam hal ini, aktivitas yang dapat dikategorikan fraudulent umumnya membutuhkan setidaknya 3 (tiga) elemen, yaitu adanya (Viaene, S. & Dedene, G., 2004:313-333): "*material misrepresentation*" (dalam bentuk penyembunyian, pemalsuan, atau berdusta yang sangat material); "maksud atau intensi" untuk menipu atau mengelabui; dan bertujuan untuk mendapatkan "*unauthorized benefit*" (manfaat tambahan).

Suatu sengketa dapat dikatakan memiliki unsur kecurangan jika ketiga elemen tersebut terpenuhi. Namun, ketiadaan salah satu atau lebih dari elemen-elemen tersebut bisa dikategorikan sebagai *abuse of insurance*, yaitu segala macam praktik yang menggunakan asuransi dengan cara-cara yang bertentangan dengan tujuan pokoknya atau hukum yang berlaku. Dengan demikian, konsep kecurangan dalam asuransi bisa didefinisikan secara luas hingga mencakup pula *abuse of insurance* dan dapat dipakai tanpa harus mengindikasikan konsekuensi hukum secara langsung².

Terlepas dari perdebatan menyangkut definisi kecurangan dalam asuransi (*insurance fraud*), aktivitas atau tindakan fraud itu sendiri merupakan produk dari motivasi dan peluang (Cohen, L. & Felson, M., 1979:588-608). Walau terdengar klise, sejauh ini motif paling lazim untuk melakukan kecurangan dalam asuransi adalah motif ekonomi (mendapatkan keuntungan finansial). Di luar itu, biasa dijumpai pula faktor-faktor motivasi psikologis, seperti 'kenikmatan' atau kesenangan yang didapatkan dari tindak kecurangan itu sendiri; kepuasan ego, prestise, dan rasa bangga; serta motif balas dendam. Lebih lanjut, *fraud* umumnya mengikuti peluang. Karakteristik pokok industri asuransi memang sangat rentan terhadap *fraud*. Information asymmetries menuntut semua pihak untuk saling mempercayai itikad baik satu sama lain. Dalam hal ini, banyak peluang atau celah yang secara alami terbuka bagi satu atau lebih pihak yang jelas-jelas memiliki insentif ekonomi untuk melakukan *fraud*, baik yang sifatnya oportunistik maupun terencana matang.

Oleh karena itu, *insurance fraud* dapat terjadi karena adanya niat atau motivasi untuk mendapatkan keuntungan finansial secara individu dan atau bersama-sama. Peluang *insurance fraud* hanya dapat dilakukan oleh orang-orang yang sangat memahami proses operasional atau teknis asuransi (data dan informasi) yaitu mulai dari proses *underwriting* sampai dengan terbitnya polis dan bentuk dari peristiwa yang dijamin dan tidak dijamin polis (luas jaminan) yang merupakan bagian dari proses klaim asuransi. *Insurance fraud* dapat meningkat menjadi kejahatan asuransi (*insurance crime*) dengan memiliki tujuan yang sama yaitu mendapatkan keuntungan *financial*. Kejahatan asuransi pada umumnya dilakukan oleh pihak-pihak yang memiliki kepentingan (*insurable interest*) terhadap obyek atau Tertanggung asuransi. Kecurangan dalam asuransi dapat diklasifikasikan berdasarkan tiga dimensi pokok, yaitu dari dimensi pelaku, waktu, dan perilaku (Ketut Sendra, 2009:35-39):

Dari dimensi Pelaku kejahatan (*fraudsters*), *insurance fraud* terdiri atas *internal fraud* yaitu kecurangan yang dilakukan para insider dalam industri asuransi, seperti *insurer*, agen, pialang, dan karyawan lainnya, dan *external fraud* merupakan kecurangan yang dilakukan pihak diluar Perusahaan Asuransi, seperti Tertanggung/Aplikasi, Pemegang Polis dan Termaalihat (*claimant*). Jika kecurangan ataupun kejahatan asuransi dilakukan secara bersama-sama (kolusi dan kolaborasi) oleh pihak-pihak internal perusahaan dengan pihak yang memiliki *insurable interest* terhadap obyek asuransi yang dipertanggungkan atau penyedia jasa pihak ketiga, maka akan mempersulit Perusahaan Asuransi untuk memverifikasi klaim asuransi dengan benar.

Dari dimensi Waktu, yaitu kecurangan yang dapat terjadi pada tahap-tahap proses asuransi yaitu: *Underwriting fraud* yaitu kecurangan dapat terjadi selama proses *underwriting coverage* dan perpanjangan kontrak asuransi. Termasuk di dalam jenis ini adalah *application fraud*, *premium fraud*, dan tindakan secara sengaja memanipulasi kontrak asuransi; *Claim fraud* yaitu pada saat proses klaim asuransi, dan pada tahap inilah yang merupakan jenis kecurangan yang paling sering terjadi, sehingga pada tahap inilah dikenal istilah *insurance fraud*, misalnya adanya pihak yang mengajukan klaim fiktif, menaikkan nilai klaim dalam batas yang tidak wajar, rekayasa klaim, dan seterusnya.

Dari dimensi Perilaku, yaitu dilihat dari niat atau motivasinya. Adapun kecurangan dalam hal ini terdapat: *Opportunistic fraud* atau *soft fraud* merupakan perilaku oportunistik negatif orang yang normalnya bersikap jujur. Tipe spesifik perilaku oportunistik dalam kategori ini tergantung sudut pandang *stakeholder* yang menilainya. Akan tetapi,

² Sebagaimana halnya konsep-konsep abstrak lainnya (contohnya, etika bisnis, ekuitas merek, tanggung jawab sosial perusahaan, dan seterusnya), hingga kini belum ada satu definisi universal yang diterima semua orang untuk konsep *insurance fraud*. Dalam salah satu pernyataannya, NIFF (National Insurance Fraud Forum) menegaskan bahwa "*Insurance fraud means many different things to different people. There is no universally understood definition of insurance fraud*".

umumnya tipe *fraud* yang satu ini mengacu pada tindakan *claimant* yang 'memanfaatkan kesempatan' untuk menaikkan nilai kerugian dari nilai sesungguhnya sewaktu mengajukan klaim; *Planned fraud* atau *hard fraud* yaitu kecurangan yang sudah direncanakan dan bahkan tindakannya dapat mengacu pada tindak kriminal, yang dapat dilakukan secara individual maupun jaringan fraud terorganisasi.

