



Jurnal Masharif al-Syariah: Jurnal Ekonomi dan Perbankan Syariah
ISSN: 2527 - 6344 (Printed), ISSN: 2580 - 5800 (Online)
Accredited No. 30/E/KPT/2019
DOI: <https://doi.org/10.30651/jms.v8i3.20351>
Volume 8, No. 3, 2023 (23-35)

PROBLEMATIKA KLAIM NASABAH ASURANSI JIWA SYARIAH DI PT. PRUDENTIAL LIFE ASSURANCE UNIT PRESTASI AGENCY BINJAI

Dini Dwi Ariska

Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

dinidwiariska05@gmail.com

Yusrizal

Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

yusrizal@uinsu.ac.id

Abstrak

Asuransi jiwa adalah asuransi yang bertujuan untuk melindungi seseorang terhadap kerugian finansial yang tidak terduga akibat kematian. Adapun permasalahan yang terjadi pada PT. Prudential Life Assurance Agency Binjai yaitu penolakan klaim nasabah. Penyebab ditolaknya klaim nasabah karena nasabah tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim, penyakit yang diklaim tidak ditanggung oleh perusahaan, polis asuransi tidak aktif, ketidak jujuran dalam mengungkapkan riwayat kesehatan, klaim termasuk dalam pengecualian, dan jangka waktu pengajuan klaim yang telah melewati tanggal kadaluarsa. Selain itu, ada 4 hal yang menyebabkan asuransi jiwa syariah tidak dapat diklaim oleh nasabah yang telah meninggal dunia, yaitu meninggal karena bunuh diri, dijatuhi hukuman mati di pengadilan, perkelahian, demonstrasi, dan dibunuh oleh peminat atau kerabatnya demi mendapatkan kompensasi. Untuk menghindari ditolaknya klaim pelanggan, sebaiknya tertanggung melengkapi dokumen-dokumen yang telah ditentukan serta mengikuti tata cara pengajuan klaim yang telah ditentukan, seperti, polis, KTP PP, KTP TU, KTM PM, kuitansi biaya rumah sakit, surat keterangan dokter, akta kematian, formulir klaim, dan dokumen lain yang diperlukan. Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara untuk memperoleh informasi yang valid.

Kata kunci: Problematika, Asuransi Jiwa, Penolakan Klaim

Abstract

Life insurance is insurance that aims to protect someone against unexpected financial losses due to death. The problems that occur at PT. Prudential Life Assurance Agency Binjai, namely the rejection of customer claims. The causes of rejected customer claims are because customers do not complete the requirements and claim submission documents, illnesses claimed are not covered by the company, inactive insurance policies, dishonesty in disclosing medical history, claims are included in exceptions, and the claim filing period has passed the expiration date. In addition, there are 4 things that cause sharia life insurance cannot be claimed by customers who have died, namely death by suicide, being sentenced to death in court, fights, demonstrations, and being killed by enthusiasts or their relatives in order to get compensation. To avoid being rejected by customer claims, the insured should complete the specified documents and follow the procedures for submitting predetermined claims, such as policies, KTP PP, KTP TU, KTM PM, receipts for hospital fees, doctor's certificates, death certificates, claim forms, and other required documents. In this study using descriptive qualitative method with data collection using observation and interviews to obtain valid information.

Keywords: Problems, Life Insurance, Denial of Claims

1. Pendahuluan

Pertumbuhan ekonomi Indonesia yang semakin meningkat itu, di ikutinya dengan kemajuan pemikiran masyarakat dalam usaha perniagaan yang membuat maraknya usaha asuransi akhir-akhir ini. Asuransi dalam perekonomian Indonesia tidak diragukan lagi sangat besar dan sangat luas sebagai produk jasa industri asuransi yang relatif lambat perkembangannya, karena produk asuransi kurang diminati konsumen untuk membeli (un-sought goods). Namun kenyataan menunjukkan bahwa sejumlah aktifitas industri dan perdagangan tidak mungkin berlangsung tanpa dukungan produk jasa asuransi. Seseorang di dalam suatu masyarakat sering menderita kerugian karena akibat dari suatu peristiwa yang tidak terduga. Kalau kerugian yang dialami hanya kecil sehingga dapat ditutup dengan uang simpanan, maka kerugian itu tidak begitu terasa. Lain halnya apabila uang simpanan tidak mencukupi untuk kerugian itu, maka orang akan betul-betul menderita. Untuk itulah, jaminan-jaminan perlindungan terhadap keadaan-keadaan tersebut diatas sangat diperlukan oleh setiap masyarakat yang ingin mengantisipasi apabila keadaan di luar dugaan telah terjadi. (A. Somad, S.H., M.H.,)

Dan seiring berjalannya waktu kini ekonomi syariah menjadi tren di Indonesia, hal ini dapat dilihat dari banyaknya muncul produk keuangan yang berbasis syariah, salah satunya adalah asuransi syariah. Asuransi syariah menurut Fatwa DSN MUI adalah usaha saling melindungi dan tolong-menolong di antara sejumlah orang/pihak melalui investasi dalam bentuk aset dan /atau tabarru yang

memberikan pola pengembalian untuk menghadapi resiko tertentu melalui akad (perikatan) yang sesuai dengan syariah.

