



ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG MENYEBABKAN TERJADINYA GAGAL KLAIM ASURANSI PADA PT PRUDENTIAL LIFE ASSURANCE CABANG BINJAI

Nurul Hafizah Nst, Fauzi Arif Lubis

Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
hafizahn494@gmail.com, fauziariflbs@uinsu.ac.id

Abstract

Insurance is a protection mechanism between the insurance company that binds itself to the insured where the insurer receives several premiums paid by the insured in the event of a loss or risk in the future. With the official payment paid every month, it will make it easier for the insured (customer) to carry out insurance activities. However, in its activities, not every insured person meets the requirements to receive compensation at the time of filing a claim. From this background, there is a formulation of the problem, namely the factors that cause rejection or failure of claims made by the insured and what solutions the company can provide to the insured. This research was conducted at PT. Prudential Life Assurance Binjai branch using a qualitative approach. The types of data used in this research are primary data and secondary data. Primary data obtained through interviews and secondary data obtained through journals, articles that match the object. The results of the study show that the causative factors for failed claims to customers are due to insurance policies that have lapsed so that companies refuse to submit claims. Meanwhile, to get compensation, the insured's policy must remain active so that claims can be made against the insured.

Keywords: Factors, Claim Failure, Insurance

Abstrak

Asuransi adalah sebuah mekanisme perlindungan antara perusahaan asuransi yang mengikat dirinya terhadap tertanggung dimana penanggung menerima sejumlah premi yang dibayarkan tertanggung jika terjadi kerugian atau resiko dimasa yang akan datang. Dengan adanya premi yang dibayarkan setiap bulannya akan mempermudah tertanggung (nasabah) dalam melakukan kegiatan asuransi. Namun, dalam kegiatannya tidak setiap orang yang diasuransikan memenuhi persyaratan untuk menerima kompensasi pada saat pengajuan klaim. Dari latar belakang tersebut terdapat rumusan masalah yaitu faktor yang menyebabkan terjadinya penolakan atau gagal klaim yang dilakukan oleh tertanggung dan bagaimana solusi yang dapat diberikan perusahaan kepada tertanggung. Penelitian ini dilakukan di PT. Prudential Life Assurance cabang Binjai dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Jenis data yang

digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan melalui wawancara dan data sekunder didapatkan melalui jurnal, artikel yang sesuai objek. Hasil dari penelitian menunjukkan faktor penyebab terjadinya gagal klaim pada nasabah akibat dari polis asuransi yang sudah lapse sehingga perusahaan menolak pengajuan klaimnya. Sedangkan untuk mendapatkan kompensasi, polis tertanggung harus tetap aktif agar dapat dilakukan klaim pada tertanggung.

Kata Kunci: Faktor, Gagal Klaim, Asuransi

PENDAHULUAN

Asuransi merupakan istilah yang tidak asing bagi masyarakat Indonesia. Tetapi bagi masyarakat Indonesia, kesadaran masyarakat terhadap manfaat asuransi masih rendah. Hal tersebut dikarenakan banyak masyarakat beranggapan bahwa membeli asuransi sama saja membuang uang dengan percuma. Tetapi kenyataannya, asuransi memiliki manfaat berupa perlindungan dari berbagai risiko, dan bisa menjadi salah satu instrumen investasi.

Industri asuransi adalah sebuah lembaga yang menawarkan berbagai polis asuransi yang dapat melindungi seseorang ataupun nasabah yang bergabung dengan perusahaan asuransi dari berbagai risiko dengan membayar premi. Polis asuransi merupakan dokumen perjanjian secara tertulis antara tertanggung dan perusahaan asuransi yang akan menjadi bukti kesepakatan. (Suhaila Zulfikli, 2020)

Sesuai dengan fatwa Dewan Syariah Nasional No. 21/DSN-MUI/X/2001, asuransi syariah (ta'min, takaful, ataupun tadhmun) ialah upaya untuk saling melindungi dan membantu di antara sejumlah orang atau pihak melalui investasi berupa aset atau tabarru' memberikan pola return untuk menghadapi risiko tertentu melalui kontrak (keterlibatan yang sesuai dengan syariah). Menurut fatwa DSN-MUI, asuransi syariah merupakan kegiatan yang bermanfaat bagi peserta asuransi syariah serta tidak memiliki tujuan komersial.