Peluang seseorang atau kolusi untuk melakukan kecurangan asuransi sangat memungkinkan terjadi. Oleh karena itu, bagaimana ketentuan Undang-undang Perasuransi mengatur tentang pencegahannya dan atau pemberian sanksinya, berikut akan dibahas terlebih dahulu tentang usaha perlindungan konsumen asuransinya.

Perlindungan Konsumen dan Permasalahan

Perlindungan Konsumen (UU No. 8 Tahun 1999) dan permasalahannya. Lahirnya UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen bertujuan (Pasal 3) untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemandirian konsumen untuk melindungi diri; mengangkat harkat dan martabat konsumen dengan cara menghindarkannya dari eksekusi *negative* pemakaian barang dan/atau jasa; meningkatkan pemberdayaan konsumen dalam memilih, menentukan, dan menuntut hak-haknya sebagai konsumen; menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung unsur kepastian hukum dan keterbukaan informasi serta akses untuk mendapatkan informasi; menumbuhkan kesadaran pelaku usaha mengenai pentingnya perlindungan konsumen sehingga tumbuh sikap yang jujur dan bertanggung jawab dalam berusaha; meningkatkan kualitas barang dan/atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang dan/atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen.

Hak dan Kewajiban para pihak. Berdasarkan tujuan dari lahirnya UU Perlindungan Konsumen di atas, maka perlu diatur apa yang menjadi hak dan kewajibannya, pada Pasal 4 mengatur tentang hak Konsumen yaitu hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa; hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan; hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut; hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen; hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif; hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya; dan Pasal 5, mengatur tentang kewajibannya yaitu: membaca atau mengikuti petunjuk informasi dan prosedur

pemakaian atau pemanfaatan barang dan/atau jasa, demi keamanan dan keselamatan; beritikad baik dalam melakukan transaksi pembelian barang dan/atau jasa; Mengikuti perlindungan konsumen secara patut.

Berdasarkan ketentuan Pasal 5 (a) di atas, bahwa dalam jasa Asuransi, Konsumen Asuransipun berkewajiban untuk membaca dan memberikan keterangan yang jujur dan akurat pada aplikasi asuransi sebelum aplikasi tersebut ditandatangani. Demikian pula wajib membaca isi polis dengan tujuan untuk membuktikan apakah polis yang diterimanya sesuai dengan yang ditawarkan oleh Pelaku Usaha dan atau yang diminta melalui lembar aplikasi asuransi (SPAJ/SPPA) yang ditandatangani.

UU Perlindungan Konsumen ini juga mengatur tentang Hak dan Kewajiban Pelaku Usaha, pada Pasal 6 mengatur tentang haknya yaitu: hak; hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dari tindakan konsumen yang beritikad tidak baik; hak untuk melakukan pembelaan diri sepatutnya di dalam penyelesaian hukum sengketa konsumen; hak; hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya; dan Pasal 7 mengatur tentang kewajibannya yaitu: beritikad baik dalam melakukan kegiatan usahanya; memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan; memberlakukan atau melayani konsumen secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif; Menjamin; memberikan kesempatan kepada konsumen untuk menguji yang diperdagangkan (dalam usaha asuransi dikenal dengan istilah masa *free look* atau *examination provision* atau masa untuk itu tertanggung/pemilik polis harus dapat memanfaatkan kebebasan untuk melihat dan membaca kebenaran isi atau materi kontrak asuransi yang telah disepakatinya) (Harriett E. Jones, JD., 1999:164-165;

Larangan bagi Pelaku Usaha. Pelaku usaha dilarang memproduksi dan atau memperdagangkan barang dan/atau jasa (Pasal 8 (1) f): yang tidak sesuai dengan janji yang dinyatakan dalam label, etiket, keterangan, iklan, atau promosi penjualan barang dan/atau jasa tersebut. Dalam usaha asuransi khususnya dalam penjualan produk asuransi pada umumnya penjualan menggunakan brosur, leaflet, ilustrasi, dan keterangan lain sebagai alat peraga penjualan (*sales kits* dan *sales talk*) yang diharapkan dapat mendukung kelancaran proses penjualan. Oleh karena itu semua peraga dan alat penjualan diharapkan tidak terjadi penyimpangan atau diharapkan sesuai dengan kondisi produk yang dibelinya.

Pelaku usaha dilarang menawarkan, mempromosikan, mengiklankan suatu barang dan/atau jasa secara tidak benar, dan/atau seolah-olah (Pasal 9 ayat (1) k): menawarkan sesuatu yang mengandung janji yang belum pasti. Larangan Pencantuman Klausula Baku atau eksonerasi (Mariam Darus Badruzaman, 1995:71), pada Pasal 18 (1): mengatur bahwa Pelaku Usaha dalam menawarkan barang dan/atau jasa yang ditujukan untuk diperdagangkan dilarang membuat atau mencantumkan klausula baku pada setiap dokumen dan/atau perjanjian apabila: menyatakan pengalihan tanggung jawab Pelaku Usaha; secara angsuran; Ayat (2) Pelaku Usaha dilarang mencantumkan klausula baku yang letaknya yang pengungkapannya sulit dimengerti; Ayat (3) Setiap klausula baku yang telah ditetapkan memenuhi ketentuan pada ayat (1) dan ayat (2) dinyatakan batal demi hukum; Ayat (4) Pelaku Usaha wajib menyesuaikan klausula baku yang bertentangan dengan Undang-undang ini.