Asuransi syariah memiliki jenis-jenis asuransi salah satunya adalah asuransi jiwa syariah. Asuransi jiwa syariah ini memiliki peran penting bagi kehidupan manusia karena berfungsi untuk melindungi jiwa manusia, baik kesehatan, financial maupun kematian orang yang diasuransikan. Jika terjadi kerugian maka polis asuransi jiwa syariah dapat diklaim. Klaim merupakan permohonan yang diajukan oleh pemegang polis kepada perusahaan asuransi untuk mendapatkan uang pertanggungangan.

Namun yang terjadi di lapangan sering sekali perusahaan asuransi jiwa syariah menolak pengajuan klaim nasabah, hal ini dikarenakan beberapa faktor yang menyebabkan perusahaan asuransi jiwa syariah menolak pengajuan klaim nasabah. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka dari itu peneliti tertarik dan melakukan penelitian sebagai hasil magang, dengan judul "PROMBELEMATIKA KLAIM ASURANSI JIWA SYARIAH DI PT PRUDENTIAL LIFE INSURANCE SYARIAH CABANG BINJAI"

2. Kajian Pustaka

2.1 Problematika

Problematika berasal dari bahasa Inggris "problematic" yang berarti masalah atau persoalan. Problematika berasal dari kata problem yang dapat diartikan permasalahan atau masalah. Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia kata promblematika berarti masih menimbulkan masalah seperti hal-hal yang masih menimbulkan suatu masalah yang masih belum dapat dipecahkan. Jadi menurut penulis promblematika adalah suatu persoalan atau permasalahan yang sering terjadi, namun permasalahan tersebut belum dapat dipecahkan.

2.2 Asuransi

Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris yaitu asuransi, yang dalam bahasa Indonesia sudah menjadi bahasa umum dan digunakan dalam kamus utama bahasa Indonesia dengan padanan arti kata "asuransi". Dalam bahasa Belanda sering disebut *assurantie* (asuransi) dan *verzekering* (asuransi). Menurut penulis, asuransi adalah perjanjian antara penjamin (perusahaan asuransi) dan tertanggung (pemegang polis) terhadap risiko yang timbul.

Asuransi terbagi menjadi dua jenis, asuransi non-jiwa dan asuransi jiwa. Asuransi kerusakan dan asuransi jiwa adalah dua jenis asuransi tergantung pada subjek yang diasuransikan. Asuransi harta benda dan kecelakaan atau *casualty* adalah perusahaan yang memberikan ganti rugi kepada tertanggung atau pemegang polis atau pemegang polis atas kerugian, biaya dan kerusakan yang timbul akibat kejadian yang tidak terduga. Sedangkan asuransi jiwa adalah jenis asuransi yang mempertanggungkan seseorang dan tujuan polisnya adalah untuk melindungi nyawa seseorang. Cakupan ini dapat

diperluas hingga mencakup cakupan kecelakaan dan kesehatan. Jika tertanggung meninggal dunia atau melebihi usia harapan hidupnya, asuransi ini akan memberikan perlindungan finansial. Tujuan dari asuransi jiwa adalah untuk menutup kerugian finansial yang diderita setelah meninggalnya tertanggung. (Dwita Fratiwi, 2023).

2.3 Asuransi Syariah

Asuransi dalam bahasa Arab disebut “ta’min”, perusahaan asuransi (penjamin) disebut “mu’ammin” dan nasabah (tertanggung) disebut “mu’amman lahu atau musta”. 'menit'. Asuransi syariah dalam istilah ini merupakan suatu cara untuk menghadapi kemungkinan terjadinya bencana dalam kehidupan, dimana masyarakat selalu dihadapkan pada kemungkinan terjadinya bencana yang dapat mengakibatkan kerugian atau penurunan nilai ekonomi. mereka sendiri, baik untuk diri mereka sendiri maupun untuk perusahaan. karena sakit, usia tua, kecelakaan atau kematian. (Ajib, 2019).

Menurut Fatwa DSN No. 21 Tahun 2001, asuransi syariah adalah upaya saling melindungi dan mendukung beberapa orang/pihak melalui penanaman modal dalam bentuk aset dan/atau tabarru', memberikan model penggantian untuk mengatasi risiko tertentu melalui akad syariah.

Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian diatur bahwa asuransi syariah adalah seperangkat pengaturan, termasuk perjanjian antara perusahaan asuransi syariah dengan pemegang polis, dalam rangka pengelolaan iuran berdasarkan prinsip syariah untuk saling membantu dan melindungi. . Menurut penulis Syariah, asuransi merupakan upaya untuk membantu pemegang polis lain dalam menanggung risiko yang mungkin timbul di kemudian hari. Secara umum asuransi syariah dapat dipahami sebagai jenis asuransi yang prinsip pengoperasiannya berdasarkan hukum Islam yang berkaitan dengan Al-Qur'an dan Sunnah. Merupakan prinsip dasar asuransi syariah untuk saling melindungi dan menolong yang dikenal dengan istilah ta'awun, yaitu prinsip saling melindungi dan saling membantu dengan unsur saling berbagi risiko antar pemegang polis, dimana masing-masing peserta menjadi penjamin satu sama lain. peserta. (Yusrizal, Fauzi Arif Lubis, 2020).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kegiatan asuransi syariah didasarkan pada konsep pembagian risiko antar peserta tertanggung yang dihubungkan dengan kontribusi pada dana tabarru dan/atau dana investasi. Sedangkan perusahaan hanya sebagai pengelola dana yang memberikan kontribusi dengan menerima gaji/ujrah untuk mengelola dana dan/atau membagi keuntungan atas keuntungan investasi. Berbeda dengan asuransi konvensional yang mana perusahaan menanggung risiko (risk transfer) dari tertanggung. (Nur Indah Hidayati dkk., 2018).

2.4 Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa merupakan asuransi yang bertujuan untuk melindungi seseorang dari kerugian finansial yang tidak terduga akibat kematian. (salim:1991). Sedangkan menurut penulis, asuransi jiwa merupakan salah satu bentuk perlindungan diri terhadap kesehatan, keuangan, dan keluarga kecil seseorang terhadap risiko kematian. Penyelenggaraan kontrak asuransi khususnya asuransi jiwa tentunya membawa manfaat dan membantu masyarakat merasa aman apabila dilakukan sesuai proses dan prosedur yang benar. Usaha asuransi jiwa adalah suatu badan usaha yang memberikan jasa manajemen risiko untuk membayar pemegang polis, pemegang polis atau tanggungan lainnya atas kematian atau meninggalnya pemegang polis atau pembayaran lain kepada pemilik kontrak, pemegang kontrak atau pihak lain yang berhak pada waktu tertentu. jangka waktu yang ditentukan dalam perjanjian, jumlah yang ditentukan dan/atau hasil pengelolaan dana. Dalam asuransi jiwa, tertanggung bertanggung karena meninggal dunia (meninggal dunia). Kematian mengakibatkan hilangnya pendapatan bagi seseorang atau keluarga tertentu. Risiko yang dapat timbul dalam asuransi jiwa terutama terletak pada unsur waktu, karena sulitnya mengetahui kapan seseorang meninggal.

Untuk meminimalkan risiko ini, disarankan untuk mengambil asuransi jiwa. Saat ini penyelenggaraan asuransi terkadang menemui kendala dan/atau permasalahan hukum terkait konflik antara penanggung dan tertanggung. Hal ini sering terjadi karena dalam proses pembuatan perjanjian, nasabah asuransi tidak membaca dengan cermat premi yang tersedia, dan terkadang perusahaan asuransi juga tidak memberikan pelatihan dan/atau nasihat hukum atas perjanjian yang dibuatnya. dengan. pelanggannya. Hal ini seringkali menimbulkan perselisihan dan pertikaian antar kedua belah pihak, apalagi yang sering terjadi adalah nasabah mengeluh karena tidak dapat menggunakan atau menikmati hak milik dari asuransi yang telah dimilikinya. Seringkali permasalahan hukum muncul dalam dunia asuransi terkait dengan wanprestasi dan/atau wanprestasi. Dalam suatu perbuatan melanggar hukum tentu saja terdapat perbuatan yang menimbulkan kerugian pada orang lain, memaksa orang yang melakukan perbuatan itu untuk membayar ganti rugi atas kerugian tersebut seperti dalam kontrak asuransi, pemalsuan tanda tangan dalam suatu kontrak, penggelapan uang asuransi. , dll. bahaya, dan lain-lain.