Asuransi mempunyai beragam jenis yang masing-masing disesuaikan dengan tujuan cakupannya seperti Asuransi Jiwa. Asuransi jiwa adalah jenis asuransi di mana tertanggung (objek pertanggung) berupa orang, serta tujuan pertanggungannya ialah kehidupan seseorang. Cakupan tersebut tidak hanya mencakup jiwa saja, akan tetapi dapat diperluas dengan kesehatan dan kecelakaan. Asuransi ini memberikan perlindungan finansial jika terjadi kematian atau masa hidup orang yang diasuransikan.

Sejalan dengan polis asuransi yang berlaku, klaim asuransi ialah tuntutan atau permohonan yang diajukan oleh pemegang polis kepada perusahaan Asuransi selaku penanggung Asuransi, untuk memenuhi hak Pemegang Polis sesuai yang tertera dalam polis. Permohonan yang diajukan untuk melakukan pembayaran kepada penerima atau untuk mentransfer hak asuransi kepada pemegang polis. Polis asuransi jiwa telah menentukan persyaratan untuk mengajukan klaim asuransi. Namun pada kenyataannya, perusahaan asuransi sering menolak pengajuan klaim yang diajukan oleh tertanggung karena ada beberapa faktor yang menyebabkan pengajuannya ditolak. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul

“Analisis Faktor-Faktor yang Menyebabkan Terjadinya Gagal Klaim Asuransi Pada PT. Prudential Cabang Binjai.”

KAJIAN PUSTAKA

1. Defenisi Asuransi Syariah

Kata asuransi berasal dari bahasa Belanda, *assurantie*, yang dalam hukum Belanda disebut Verzekering yang artinya pertanggungan. Dalam bahasa Arab, Asuransi disebut at-ta'min, penanggung (perusahaan asuransi) disebut mu'ammin, sedangkan tertanggung (nasabah) disebut mu'amman lahu atau musta'min. Asuransi syariah menurut terminologi ialah salah satu cara untuk menghadapi kemungkinan terjadinya musibah dalam kehidupan, di mana manusia selalu dihadapkan dengan kemungkinan terjadinya musibah yang dapat mengakibatkan hilangnya atau penurunan nilai ekonomi seseorang, baik untuk diri sendiri ataupun perusahaan yang disebabkan oleh keadaan sakit, usia tua, kecelakaan, maupun kematian.

Dasar atau prinsip asuransi syariah saat ini adalah dalam bentuk bantuan (tolong-menolong), kerja sama, dan perlindungan terhadap peristiwa yang menyebabkan kerugian. Dimana nasabah yang satu menolong nasabah yang lain yang tengah mengalami kesulitan dengan memberikan sejumlah dana yang telah dipotong dari rekening tabarru' seluruh nasabah perusahaan asuransi. Untuk pengaturan asuransi syariah, selain dasar hukum Al-Qur'an dan As-Sunnah saat ini merujuk pada Fatwa Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia No. 21/DSN-MUI/X/2001. Keberadaan dewan pengawas syariah di perusahaan asuransi syariah sangat penting. Dewan ini berperan dalam mengawasi pengelolaan investasi, produk dan kebijakan agar selalu sesuai dengan syariat Islam.

Selain itu, operasional asuransi syariah didasarkan pada undang-undang Nomor 40 Tahun 2014 yang menjelaskan tentang perasuransian yang juga memuat konsep asuransi syariah. Adapun pengertiannya yaitu Asuransi Syariah adalah seperangkat akad yang terdiri dari akad antara perusahaan asuransi syariah dengan pemegang polis, serta akad antara pemegang polis yang berkaitan dengan pengelolaan pembiayaan berdasarkan prinsip syariah untuk saling membantu dan melindungi dengan cara memberikan penggantian kepada peserta atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang dikeluarkan, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita peserta atau tertanggung dalam hal terjadi peristiwa yang tidak pasti atau memberikan pembayaran berdasarkan meninggalnya peserta atau pembayaran berdasarkan hidup peserta dengan manfaat dan/atau hasil pengelolaan dana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Asuransi haruslah dibangun atas konsep-konsep dasar yang kuat dan kokoh. Ada sepuluh prinsip utama asuransi syariah yakni tauhid, keadilan, tolong menolong, kerja sama, kepercayaan, kerelaan, kebenaran, larangan riba, larangan perjudian, serta larangan gharar. Selain prinsip-prinsip tersebut, ada beberapa prinsip yang seharusnya dipegang teguh oleh para pihak dalam berasuransi yaitu Para pihak memiliki itikid baik (shihhah al-i'tiqad; utmost good faith) dalam diri para pihak untuk saling melindungi dan slaing memberikan manfaat. Diantaranya seperti memberikan informasi material secara benar (vilid), baik pada saat mengisi formulir pengajuan asuransi maupun informasi yang diberikan/diterima pada saat mengajukan klaim/manfaat asuransi. Kemudian, para