Tujuan diberlakukannya UU Perlindungan Konsumen ini memiliki tujuan yang sangat baik agar pengguna produk dan/atau jasa dapat terlindungi. Akan tetapi permasalahannya adalah: apakah UU ini lebih menekankan pada pemberian perlindungan kepada konsumen pengguna produk nyata atau kepada produk nyata dan jasa?, jika diperhatikan dari aspek larangannya lebih memprioritaskan untuk Pelaku Usaha yang memproduksi dan menjual barang nyata dan/atau layanannya. Masalahnya bagaimana bagi pelaku usaha yang menawarkan jasa dan/atau layanannya, seperti yang diterapkan pada jasa keuangan Asuransi, yang pada umumnya bersifat adhesif (baku atau standar). Oleh karena penggunaan klausula ini, sebagai suatu kebutuhan dan tuntutan dalam masyarakat dunia usaha yang membutuhkan efisiensi di dalam aktivitasnya, bahkan menunjukkan gejala-gejala peningkatan sebagai dampak globalisasi dunia.

Perlindungan Konsumen (UU No. 40 Tahun 2014) dan permasalahannya. Perlindungan Konsumen yang diatur dalam POJK. Bentuk perlindungan hukum bagi konsumen adalah dengan melindungi hak-hak konsumen. Walaupun sangat beragam, secara garis besar hak-hak konsumen dapat dibagi dalam 3 (tiga) hak yang menjadi prinsip dasar, yaitu:³ Hak yang dimaksudkan untuk mencegah konsumen dari kerugian, baik kerugian personal, maupun kerugian harta kekayaan; Hak untuk memperoleh barang dan/atau jasa dengan

harga yang wajar; dan Hak untuk memperoleh penyelesaian yang patut terhadap permasalahan yang dihadapinya.

Perlindungan Konsumen pada jasa keuangan diatur pada Pasal 31, UU No. 21 Tahun 2011 tentang OJK, yang lebih lanjut akan diatur dalam Peraturan OJK (POJK). Adapun yang dimaksud “Konsumen” dalam jasa keuangan adalah pihak-pihak yang mendapatkan dananya dan/atau memanfaatkan pelayanan yang tersedia di LJK antara lain nasabah pada perbankan, pemodal di pasar modal, pemegang polis pada perasuransian, dan peserta pada dana pension, berdasarkan peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan (Pasal 1 ayat 2), sedangkan yang dimaksud dengan “Perlindungan konsumen” adalah perlindungan terhadap konsumen dengan cakupan perilaku pelaku usaha Jasa keuangan (Ayat 3). Sedangkan Konsumen Asuransi adalah pihak-pihak yang membayar premi dan/atau memanfaatkan pelayanan yang tersedia dari perusahaan perasuransian.

Adapun yang dimaksud dengan “Perasuransian” adalah usaha perasuransian yang bergerak di sektor usaha asuransi, yaitu jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi memberikan perlindungan kepada anggota masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang, usaha reasuransi, dan usaha penunjang usaha asuransi yang menyelenggarakan jasa keperantaraan, penilaian kerugian asuransi dan jasa aktuaria, sebagaimana dimaksud dalam undang-undang mengenai usaha perasuransian (Pasal 1 ayat 7).

Oleh karena Usaha Perasuransian sebagai lembaga pengakumulasi dana masyarakat dalam bentuk premi asuransi dan memberikan perlindungan kepada anggota masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang, maka Perusahaan asuransi berhak untuk memastikan adanya itikad baik Konsumen dan mendapatkan informasi dan/atau dokumen mengenai Konsumen yang akurat, jujur, jelas, dan tidak menyesatkan (Pasal 3). Artinya Penanggung yang harus berhati-hati dalam menerima risiko calon Tertanggung yang dijaminnya, yang sangat berbeda dengan kontrak yang menerapkan asas itikad baik dalam jual-beli produk nyata (*tangible product*) yang memberlakukan doktrin “*caveat emptor*” atau “*let the buyer be ware*” artinya bahwa “pembelilah yang harus berhati-hati” sebelum melakukan pembelian atas suatu barang dan jasa (Ketut Sendra, 2009:5). Sedangkan dalam kontrak asuransi pemenuhan prinsip “itikad baik yang sempurna”

³ Abdul Halim Barkatullah, (2010), *Hak-hak Konsumen*, Bandung: Nusamedia, Hal. 25 kutipan dari Ahmadi Miru, (2000), Disertasi “*Prinsip-prinsip Perlindungan Hukum Bagi Konsumen di Indonesia*”, Surabaya: Pascasarjana Universitas Airlangga, Hal. 140.

(*Utmost Good Faith*) oleh Konsumen asuransi menjadi hal yang sangat material sesuai yang diatur pada Pasal 251 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD)⁴. Artinya Konsumen Asuransi wajib memberikan informasi dan/atau dokumen yang diperlukan Perusahaan Asuransi, demikian juga para pihak dalam mengadakan kontrak wajib menerapkan prinsip itikad baik (Pasal 1338 ayat 3 Kitab Undang-undang Hukum Perdata)⁵.