Sedangkan kesalahan adalah pelanggaran peraturan atau ketidaksesuaian dengan perjanjian yang dituangkan dalam suatu kontrak, misalnya dalam industri asuransi, klien gagal membayar premi asuransi secara tepat waktu dan tepat waktu. Pemerintah harus mengambil langkah nyata dalam hal ini sehingga tidak ada pengaturan pendanaan, termasuk asuransi, yang merugikan pihak mana pun atau melemahkan posisi pihak mana pun. Pemerintah sebaiknya mengambil langkah untuk memberikan perlindungan hukum preventif kepada konsumen dengan menetapkan kebijakan yang

mengedepankan prinsip keadilan dan kepentingan sah untuk menciptakan kesejahteraan sosial. Logikanya memang benar, tidak masuk akal jika nasabah sudah membayar premi, namun karena ada kondisi yang menyebabkan kedudukan pemegang polisnya batal dan kemudian nasabah kehilangan manfaat. hak-haknya. Sebaiknya pemerintah menyusun kebijakan dengan melibatkan instansi terkait seperti OJK dengan membentuk komite pemantau sehingga pemerintah dapat melakukan perhitungan dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. hak klien ini sebagai bentuk kompensasi guna memperoleh keadilan dan kepentingan yang sah. Terkadang perusahaan asuransi menolak klaim karena berdasarkan penelitian dan investigasi yang dilakukan oleh agen perusahaan, ada kondisi yang membuat polis tersebut batal. Perusahaan asuransi adalah organisasi yang menawarkan berbagai jenis polis asuransi yang dapat melindungi orang atau pelanggan yang berpartisipasi dari berbagai risiko dengan membayar sejumlah uang yang disebut premi. Polis asuransi sendiri merupakan suatu perjanjian yang melibatkan asuransi konsensual atau asuransi yang berupa bukti tertulis sebagai bukti adanya perjanjian antara tertanggung dengan perusahaan asuransi yang menjadi perusahaan asuransinya.

Namun perusahaan asuransi tidak lepas dari banyak hal yang bertentangan dengan pedomannya mengenai klaim tertentu yang dilakukan oleh tertanggung sehingga menyebabkan sebagian klaim tersebut ditolak oleh perusahaan. Asuransi ditolak. (Suhaila Zulkifli¹, Melati Panjaitan², Gia Arrahman³, Jhosua Silitonga, 2020). Apabila terjadi penolakan klaim, maka tertanggung berhak mengajukan klaim atau klaim kepada perusahaan asuransi dan meminta mediasi, pertimbangan dan/atau penyelesaian sengketa. Akibat hukum dari penolakan klaim asuransi jiwa dapat mengakibatkan kerugian bagi masyarakat, karena masyarakat tidak dapat menggunakan haknya untuk mendapatkan manfaat ekonomi dari polis asuransi yang ada, selain akibat hukumnya adalah hilangnya kepercayaan masyarakat. dalam asuransi jiwa. organisasi asuransi karena fenomena ini seringkali menimbulkan stigma negatif di masyarakat, mereka beranggapan bahwa ketika berhadapan atau berdebat dengan perusahaan asuransi, nasabah tidak akan pernah menang dan selalu berada pada posisi lemah, bahkan bisa saja terjadi negasi klaim karena kelalaiannya. pemegang polis atau karena dalam mengajukan klaim persyaratan dan prosedur yang berlaku bertentangan dengan kebijakan perusahaan asuransi sebagai penyedia fasilitas keuangan (Abidah El-Khalieqya, 2021)

2.5 Klaim Asuransi

Menurut Khoiril, “Klaim adalah tuntutan dari peserta, ahli warisnya, atau pihak lain yang mengadakan perjanjian dengan perusahaan asuransi atas suatu kecelakaan yang mengakibatkan kerugian dan peserta berhak menerima asuransi berdasarkan kesepakatan”. Sedangkan menurut Budi, “Klaim adalah sesuatu yang harus diajukan oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi

yaitu adanya kontrak asuransi yang mengikat antara para pihak yang menjamin pembayaran ganti rugi jika terjadi klaim. Apabila tertanggung mengalami musibah. , dapat diklaim jika penduduk setempat diidentifikasi oleh tertanggung.” Dan menurut Muhammad, klaim adalah tuntutan atau pemberitahuan mengenai hak seseorang yang harus dibayar oleh perusahaan asuransi atas suatu peristiwa yang diderita oleh pihak kepolisian (Muhammad dan Sri 2020: 27).

Klaim berdasarkan ketiga pengertian tersebut merupakan jenis asuransi yang diberikan oleh perusahaan asuransi kepada tertanggung apabila terjadi kerugian sebagai akibat dari bahaya yang dipertanggungkan. Permasalahan pengajuan klaim pelanggan masih dilakukan secara manual, perwakilan perusahaan harus hadir bersama dengan klaim yang disebutkan seperti surat pengajuan klaim, KTP asuransi, sertifikat asli, dll sehingga ketika kasus sudah selesai, klaim proses berjalan lancar. jika tidak tunggu file pemegang font (Nelsi Agustina Siburian dan Fauzi Arif Lubis 2, 2022).