pihak sama-sama merasa memiliki kepentingan atau tepatnya sama-sama menerima manfaat (insurable interest) dalam berasuransi, baik kepentingannya sendiri maupun kepentingan keluarganya atau kepentingan lain-lain.

2. Klaim Asuransi

Klaim dalam asuransi syariah merupakan tindakan yang memberikan imbalan kepada nasabah yang sedang menghadapi pada musibah. Menurut istilah asuransi, klaim adalah permintaan untuk pembayaran manfaat sesuai dengan persyaratan polis asuransi. Nasabah menggunakan aplikasi klaim untuk menerima pertanggungan atas kerusakan yang diderita berdasarkan perjanjian.

Menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD), klaim asuransi adalah klaim oleh tertanggung mengenai adanya perjanjian kontraktual antara tertanggung dan penanggung, dimana masing-masing pihak berjanji untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung jika tertanggung telah membayar premi atas kecelakaan tertanggung. Tujuan dari klaim asuransi adalah untuk memberikan manfaat sesuai dengan ketentuan polis asuransi kepada pemegang polis (tertanggung).

Mengelola kewajiban pembayaran klaim perusahaan asuransi merupakan bagian operasi perusahaan asuransi yang penting, karena perusahaan secara hukum dan secara moral wajib memenuhi janji-janji dalam kontraknya.

Dalam Fatwa DSN-MUI tentang Asuransi klaim dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

- a. Klaim dibayarkan berdasarkan akad yang disepakati pada awal perjanjian.
- b. Klaim dapat berbeda dalam jumlah, sesuai jumlah premi yang dibayarkan.
- c. Klaim atas akad Tijarah sepenuhnya hak pesertadan menjadi kewajiban perusahaan untuk memenuhinya.
- d. Klaim atas akad Tabarru' merupakan hak peserta yang menjadi kewajiban perusahaan sebatas yang disepakati dalam akad.

Seluruh dana tabarru' nasabah digunakan untuk membayar klaim asuransi syariah. Perusahaan asuransi yang berperan seagai pemegang amanah (mudharib), diharuskan untuk melaksanakan prosedur klaim secara tepat waktu, efisien, dan efektif sesuai dengan mandat yang mereka terima. Jenis kerugian dibagi menjadi tiga kategori, yakni:

- 1) Kerugian total
- 2) Kerugian sebagian
- 3) Kerugian yang dialami oleh pihak ketiga

3. Prosedur Klaim

Ketika mengadakan suatu kontrak asuransi, ada dua pihak yang diminta untuk mempunyai itikad baik. Perjanjian asuransi mungkin akan berfungsi dengan baik jika diimplementasikan dengan itikad baik. Jikalau pemegang polis ataupun pihak tertanggung yang ditunjuk untuk menerima manfaat polis asuransi harus melapor kepada perusahaan asuransi yang bersangkutan melalui surat maupun secara lisan ke

bagian klaim layanan nasabah. Kemudian, unit klaim meninjau arsip setelah menerima laporan untuk melihat apakah premi asuransi telah dilunasi serta kondisi lainnya telah terpenuhi.

Agar klaim asuransi dapat diproses dan dibayar oleh perusahaan asuransi, ada berbagai ketentuan penting mengenai pengajuan klaim yang harus diperhatikan :

- a. Klaim sesuai dengan yang tertera dalam polis. Sebelum mengajukan klaim asuransi, pastikan bahwa anda memiliki manfaat yang sesuai dengan yang tercatat didalam polis asuransi
- b. Polis masih berlaku (inforce). Anda harus memastikan juga, bahwa polis Anda masih berada dalam keadaan Inforce/berlaku/aktif.
- c. Polis tidak dalam masa tunggu
- d. Klaim termasuk dalam pertanggungan.
- e. Pastikan klaim yang Anda ajukan bukan pengecualian yang tertera dalam polis.