Pelaku Usaha Asuransi tidak dapat hanya dapat memastikan bahwa informasi dan/atau dokumen yang diberikan pada aplikasi asuransi (SPAJ/SPPA) yang ditandatangani oleh Konsumen sebagai sumber informasi yang akurat, jujur, jelas dan tidak menyesatkan, apalagi aplikasi tersebut dikondisikan dan/atau dicetak oleh pihak Pelaku Usaha. Oleh karena itu, Pelaku Usaha (*Underwriter*) berkewajiban memastikan yaitu dengan memeriksa kelengkapan dan kebenaran pengisian aplikasi, melakukan rekonfirmasi kepada calon konsumen, meminta kepastian dan kejujuran pengisian aplikasi tersebut. Artinya Jangalah melakukan underwriting pada saat klaim asuransi terjadi. Oleh karena, lemahnya posisi tawar konsumen harus dilindungi oleh hukum. Hal ini dikarenakan oleh salah satu sifat sekaligus tujuan hukum yaitu memberikan perlindungan (pengayoman) kepada masyarakat (Shidarta, (2004:112). Perlindungan hukum kepada masyarakat tersebut harus diwujudkan dalam bentuk kepastian hukum yang menjadi hak konsumen (Edmon Makarim, 2003:242).

Jika para pihak dapat melaksanakan perjanjian atau kontrak asuransi dengan penuh itikad baik, maka perjanjian berjalan sesuai dengan tujuan. Artinya Pelaku Usaha Jasa Keuangan wajib menyediakan dan/atau menyampaikan informasi mengenai produk dan/atau layanan yang akurat, jujur, jelas, dan tidak menyesatkan (Pasal 4 ayat 1, POJK No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan). Demikian juga bahwa Pialang atau Agen Asuransi dalam menjalankan kegiatannya harus memberikan keterangan yang benar dan jelas kepada calon tertanggung tentang program Asuransi yang

dipasarkan dan ketentuan isi polis, termasuk mengenai hak dan kewajiban calon Tertanggung (Pasal 24 ayat 1, dan Pasal 27 ayat 4, PP No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian). Demikian juga Perusahaan dan/atau perusahaan Pialang asuransi wajib menyampaikan informasi yang akurat, jelas, jujur, dan tidak menyesatkan mengenai produk asuransi kepada calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau peserta sebelum calon memutuskan untuk melakukan penutupan asuransi dengannya, serta wajib menyelesaikan setiap keluhan terkait produk asuransi yang diajukan oleh pihak Konsumennya (Pasal 53, POJK No. 23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi). Artinya itikad baik Pelaku Usaha wajib ditegakkan sebelum (penawaran), saat (aplikasi diakseptasi menjadi polis) dan sesudah perjanjian (*after sales service*). Jika itikad baik ini dilakukan dengan baik oleh Pelaku Usaha, maka pertanggung dan perlindungan terhadap konsumen dapat berjalan efektif.

Perlindungan Konsumen yang diatur dalam UU Perasuransian. Perusahaan asuransi, syariah, reasuransi, reasuransi syariah wajib membentuk Dana Jaminan dalam bentuk dan jumlah yang ditetapkan oleh OJK, dan besarnya wajib disesuaikan jumlahnya dengan perkembangan usaha, dengan ketentuan tidak kurang dari yang dipersyaratkan pada sejak awal pendirian, dan dilarang digunakan atau dianggunkan atau dibebani dengan hak apapun, serta hanya dapat diindahkan atau dicairkan setelah mendapat persetujuan OJK. Perihal Dana Jaminan akan diatur lebih lanjut dalam POJK (Pasal 20).

Pendistribusian produk asuransi pada umumnya dilakukan oleh Agen Asuransi selain melalui distribusi lainnya. Oleh karena itu, UU Perasuransian (UU No. 40 Tahun 2014) dalam Perlindungan Konsumennya mengatur lebih banyak tentang kewajibannya, yaitu bahwa "Agen Asuransi, pialang Asuransi, Pialang Reasuransi, dan Perusahaan Perasuransian wajib menerapkan segenap keahlian, perhatian, dan kecermatan dalam melayani atau bertransaksi dengan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta; wajib memberikan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta mengenai risiko, manfaat, kewajiban dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi atau produk asuransi syariah yang ditawarkan; dan Perusahaan Asuransi, asuransi syariah, perusahaan reasuransi, reasuransi syariah, perusahaan pialang asuransi, dan pialang reasuransi, wajib menangani klaim dan keluhan melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil; serta Perusahaan Asuransi, asuransi syariah, perusahaan reasuransi, reasuransi

⁴ Pasal 251 KUHD, mengatur bahwa: "Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun itikad baik ada padanya, yang demikian sifatnya, sehingga, seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggung".

⁵ Pasal 1338 (3) KUHPerdata mengatur bahwa "persetujuan-persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik".

syariah dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan sehingga mengakibatkan keterlambatan penyelesaian atau pembayaran klaim (Pasal 31).

Perusahaan Asuransi, asuransi syariah, dan perusahaan pialang asuransi wajib menerapkan kebijakan anti pencucian uang dan pencegahan pendanaan terorisme; dan wajib mendapatkan informasi yang cukup mengenai Calon Pemegang Polis, Tertanggung, Peserta atau pihak lain yang terkait dengan penutupan asuransi atau asuransi syariah untuk dapat menerapkan kebijakan anti pencucian uang dan pencegahan pendanaan terorisme; serta Ketentuan lebih lanjut mengenai menerapkan kebijakan anti pencucian uang dan pencegahan pendanaan terorisme bagi Perusahaan Asuransi, asuransi syariah, dan perusahaan pialang asuransi diatur dalam POJK (Pasal 32)⁶.

Butir 2 dan butir 3 di atas, mengatur mengenai bentuk perlindungan konsumen asuransinya yaitu dengan menerapkan itikad baiknya yang sempurna dalam memasarkan produknya sampai dengan penyelesaian atau pembayaran klaim asuransi. Permasalahannya adalah apakah agen asuransi mampu menjalankan fungsinya sebagai pemasar atau penjual yang benar, padahal agen dibebankan pada pencapaian target. Demikian juga apakah bagian Underwriting telah menjalankan proses underwrite dan seleksi risiko dengan efektif tanpa tekanan adanya tekanan pihak marketing, serta professional bagian claim assessment dalam menentukan keputusannya. Artinya ada peran *survey* dan *investigator* klaim, serta peran provider Pelayanan Kesehatan, Bengkel, *Ajuster* dan pihak ketiga lainnya.