Klaim asuransi syariah merupakan tindakan yang memberikan imbalan kepada nasabah yang sedang mengalami musibah. Menurut ketentuan asuransi, klaim adalah klaim untuk membayar manfaat berdasarkan ketentuan polis asuransi. Pelanggan menggunakan klaim untuk mendapatkan pertanggungn atas kerugian yang diderita berdasarkan kesepakatan (Dwita Fratiwi¹, Atika², 2022). Klaim asuransi pada rencana asuransi jiwa syariah harus konsisten dengan konteks prinsip syariah dalam arti tidak boleh ada kontradiksi yang mendasarinya. Misalnya, kejelasan pemeriksaan kesehatan tidak boleh menjadi penghalang bagi pelaksanaan hak seseorang. Apabila kewajiban membayar premi asuransi dilaksanakan sesuai dengan kesepakatan yang dicapai. Klaim asuransi menjadi dasar bagi anggota kelompok asuransi syariah untuk mendapatkan haknya untuk menghindari alasan yang tidak berdasar sejak awal akad dengan cara yang spesifik dan jelas. Pemeriksaan klaim yang ketat harus dilakukan dengan menyediakan mekanisme yang sesuai antara konteks teoritis kontrak dan konteks operasi aktual perusahaan asuransi berdasarkan prinsip-prinsip Syariah.

Klaim Asuransi Jiwa Syariah merupakan portal bagi nasabah untuk mendapatkan manfaat dari amal yang dijalankan oleh Asuransi Jiwa Islami. Seringkali para pihak kesulitan membeli asuransi karena prosedurnya yang masih ketat, peraturan yang harus dipatuhi, dan kontrak awal yang menjadi dasar para pihak untuk bertindak dengan itikad baik. Tidaklah jujur bila mengatakan bahwa Anda menderita penyakit kronis atau masalah kesehatan. Kalaupun ada bukti testimoni palsu berdasarkan hasil tes, bukan berarti Anda pernah menjalani pemeriksaan fisik. Hal ini sering menimbulkan keluhan konsumen karena regulator menolak memberikan pendanaan berdasarkan pengaturan kontrak dengan cara yang tidak jujur. Untuk menikmati manfaat asuransi jiwa syariah, kelayakan sangatlah penting. Batasan klaim asuransi jiwa syariah harus dicantumkan dengan jelas dalam transaksi asuransi selanjutnya,

termasuk pemeriksaan kesehatan, apapun status kredit nasabah. Klarifikasi dan konfirmasi bahwa klien dalam keadaan sehat jasmani dan rohani. Oleh karena itu, pernyataan-pernyataan tersebut hendaknya tidak dijadikan bahan perdebatan antara manajemen Asuransi Jiwa Syariah dan nasabah. Prosedur bagi nasabah asuransi perlu diperkuat untuk menghindari klaim nasabah yang tidak adil dalam asuransi kesehatan dan manajemen Asuransi Jiwa Syariah perlu memahami nasabah dengan baik. Pelanggan tidak cukup sehat untuk membeli asuransi jiwa syariah. Hal ini tampaknya menjadi solusi yang tepat untuk memastikan bahwa klien memperoleh sumber daya keuangan yang penting tanpa rasa saling curiga dan tanpa perlu pencarian yang lama dan mahal. waktu. Selain itu, akad berdasarkan prinsip syariah pada hakikatnya tidak hanya memberikan manfaat bagi pihak-pihak tertentu saja, namun juga semua orang yang mengikuti dan memenuhi syarat-syaratnya. Prinsip Syariah. (Taufiq Kurohmana Daumanbu Agus Purwantok, 2021).

3. Metode Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif, dengan tujuan untuk mendeskripsikan situasi dan peristiwa yang terjadi di PT. Asuransi Jiwa Prudential Binjai. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara tatap muka untuk mendapatkan informasi dan data otentik yang relevan dengan permasalahan yang ada. Penelitian ini juga menggunakan studi literasi sebagai bahan bacaan dan memberikan informasi agar penelitian menjadi lebih akurat.

4. Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan ada beberapa faktor penyebab terjadinya klaim nasabah ditolak diantaranya:

a. Nasabah tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim

Salah satu penyebab klaim nasabah ditolak karena nasabah tidak melengkapi persyaratan dan dokumen-dokumen pengajuan klaim yang diminta oleh perusahaan. Agar klaim nasabah tidak ditolak perusahaan, maka nasabah harus melengkapi persyaratan dan dokumen-dokumen yang telah ditentukan untuk melakukan pengajuan klaim.

b. Penyakit yang diklaim tidak ditanggung perusahaan

Selain tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim, mengajukan klaim dengan penyakit yang tidak ditanggung perusahaan juga akan ditolak perusahaan. Tidak semua penyakit ditanggung PT. Prudential Life Assurance ada juga yang tidak ditanggung. Dan setiap produk asuransi juga memiliki jenis penyakit yang ditanggung. Hal ini juga perlu diperhatikan, jika tidak akan menjadi kesalah pahaman anatara nasabah dan perusahaan

c. Polis asuransi tidak aktif (sudah lapse)