Adapun prosedur pengajuan klaim yaitu :

- a. *Pemberitahuan klaim*. Tertanggung atau entitas yang mewakilinya harus segera memberi tahu perusahaan asuransi setelah insiden terjadi yang menyebabkan tertanggung menderita kerugian. Merujuk kepada batas waktu pelaporan klaim, 7, 14, 30 hari sesuai dengan ketentuan polis. Melaporkan kepada perusahaan asuransi secara tertulis (verbal dan diikuti dengan laporan tertulis).
- b. *Bukti Klaim*. Nasabah atau tertanggung diminta untuk memberikan informasi secara rinci dan bukti kerugiannya.
- c. *Penyelidikan*. Analisis administratif dilakukan setelah laporan terkait diterima oleh perusahaan. Jika melewati tahap ini, perusahaan akan memutuskan apakah akan melakukan survei lapangan langsung atau laporan survei. Jika klaim ditolak, perusahaan asuransi akan memberi tahu tertanggung sesegera mungkin. Jika di sisi lain klaim secara teknis disetujui, perusahaan asuransi akan segera memberi tahu tertanggung tentang penerimaan formulir dan jumlah pergantian yang akan diberikan kepada tertanggung.
- d. *Penyelesaian klaim*. Pembayaran klaim tidak akan ditunda selama lebih dari 30 hari.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan pengumpulan informasi/data dalam suatu lingkungan dengan menafsirkan fenomena yang terjadi. Pengumpulan data yang diperoleh menggunakan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara di PT. Prudential Cabang Binjai dan data sekunder yang dilakukan dengan mengumpulkan beberapa sumber lainnya yaitu jurnal, buku, yang tentunya sesuai dengan objek penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Klaim asuransi adalah tuntutan yang diajukan atau dibuat oleh Pemegang Polis (tertanggung) sehubungan dengan adanya perjanjian kontrak kepada perusahaan Asuransi (penanggung), untuk memenuhi hak Pemegang Polis sesuai yang tertera dalam Polis. Apabila pihak tertanggung telah membayar premi asuransi, maka ketika

pihak bertanggung terkena risiko, pihak penanggung berusaha untuk memberikan manfaat kepada pemegang polis sesuai dengan ketentuan polis asuransi.

Penyebab ditolakny suatu klaim asuransi, apabila terjadi bencana atau kejadian yang tidak terduga, maka nasabah asuransi (bertanggung) berharap dapat mendapatkan haknya sesuai polis asuransi dengan mengajukan klaim asuransi. Namun, ada kalanya pihak asuransi menolak untuk mengajukan klaim asuransi ini. Hal ini tentu saja merupakan kekecewaan besar bagi bertanggung jika klaim asuransinya ditolak. Ada beberapa faktor yang menyebabkan klaim asuransi ditolak, antara lain:

1. Kesalahan nasabah ketika mengisi data atau proposal saat menyelesaikan proposal untuk pengajuan klaim asuransi
2. Polis asuransi tidak aktif (lapse) akibat tidak terbayarnya premi atas polis yang sudah jatuh tempo
3. Tidak jujur mengungkapkan riwayat penyakit saat membeli polis asuransi seperti memiliki kondisi kesehatan tertentu yang sudah ada sebelum berlakunya manfaat perlindungan terkait (pre existing condition)
4. Resiko yang diderita nasabah tidak dijamin dalam asuransi
5. Klaim terjadi pada saat periode polis belum memasuki masa pertanggung ataupun pada saat masa pertanggungannya telah berakhir
6. Nasabah terlambat menginformasikan klaim ke perusahaan asuransi.
7. Nasabah tidak dapat menunjukkan atau membuktikan kerugian yang telah terjadi

Hal ini dapat terjadi karena berada diluar cakupan persetujuan antara bertanggung dan penanggung. Hal ini terjadi apabila polis tidak lagi berlaku ataupun pihak bertanggung telah melanggar ketentuan polis yang berlaku. Hal ini senada dengan kasus penolakan klaim di perusahaan asuransi dikarenakan kelalaian nasabah yang tidak memenuhi kriteria perusahaan atau disebabkan karena terjadinya pelanggaran hukum.