Perusahaan asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah wajib menjadi peserta program penjaminan polis, dan penyelenggaraan program ini akan diatur lebih lanjut melalui Undang-undang (Pasal 53). Butir 1 dan butir 4, mengatur bahwa perusahaan perasuransian diwajibkan menjadi peserta program penjaminan polis, sebagai bentuk perlindungan konsumen asuransi, jika dikemudian hari perusahaan asuransi tidak mampu memenuhi kewajibannya untuk menyelesaikan atau membayarkan manfaat kepada konsumennya. Untuk tahap awalnya regulator telah menerbitkan POJK sebagaimana yang diatur dalam Pasal 24 ayat (1)⁶, POJK No. 28/POJK.05/2015 tentang Pembubaran, Likuidasi, dan Kepailitan Perusahaan

Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Asuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah. Perlu segera aturan yang mengatur tentang penjaminan polis atau Lembaga Penjamin Polis Asuransi (LPPA), sehingga Konsumen memiliki perlindungan yang cukup atas polis-polis yang dibelinya, jika perusahaan asuransinya atau penanggungnya dicabut izin usahanya atau dilikuidasi, seperti Lembaga Penjaminan Simpanan (LPS) yang sudah berjalan pada jasa keuangan perbankan, atau ruang lingkup LPS dapat dikembangkan menjadi penjamin polis atau premi asuransi dan penjamin pada jasa keuangan lainnya.

Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah wajib menjadi anggota lembaga mediasi yang berfungsi melakukan penyelesaian sengketa antara Perusahaan Asuransi, asuransi syariah, perusahaan reasuransi, reasuransi syariah dan Pemegang Polis, Tertanggung, Peserta, atau pihak lain yang berhak memperoleh manfaat asuransi (Pasal 54)

Setiap orang yang dengan sengaja tidak memberikan informasi atau memberikan informasi yang tidak benar, palsu, dan/atau menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau peserta dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan pidana denda paling banyak lima milyar rupiah (Pasal 75).

Setiap orang yang menggelapkan premi atau kontribusi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat 5 (Agen asuransi dilarang menggelapkan premi atau kontribusi) dan Pasal 29 ayat 4 (perusahaan pialang asuransi dan perusahaan pialang reasuransi dilarang menggelapkan premi atau kontribusi) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan pidana denda paling banyak lima milyar rupiah (Pasal 76).

Butir 6 dan butir 7 diatas, merupakan bentuk ketentuan yang mengatur tentang perlindungan Konsumen Asuransi, jika suatu perbuatan yang dilakukan oleh orang-orang yang menjadi bagiannya (agen asuransinya, karyawannya dan pihak-pihak yang menjadi bagiannya, atau orang yang berada pada lembaga penunjang diluar perusahaan asuransi sebagai distribusi produk asuransi dapat dikenakan sanksi pidana, apabila perbuatannya dapat diklasifikasikan sebagai perbuatan yang melanggar ketentuan pasal tersebut. Permasalahannya bagaimana jika Konsumen tidak dapat membuktikan bahwa Agen asuransi telah dengan sengaja melakukan tindakan untuk tidak memberikan informasi yang tidak benar, palsu, dan/atau menyesatkan, misalnya: calon konsumennya hanya diminta tandatangan pada kolom yang disediakan pada SPAJ/SPPA, Tidak dijelaskannya produk yang dibelinya dengan benar

⁶ Pasal 24 ayat (1) mengatur bahwa: "*Hak Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta atas pembagian harta kekayaan Perusahaan dalam Likuidasi mempunyai kedudukan yang paling tinggi daripada hak pihak lain*".

artinya kurang memahami hal-hal yang dijamin polis dan/atau yang dikecualikan, dan lain-lain.

Ada beberapa kewajiban lain yang wajib dilakukan oleh Pelaku Usaha, antara lain:

Pelaku Usaha Jasa Keuangan wajib menyampaikan informasi kepada Konsumen tentang penerimaan, penundaan atau penolakan permohonan produk dan/atau layanan; demikian juga wajib menyampaikan alasan penundaan atau penolakan kecuali diatur lain oleh peraturan perundang-undangan (Pasal 6, POJK No. 1/POJK.07/2013).

Artinya Pelaku Usaha wajib menyampaikan informasi kepada konsumen perihal aplikasi dan/atau premi asuransi sudah diterima, informasi tentang adanya “addendum polis” berikut alasannya, penerimaan dokumen klaim berikut alasannya penundaan keputusannya, informasi persetujuan pembayaran klaim berikut alasannya dan/atau penolakan berikut alasannya, serta sebagai wujud pelayanan, Pelaku Usaha dapat memberikan akses dan/atau memberikan informasi kepada Konsumen jika membutuhkan penjelasan lebih lanjut dan/atau pengaduan untuk dapat menyelesaikan sengketanya (Pasal 5 dan prinsip dasar diberlakukannya perlindungan konsumen sesuai yang diatur Pasal 2 Peraturan ini).

Pelaku Usaha wajib menggunakan istilah, frasa, dan/atau kalimat yang sederhana dalam Bahasa Indonesia yang mudah dimengerti oleh Konsumen dalam setiap dokumen yang: memuat hak dan kewajiban Konsumen; dapat digunakan Konsumen untuk mengambil keputusan; dan memuat persyaratan dan dapat mengikat Konsumen secara hukum (Pasal 7, POJK No. 1/POJK.07/2013).