Selain tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim dan penyakit yang diklaim tidak ditanggung. Polis asuransi yang sudah lapse juga menyebabkan ditolaknya klaim nasabah. penyebab polis lapse karena nasabah yang tidak membayar premi atau menunggaknya premi, sehingga polis tidak

aktif lagi. polis yang sudah lapse tidak dapat melakukan klaim, agar dapat di klaim, maka nasabah harus melakukan pemulihan polis terlebih dahulu. Pemulihan polis dapat dipulihkan kembali maksimal 24 bulan sejak jatuh tempo premi dasar dan membayar semua premi yang tertunggak.

d. Tidak jujur dalam mengungkapkan riwayat penyakit

Selain tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim, penyakit yang diklaim tidak ditanggung dan polis asuransi yang sudah lapse, dan tidak jujur dalam mengungkapkan riwayat penyakit juga dapat menyebabkan klaim ditolak. Ketidak jujuran dalam pengisian formulir dibagian penyakit, nasabah akan memiliki penyakit yang menahun atau penyakit tertentu, jika ditemukan ketidak jujuran dalam pengisian formulir berdasarkan hasil investigasi karena sejak dari awal tidak ada kewajiban untuk medikal check up. Hal ini lah yang akan mengetahui pengajuan klaim ditolak atau diterima.

e. Klaim termasuk dalam pengecualian (tidak termasuk didalam perjanjian)

Selain tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim, penyakit yang diklaim tidak ditanggung dan polis asuransi yang sudah lapse, tidak jujur dalam mengungkapkan riwayat penyakit, dan klaim tidak termasuk didalam perjanjian juga menyebabkan ditolaknya suatu klaim. Pengajuan klaim akan diterima jika yang diklaim sesuai dengan perjanjian yang ada dipolis.

f. Masa pengajuan klaim yang sudah melewati kadaluarsa

Dan terakhir selain tidak melengkapi persyaratan dan dokumen pengajuan klaim, penyakit yang diklaim tidak ditanggung dan polis asuransi yang sudah lapse, tidak jujur dalam mengungkapkan riwayat penyakit, klaim tidak termasuk didalam perjanjian, dan masa pengajuan klaim yang sudah melewati kadaluarsa juga menyebabkan klaim nasabah ditolak. Nasabah harus memperhatikan waktu pengajuan klaim, dimana dengan rentan 30-60 hari. Nasabah disarankan untuk rutin dalam melakukan pembayaran polis untuk menghindari lapse, karena akibat dari lapse dapat mempengaruhi masa berlaku polis habis.

Selain itu ada 4 hal yang menyebabkan asuransi jiwa syariah yang tidak dapat diklaim nasabah yang meninggal dunia, yaitu,

- a. Bunuh Diri
- b. Dihukum Mati Dipengadilan
- c. Berantem
- d. Demonstrasi
- e. Dibunuh Oleh Orang Yang Berkepentingan Atau Kerabatnya Agar Mendapatkan Santunan

Adapun prosedur klaim asuransi jiwa bisa dilakukan jika memenuhi syarat dan ketentuan yg berlaku dan harus melengkapi syarat yang diperlukan:

- a. Jika klaim rumah sakit:

- 1) Polis asli
 - 2) Harus melampirkan surat keterangan dokter
 - 3) Kwitansi rincian biaya rumah sakit
 - 4) Melampirkan form klaim
 - 5) Melampirkan Ktp pemegang polis (PP)
 - 6) Melampirkan Fotocopy buku rekening PP
 - 7) menandatangani form klaim
- b. Jika klaim asuransi jiwa (UP Jiwa) Uang Pertanggung Jawaban. Bila Tertanggung Utama (TU) meninggal dunia, maka yg dapat melakukan klaim adalah penerima manfaatnya (PM). Dengan melengkapi persyaratan yg berlaku seperti
- 1) Polis asli
 - 2) Formulir klaim Meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli)
 - 3) Melampirkan fotocopy KTP TU (Tertanggung Utama)
 - 4) Melampirkan fotocopy KTP PP (Pemegang Polis)
 - 5) Melampirkan fotocopy KTP PM (Pemberi Manfaat)
 - 6) Melampirkan surat keterangan dokter untuk klaim meninggal dunia
 - 7) Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi
 - 8) Catatan medis/resume medis Tertanggung apabila diminta oleh Penanggung
 - 9) Fotokopi Surat Keterangan Kematian/akte tertanggung yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang
 - 10) Fotokopi Surat Perubahan Nama Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat (jika perubahan nama pernah terjadi) (untuk Pemegang Polis perseorangan)
 - 11) Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan/bukti pelaporan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sebagaimana disyaratkan dalam peraturan perundangundangan, dan dokumen pengangkatan direksi Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perusahaan/badan usaha)
 - 12) Surat Berita Acara Kepolisian (asli) jika Tertanggung meninggal karena kecelakaan yang melibatkan pihak Kepolisian
 - 13) Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu secara wajar oleh Penanggung