Salah satu contoh kasusnya yaitu penolakan klaim yang terjadi oleh nasabah asuransi yang menggunakan asuransi kesehatan berupa produk PRUhospital Care. PRUhospital Care merupakan salah satu produk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat perawatan terhadap nasabah yang menjalani rawat inap, menjalani perawatan di IGD, menjalani operasi atau pembedahan dan mendapatkan perawatan saat nasabah rawat inap dirumah sakit yang disebabkan oleh kecelakaan saat pergi ke luar negeri.

Nasabah tersebut mengalami kecelakaan. Salah satu keluarganya melakukan pengajuan klaim kepada perusahaan, namun perusahaan menolak pengajuan tersebut sebab nasabah terlambat atau tidak tepat waktu dalam melakukan pembayaran polis asuransi. Menurut Bapak Angga, salah satu staff yang menangani keluhan nasabah PT. Prudential Life Assurance cabang Binjai menerangkan bahwa kasus tersebut ditolak sebab polis asuransi nasabah mengalami lapse (tidak aktif) akibat tidak terbayarnya premi atau polis yang sudah jatuh tempo. Dimana hal tersebut masuk kedalam pengecualian pembayaran klaim nasabah.

Penyelesaian yang dapat diberikan oleh PT. Prudential Life Assurance cabang Binjai setelah terjadinya penolakan klaim terhadap nasabah adalah boleh dilakukan klaim namun nasabah tersebut haruslah membayar atau melunasi premi atau polis

asuransi yang sudah jatuh tempo tersebut. Untuk melakukan pengajuan klaim kembali dapat dilakukan jika premi sudah dibayar lunas dan telah disetujui oleh perusahaan.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan bahwa penyebab terjadinya gagal klaim atau penolakan klaim dikarenakan nasabah terlambat atau tidak membayar polis asuransi yang mengakibatkan polis asuransi nasabah tidak aktif atau mengalami lapse. Adapun untuk solusi dalam masalah tersebut adalah nasabah harus segera membayar premi atau polis asuransi agar ketika terjadi resiko dimasa yang akan datang nasabah tidak akan mengalami hal seperti ini lagi.

SARAN

Berdasarkan kesimpulan yang telah dijelaskan, adapun saran yang dapat diberikan adalah:

1. Kepada pemegang polis atau nasabah, dalam melakukan pembayaran premi haruslah tepat waktu dan tidak boleh terlambat dan sesuai dengan waktu yang telah disepakati oleh pemegang polis.
2. Kepada perusahaan asuransi atau penanggung, diharapkan dapat lebih teliti atau lebih jelas dalam menjelaskan mengenai asuransi yang akan digunakan oleh pemegang polis agar para pemegang polis dapat lebih memahami pada ketentuan atau peraturan yang akan disepakati.

DAFTAR PUSTAKA

Fatwa Dewan Syariah Nasional No. 21/DSN-MUI/X/2001 Tentang Pedoman Umum Asuransi Syariah

Suhaila Zulkifli, M. P. (2020). Penyebab Ditolaknya Suatu Klaim Asuransi (Studi Penelitian PT. Prudential Life Assurance Medan). *Jurnal Mutiara Hukum*, 21-29

Bahiyah, D. A. (2021). Analisis Implementasi Penyelesaian Klaim Asuransi Jiwa di Asuransi Jiwa Syariah (Studi Kasus pada Perusahaan Bumiputera 1912 Cabang Serang). *Institutional Repository*, 5-9.

Nurkholidah, S. (2018). Penolakan Klaim Asuransi Jiwa dan Kesehatan Pada PT. Allianz Indonesia. *Az-Zarqa*, 34-38.

Setiawan, M. F. (2020). Strategi Meningkatkan Kepuasan Nasabah: Analisis Kasus melalui Riset di Industri Asuransi Jiwa. Malang: CV. Pustaka Learning Center.

Shalsa Sakila dan Tri Inda Fadhila, R. (2022). Analisis Prosedur Penanganan Klaim Terhadap Produk Prucinta pada PT. Prudential Life Assurance Binjai. *Jurnal Emba Review*, hal. 170-173