Jika dalam kontrak asuransi terdapat ketentuan yang memberikan multi tafsir, maka penafsiran yang dilakukan oleh tertanggung dalam kontrak-kontrak baku akan menjadi rujukan, sesuai asas penafsiran isi kontrak yang berlawanan atau *contra proferentem* (Abdul Halim Barkatullah, 2010:68-71), yang telah diatur dalam hukum positif. Asas *contra proferentem* atau asas penafsiran isi perjanjian yang berlawanan ini diatur pada Bagian ke empat, mulai Pasal 1342 KUH Perdata sampai dengan Pasal 1351 KUH Perdata, yang mengatur tentang penafsiran suatu perjanjian. Pada Pasal 1349 KUH Perdata mengatur tentang adanya keragu-raguan⁷. Asas penafsiran isi kontrak yang berlawanan (*contra proferentem*) dalam penafsiran kontrak baku diatur dalam hukum positif. Artinya jika syarat kontrak yang diajukan oleh salah satu

pihak tidak jelas, maka penafsiran yang berlawanan dengan pihak tersebut harus didahulukan (Abdul Halim Barkatullah, 2010:68-71).

Pasal ini memiliki korelasi dengan ketentuan yang diatur atau dipersyaratkan pada SPAJ atau SPPA (aplikasi asuransi), artinya aplikasi asuransi tersebut menjadi dasar dari pertanggung, jika Konsumen salah dan/atau tanpa sengaja melakukan kesalahan dalam mengisi dan atau memberikan keterangan pada aplikasi tersebut yang dapat dilakukan karena kekurangpahaman dalam mengisi dan/atau karena atas petunjuk yang salah dilakukan oleh perantara/agen dari Pelaku Usaha karena dengan tujuan untuk mencapai target penjualan dapat menyebabkan memposisikan Konsumen asuransi pada posisi yang sangat lemah.

Pada umumnya calon Konsumen tidak pernah menyadari dan tidak pernah mengetahui bahwa terdapat ketentuan yang dapat menghilangkan dan/atau membatasi hak-hak Konsumen, yaitu pada aplikasi asuransi pada bagian “Kuasa dan Pernyataan Pemegang Polis/Tertanggung”⁸. Pada Pasal 11, POJK No. 1/POJK.07/2013 mengatur bahwa: sebelum Konsumen menandatangani dokumen dan/atau perjanjian produk dan/atau layanan, Pelaku Usaha wajib menyampaikan dokumen yang berisi syarat dan ketentuan produk dan/atau layanan kepada Konsumen, yang memuat rincian biaya, manfaat, dan risiko, serta prosedur pelayanan dan penyelesaian pengaduan di Pelaku Usaha.

Demikian juga Pelaku Usaha wajib menyusun dan menyediakan ringkasan informasi produk dan/atau layanan yang dibuatkan secara tertulis (Pasal 8); dan Pelaku Usaha wajib untuk memberikan pemahaman kepada Konsumen mengenai hak dan kewajibannya (Pasal 9); serta Pelaku Usaha wajib memberikan informasi mengenai biaya yang harus ditanggung konsumen (Pasal 10).

Konsumen berhak memutuskan atau tidak menyetujui adanya perubahan terhadap persyaratan produk dan/atau layanan tanpa dikenakan ganti rugi apapun. Informasi tersebut wajib diberitahukan kepada Konsumen paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berlakunya perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan atas produk

⁷ Pasal 1349 KUH Perdata, mengatur bahwa: “Jika ada keragu-raguan, maka suatu perjanjian harus ditafsirkan atas kerugian orang yang telah meminta diperjanjikannya sesuatu hal, dan untuk keuntungan orang yang telah mengikatkan dirinya untuk itu” .

⁸ Ada beberapa Pelaku Usaha Asuransi yang mencantumkan ketentuan kuasa dan pernyataan konsumen, seperti: “Saya sebagai Calon Pemegang Polis/Tertanggung telah mendapatkan penjelasan dari agen Pelaku Usaha dengan jelas, jujur dan akurat, serta dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan mengisi sendiri aplikasi asuransi dengan benar, jujur dan akurat, jika dikemudian hari.....”.

dan/atau layanan Pelaku Usaha (Pasal 12 ayat (2), POJK No. 1/POJK.07/2013).

Mewajibkan Pelaku Usaha dapat memenuhi keseimbangan, keadilan, dan kewajaran dalam pembuatan perjanjian dengan Konsumen. Artinya Pelaku Usaha dilarang menggunakan strategi pemasaran produk dan/atau layanan yang merugikan Konsumen dengan memanfaatkan kondisi Konsumen yang tidak memiliki pilihan lain dalam mengambil keputusan (Pasal 17) seperti: pembelian polis asuransi untuk menjamin kepentingan Pelaku Usaha Perbankan dalam kredit perumahan; pembelian polis asuransi kendaraan dan/atau personal accidental untuk menjamin kepentingan Pelaku Usaha Pembiayaan, dan lain sebagainya. Dilarang melakukan penawaran produk dan/atau layanan kepada Konsumen dan/atau masyarakat melalui sarana komunikasi pribadi (*email, short message system (sms), dan voice mail*) tanpa persetujuan Konsumen (Pasal 21, POJK No. 1/POJK.07/2013)

Adanya kewajiban dan larangan lainnya yang wajib dilaksanakan Pelaku Usaha Jasa Keuangan Asuransi yang diatur pada POJK No. 23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi, yaitu:

Dilarang mencantumkan suatu ketentuan di polis asuransi yang dapat ditafsirkan: bahwa Pemegang Polis, Tertanggung, atau peserta tidak dapat melakukan upaya hukum sehingga Pemegang Polis, Tertanggung, atau peserta harus menerima penolakan pembayaran klaim; dan/atau sebagai pembatasan upaya hukum bagi para pihak dalam hal terjadi perselisihan mengenai ketentuan polis asuransi (Pasal 17).