Dalam melakukan verifikasi klaim harus sesuai dengan ketentuan PT. Prudential Life Assurance dan semua proses klaim dibantu oleh agennya. Verifikasi klaim dilakukan dari mulai pengecekan formulir klaim yang diisi tertanggung dan agen memastikan sudah benar, tepat dan lengkap, kemudian mengecek keseluruhan dokumen-dokumen yang telah ditentukan, apakah sudah lengkap atau belum, setelah itu melakukan Entry Data Base, jika sudah dipastikan dokumen telah lengkap dan benar, pengiriman seluruh dokumen setelah lengkap dilakukan segera mungkin, karena ada batas waktu untuk pengiriman dokumen terhitung sejak terjadinya musibah, tergantung manfaat

yang akan diklaim oleh nasabah atau pemegang polis. Pengajuan klaim atas pembayaran Uang Pertanggungan berkaitan dengan peristiwa meninggal dunianya tertanggung beserta kelengkapan dokumennya harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 3 (tiga) bulan setelah tertanggung meninggal dunia. Kemudian perusahaan melakukan proses validasi terhadap dokumen pelengkap dan verifikasi kepada tertanggung. selanjutnya keputusan klaim dan verifikasi perusahaan. Keputusan klaim tersebut meliputi pengajuan klaim disetujui, pengajuan klaim ditunda, ataupun pengejukan klaim ditolak.

Syarat dan Ketentuan Pengajuan Klaim di PT. Prudential Syariah Cabang Binjai Dalam pengajuan klaim produk asuransi jiwa PT Prudential Syariah cabang Binjai memiliki syarat dan ketentuan tersendiri, berikut adalah syarat dan ketentuannya :

- a. Memiliki produk yang akan di klaim (memiliki polis)
- b. Polis masih inforce/berlaku/aktif
- c. Sudah melewati masa tunggu (waiting period) yang berlaku dalam masing-masing manfaat.
- d. Tidak termasuk dalam pengecualian (exclusion)
- e. Tidak mengungkapkan informasi yang bersifat material mengenai kondisi kesehatan nasabah kepada perusahaan.
- f. Melihat kriteria polis yang akan diklaim
- g. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim

Langkah-langkah pengajuan klaim:

- a. Pemberitahuan kepada penanggung atas apa yang terjadi pada dirinya. Pemberitahuan dapat disampaikan melalui agent yang membukakan polis tertanggung di PT. Prudential Syariah Binjai
- b. Penyertaan dokumen dan ketentuan pengajuan klaim produk asuransi jiwa lalu diserahkan ke PT.Prudential Syariah Binjai. Apabila dokumen tidak atau kurang jelas, bertentangan atau tidak bersesuaian, maka penanggung mempunyai hak untuk meminta atau mendapatkan dokumen lain atau penjelasan lebih lanjut.
- c. Pengujian, dan Penolakan, Penundaan, atau Persetujuan Klaim Setelah penyertaan dokumen, penanggung berhak melakukan pengujian terhadap klaim, apakah sudah valid dan sesuai dengan syarat dan ketentuan.
- d. Bagian administrasi klaim akan mengajukan formulir dan dokumen tersebut kepada bagian analisa klaim di kantor pusat Prudential di Jakarta untuk diinput pada sistem.
- e. Bagian analisa klaim melakukan pengecekan dokumen yang dikirim dan menentukan apakah perlu investigasi atau tidak. Bila diperlukan, bagian analisa klaim akan melakukan investigasi langsung baik dari keterangan rumah sakit atau dokter yang merawat tertanggung.

- f. Jika klaim disetujui, maka bagian administrasi klaim akan membuat permintaan pembayaran manfaat ke bagian keuangan dan bagian informasi dan telekomunikasi akan langsung mengirim surat pengkonfirmasi ke kepada nasabah atau ahli waris bahwa klaim telah disetujui.

Proses pembayaran:

- a. Pembayaran manfaat pertanggungan dilakukan jika dokumen yang diperlukan sudah lengkap diterima dan melalui proses pengujian klaim, serta klaim disetujui oleh penanggung.
- b. Manfaat akan langsung diberikan kepada tertanggung atau ahli waris melalui cek atau transfer oleh staf atau bagian keuangan Prudential dengan disertai persetujuan publikasi serah terima klaim.
- c. Tertanggung atau ahli waris menandatangani tanda terima pembayaran dan menyerahkan kembali pada bagian administrasi klaim.
- d. Dokumen klaim akan langsung dikirim kembali beserta file polis ke vendor. Selanjutnya melakukan pengarsipan dan berakhirilah pemrosesan klaim tersebut.
- e. Segala manfaat pertanggungan yang dibayar oleh penanggung akan diperhitungkan dengan kewajiban-kewajiban pemegang polis (jika ada).