Mengharuskan polis asuransi yang mengatur mengenai penyelesaian perselisihan memuat penyelesaian sengketa yaitu diluar pengadilan dan melalui pengadilan, dan mengharuskan atas perjanjian asuransi yang dilakukan di luar pengadilan, memberikan pilihan alternatif penyelesaian sengketa yaitu melalui lembaga alternatif penyelesaian sengketa (LAPS) sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai LAPS di sektor jasa keuangan, serta tidak boleh membatasi pilihan pengadilan hanya pada pengadilan negeri di tempat kedudukan perusahaan (Pasal 18).

Mengharuskan polis asuransi ditulis dengan jelas sehingga dapat dibaca dengan mudah dan dimengerti oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, dan mengharuskan apabila terdapat perumusan yang dapat ditafsirkan sebagai: pengecualian atau pembatasan penyebab risiko yang ditutup berdasarkan polis asuransi yang bersangkutan, dan/atau; pengurangan, pembatasan, atau pembebasan kewajiban perusahaan, maka bagian perumusan dimaksud harus ditulis atau

dicetak dengan huruf tebal atau miring sehingga dapat dengan mudah diketahui adanya pengecualian atau pembatasan penyebab risiko atau adanya pengurangan, pembatasan, atau pembebasan kewajiban perusahaan (Pasal 19).

Mengharuskan setiap polis asuransi yang diterbitkan dan dipasarkan di wilayah hukum Indonesia dibuat dalam bahasa Indonesia, dan dalam hal diperlukan dapat diterbitkan dalam bahasa asing atau bahasa daerah berdampingan dengan bahasa Indonesia (Pasal 20).

Mengharuskan polis asuransi dalam bentuk digital/elektronik (kecuali *hardcopy*) memperoleh persetujuan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta (Pasal 21).

Mewajibkan perusahaan asuransi dalam memasarkan produk asuransi kumpulan menerbitkan bukti kepesertaan bagi masing-masing Tertanggung/peserta asuransi (Pasal 22).

Pelaku Usaha Perasuransian, sebagai pengakumulasi dana masyarakat dalam bentuk premi asuransi, wajib menyelenggarakan usahanya memenuhi tata kelola perusahaan yang baik (POJK No. 2/POJK.05/2014) dengan upaya untuk meningkatkan kualitas dan memperkuat industri perasuransian nasional. Demikian juga dalam rangka mewujudkan sektor jasa keuangan non-bank yang sehat dan akuntabel, diperlukan sistem pengawasan yang efektif oleh OJK, maka untuk mewujudkan sistem pengawasan yang efektif diperlukan beberapa persyaratan instrumen penilaian tingkat risiko bagi lembaga jasa keuangan (LJK) non-bank guna menentukan prioritas dan intensitas pengawasan, oleh karena itu, perlu melakukan penilain tingkat risiko perusahaan sebagai bagian dari manajemen risiko (POJK No. 10/POJK.05/2014 tentang Penilaian Tingkat Risiko LJK Non-Bank). Demikian juga bagi perusahaan konglomerasi wajib melaksanakan Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi bagi Konglomerasi Keuangan (POJK No. 17/POJK.03/2014) dan termasuk didalam yaitu Penerapan Tata Kelola Terintegrasi bagi Konglomerasi Keuangan (POJK No. 18/POJK.03/2014).

PENUTUP KESIMPULAN

Perusahaan asuransi adalah salah satu perusahaan jasa keuangan pengakumulasi dana masyarakat yang diperoleh atau didapatkan dari premi yang dibayarkan konsumennya, oleh karena itu perusahaan asuransi dalam menyelenggarakan usahanya wajib memenuhi ketentuan Tata Kelola Perusahaan yang baik bagi Perusahaan Perasuransian (*good corporate governance*) sesuai POJK No. 2 POJK.05/ 2014, dan dapat memberikan perlindungan terhadap konsumennya (POJK No. 1/POJK.07/2013). Oleh karena itu,

hadirnya OJK (UU No. 21 Tahun 2011, tanggal 22-11-2011) dan peraturan pelaksanaannya dapat benar-benar memiliki fungsi, tugas, dan wewenang pengaturan dan pengawasan secara terpadu, independen, dan akuntabel. Demikian juga dengan hadirnya UU No. 40 Tahun 2014 (tanggal 17 Oktober 2014) tentang Perasuransian diharapkan agar industri perasuransian dapat berkembang secara sehat, dapat diandalkan, amanah, dan kompetitif akan meningkatkan perlindungan bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, serta mendorong Pembangunan Nasional. Oleh karenanya, peraturan pelaksanaannya agar segera dilengkapi dan harus terpenuhi dalam kurun waktu 2,5 tahun terhitung UU ini diundangkan, dengan tujuan agar perlindungan terhadap konsumennya sebagai pengguna produk dan/atau layanannya, terselenggara secara teratur, adil, transparan, dan akuntabel, serta mampu mewujudkan sistem keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil, serta mampu melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat.

Sebagai bentuk dan usaha atau layanan Pelaku usaha terhadap konsumennya, mengharuskan Pelaku Usaha dapat meningkatkan peran unit kerja (*Internal Dispute Resolution*) dan/atau fungsi untuk menangani dan menyelesaikan pengaduan yang diajukan konsumennya sesuai yang diatur Pasal 36 ayat (1), POJK No. 1/POJK.07/2013, sehingga pelayanan terhadap konsumennya dapat ditingkatkan, dan berusaha untuk menghindarkan dari praktek atau kecurangan (*fraud*) dalam Asuransi. Jika sengketa asuransipun tidak dapat dihindari agar Pelaku Usaha Perasuransian dapat memberikan alternatif penyelesaian melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI), sehingga konsumen asuransi terus mendapatkan pelayanan yang berkesinambungan.

Bahwa tujuan perusahaan akan tercapai jika perusahaan dikelola dengan baik dan sesuai dengan harapan yang ditetapkannya. Oleh karena itu, membangun perusahaan yang berkinerja baik dan memenangkan persaingan adalah perusahaan yang berfokus pada kepuasan dan membangun loyalitas konsumennya. Bagaimana dapat membangun kepuasan dan loyalitas konsumen, salah satunya perhatikan dan fokus terhadap perlindungan konsumennya sebagai pengguna produk dan/atau layanannya. Berdasarkan data BMAI (2006–2015) menunjukkan bahwa tingginya angka (61,6%) Termohon untuk meninjau kembali keputusannya dan atau memutuskan untuk membayar klaim asuransi kepada Pemohon, menunjukkan bahwa kurang profesionalnya pejabat yang memiliki kewenangan memutuskan untuk menolak dan atau membayar klaim asuransi, sehingga unsur adanya kecurangan lebih banyak dilakukan oleh pihak Termohon.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Halim Barkatullah, (2010), Hak-hak Konsumen, Bandung: Nusa Media.
- Balaji, L. (2002), “Insurers tackle fraud with technology”, *Risk Management*, Vol. 49, No. 10 (October).
- Cohen, L. and Felson, M. (1979), “Social change and crime rate trends: A routine activity approach”, *American Sociological Review*, Vol. 44, No. 4.
- Dornstein, K. (1996), *Accidentally, on Purpose: The Making of a Personal Injury Underworld in America*. New York: St. Martin’s Press.
- Edmon Makarim, (2003), *Kompilasi Hukum Telematika*, Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Jones, Harriett E. & Dani L. Long, (1999), *Principles of Insurance: Life, Health, and Annuities*, Atlanta Georgia: LOMA.
- Ketut Sendra, (2009), *Klaim Asuransi GAMPANG*, Jakarta: Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) dan PPM.
- Ketut Sendra, Kornelius Sianjuntak & Frans Lamury, (2016), *Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia, 10 Tahun Berkiprah dan Tantangannya ke Depan*, Jakarta: LP3I STIMRA-LPAI & BMAI.
- Kurland, O.M. (1992), “Combating insurance fraud”, *Risk Management*, Vol. 39, No. 7 (July).
- Mariam Darus Badruzaman, (1995), *Aneka Hukum Bisnis*, Bandung: Alumni.
- O’Rourke, M. (2003), “Tolerating insurance fraud”, *Risk Management*, Vol. 50, No. 11 (November).
- R.Subekti, (1976), *Aspek-aspek Hukum Perikatan Nasional*, Bandung: Alumni.
- R.Subekti, & R. Tjitrosudibio, (1999), *Kitab Undang-undang Hukum Perdata*, Edisi Revisi, Jakarta: Pradnya Paramita.
- R. Subekti, & R. Tjitrosudibio, (1999), *Kitab Undang-undang Hukum Dagang dan Undang-undang Kepailitan*, Jakarta: Pradnya Paramita.
- Shidarta, (2004), *Hukum Perlindungan Konsumen Indonesia*, Edisi Revisi, Jakarta: Grasindo.
- Sri Redjeki Hartono, (2001), *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, Cetakan kedua, Jakarta: Sinar Grafika.
- Sutan Remy Sjahdeni, (2009), *Kebebasan Berkontrak dan Perlindungan Yang Seimbang Bagi Para Pihak Dalam Perjanjian Kredit Bank Di Indonesia*, Jakarta: Grafiti.
- Viaene, S. & Dedene, G. (2004), “Insurance fraud: Issues and challenges”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 29, No. 2 (April).

Peraturan Perundang-undangan:

Indonesia, Undang-Undang Dasar 1945 Hasil Amandemen Dengan Penjelasannya, Jakarta: Kawan Pustaka, 2009.

Indonesia, Undang-undang Republik Indonesia No. 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan, LN RI Tahun 2011, No. 111. Tambahan LN RI No. 5253.

Indonesia, Undang-undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, LN RI Tahun 2007, No. 106. Tambahan LN RI No. 4756.

Indonesia, Undang-undang Republik Indonesia No: 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, LN RI No. 42 Tahun 1999, Tambahan LN No. 3821.

Indonesia, Peraturan Pemerintah tentang perubahan Pertama Peraturan Pemerintah No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, PP No. 63 Tahun 1999, LN RI No. 118 Tahun 1999, Tambahan LN No. 3861.

Indonesia, Peraturan Pemerintah tentang perubahan Kedua Peraturan Pemerintah No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, PP No. 39 Tahun 2008, LN RI No. 79 Tahun 2008, Tambahan LN No. 4856.

Indonesia, Peraturan Pemerintah tentang perubahan Ketiga Peraturan Pemerintah No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, PP No. 81 Tahun 2008, LN RI No. 212 Tahun 2008, Tambahan LN No. 4954.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan. LN RI Tahun 2013, No. 118.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) di Sektor Jasa Keuangan. LN RI Tahun 2014, No. 12.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 2/POJK.05/2014, tentang Tata Kelola Perusahaan yang baik bagi Perusahaan Perasuransian. LN RI Tahun 2014, No. 71.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 10/POJK.05/2014 tentang Penilaian Tingkat Risiko LJK Non-Bank. LN RI Tahun 2014, No. 197.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 17/POJK.03/2014 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi bagi Konglomerasi Keuangan. LN RI Tahun 2014, No. 348.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 18/POJK.03/2014 tentang Penerapan Tata Kelola Terintegrasi bagi Konglomerasi Keuangan. LN RI Tahun 2014, No. 349.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi. LN RI Tahun 2015, No. 287.

Indonesia, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 28/POJK.05/2015 tentang Pembubaran, Likuidasi, dan Kepailitan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Asuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah. LN RI Tahun 2015, No. 294.