4. Kesimpulan dan Saran

Permasalahan klaim asuransi jiwa merupakan permasalahan yang umum terjadi pada perusahaan asuransi jiwa, seperti klaim nasabah ditolak dan permasalahan tersebut tidak dapat diselesaikan. Begitu pula dengan masalah penolakan keluhan pelanggan pada PT. Asuransi Jiwa Prudential Binjai. Penolakan klaim pelanggan yang bermasalah merupakan suatu permasalahan yang sering terjadi namun tidak dapat diselesaikan karena ada faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya penolakan klaim. Diantaranya, nasabah tidak memenuhi syarat dan dokumen yang diperlukan untuk mengajukan klaim, penyakit yang dinyatakan tidak ditanggung oleh perusahaan, polis asuransi tidak sah (kedaluwarsa), jujur dalam mengungkapkan riwayat kesehatannya. pengecualian (tidak tercakup dalam perjanjian) dan batas waktu pengajuan klaim telah berlalu. kedaluwarsa. Beberapa faktor tersebut membuat PT menolak permintaan klien. Asuransi Jiwa Prudential Binjai. Selain itu, ada 4 hal yang membuat nasabah meninggal dunia karena tidak bisa mengklaim asuransi jiwa syariah, yaitu meninggal karena bunuh diri, dijatuhi hukuman mati oleh pengadilan, berkelahi, melakukan protes, dan dibunuh oleh oknum demi melindungi diri. melindungi kepentingan Anda atau orang-orang terdekat Anda. untuk menerima kompensasi. Oleh karena itu, nasabah perlu mewaspadaai sejumlah faktor yang dapat menyebabkan klaim ditolak. Setiap perusahaan asuransi mempunyai syarat dan ketentuan masing-masing dalam mengajukan klaim. Oleh karena itu, sebelum mengajukan klaim, nasabah harus terlebih dahulu memeriksa kondisi, dokumen yang ditentukan dan membaca buku polis terlebih dahulu. Sebab jika peraturannya tidak jelas, bisa jadi ada peraturan

tertentu yang tidak diperhatikan oleh nasabah sehingga menyebabkan klaim ditolak. Selain itu, pelanggan juga harus mengisi pengaduan dengan jujur, jika tidak maka klaim akan otomatis ditolak.

5. Daftar Pustaka

- Agustina Nelsi Siburian Dan Fauzi Arif Lubis (2022). Analisis Pengajuan Klaim Produk Jasa Asuransi Di Pt. Prudential Syariah Cabang Binjai. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi Dan Keuangan*, Vol. 3 No. 3 Juli. Page: 781–786.
- Ajib, M. (2019). *Asuransi Syariah*. Rumah Fiqih Publishing.
- El-Khalieqy Abidah (2021). Akibat Hukum Bagi Nasabah Asuransi Selaku Debitur Terhadap Penolakan Klaim Asuransi Jiwa. *Jurnal Ilmiah Hukum Kenotariatan* Vol.10 No.1 Mei.
- Fatwa Dewan Syariah Nasional No. 04/ Mui/ Iv/ 2000.
- Fратиwi. Dwita (2023). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penolakan Suatu Klaim Nasabah Asuransi (Studi Kasus Pada Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera Kantor Pemasaran Medan). (Eksya) *Jurnal Program Studi Ekonomi Syariah Stain Madina*. Vol. 4. No.2, Desember, Issn 2746-8933 (Online), 2746-8925 (Cetak).
- Indah Nur Hidayati Dan Ahmad Baehaqi (2018). Faktor Penentu Kinerja Investasi Asuransi Jiwa Syariah DiIndonesia. *Jurnal Musqtasid*, 9(2): 93-108
- Salim. A.A (1991). *Dasar-Dasar Asuransi*, Jakarta: Ed Ke-2, Rajawali Pers.
- Somad, A. (2020). Penolakan Klaim Asuransi Terhadap Tertanggung (Suatu Analisis Pembaharuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang). *Jurnal Ilmiah Hukum Dan Keadilan*, 7(2), 16–41. (Dwita Fratiwi,2023).
- Taufik Kurrohman. Dkk (2021). Aktualisasi Klaim Asuransi Pada Lembaga Asuransi Jiwa Syariah Berdasarkan Prinsip Syariah. *Jurnal Surya Kencana Satu: Dinamika Masalah Hukum Dan Keadilan*. Vol. 12 Issue 2, October.
- Yusrizal, & Lubis, F. A. (2020). Potensi Asuransi Syariah Di Sumatera Utara. *Human Falah: Jurnal Studi Ekonomi Dan Bisnis Islam*, 7(2), 287–314.
- Zulkifli, S., Panjaitan, M., Arrahman, G., & Silitonga, J. (2020). Penyebab Ditolaknya Suatu Klaim Asuransi (Studi Penelitian Pt Prudential Life Assurance Medan). *Jurnal Mutiara Hukum*, 3(2), 21–29.