

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Di masa yang penuh resiko sekarang ini, orang ramai-ramai mencari Asuransi untuk melindungi dan menjamin diri. Asuransi adalah suatu bentuk perlindungan yang sangat diminati masyarakat. Mereka sebagai calon nasabah akan membayar premi untuk perusahaan-perusahaan tersebut tanpa ragu dan punya klaim asuransi yang besar. Terdapat dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. Menurut para ahli ilmu ekonomi, asuransi merupakan sebuah institusi Keuangan, ini karena perusahaan asuransi bisa mengumpulkan jumlah uang yang sangat besar, Jika kontrak telah selesai dan pemegang polis telah melunasi pembayaran premi maka polis akan dibayarkan.

Menurut Murtika (1980:302) Jiwa seseorang dapat diasuransikan untuk kebutuhan orang tersebut , baik untuk selama ia hidup atau untuk waktu yang ditentukan dalam kontrak. Perusahaan asuransi pasti memiliki beberapa unsur, antara lain:

1. Pengalihan resiko dari tertanggung kepada penanggung
2. Tertanggung harus membayar premi asuransi
3. Penanggung wajib membayar ganti rugi sesuai dengan syarat dan ketentuan diawasi oleh perusahaan polis / asuransi.

Simanjuntak dalam bukunya Hukum Pertanggung dan Perkembangan (1980:22) mengemukakan bahwa selain membayar premi berdasarkan asuransi pilihannya, mereka pun perlu menyempurnakan unsur yang sama yang perlu dilaksanakan dalam bentuk hak dan kewajiban. Pada saat yang sama, kewajiban tertanggung adalah membayar premi asuransi dan berhak atas kompensasi jika terjadi pelanggaran kontrak.

Salah satu hak penanggung adalah bahwa penanggung berhak mewajibkan pemegang polis untuk membayar premi pada waktu yang ditentukan dalam kontrak yang disepakati sebelumnya, dan salah satu hak tertanggung atau pemegang polis di sini adalah untuk diasuransikan. Masyarakat berhak mendapatkan layanan dari perusahaan asuransi yang dimiliki oleh kedua perusahaan asuransi tersebut, dan jika perusahaan tersebut wanprestasi, mereka berhak menerima kompensasi. Dengan perkembangan zaman, sistem manajemen yang dimiliki oleh berbagai perusahaan asuransi saat ini mengalami kendala, maka tidak heran jika beberapa diantaranya

bangkrut atau bahkan tutup karena terlambat atau bahkan tidak mampu membayar klaim polis kepada tertanggung.

Industri asuransi akan menyingkirkan segala macam masalah dan risiko. Ada beberapa masalah umum yang ditemui pemegang polis antara lain:

1. Kebanyakan nasabah yang menggunakan jasa asuransi tidak paham produk asuransi apa yang akan mereka ambil;
2. Para pemegang polis belum mengerti apakah produk asuransi yang akan mereka gunakan dapat memenuhi kepentingannya.

Pada saat yang bersamaan, karyawan perusahaan asuransi seringkali menghadapi permasalahan: premi asuransi yang tinggi, jaminan yang dibekukan dan jumlah asuransi yang berlebihan, yang artinya asuransi yang diberikan oleh perusahaan asuransi tidak cukup untuk menutupi kerugian yang diderita nasabah.

Di lain isi, mustahil apabila perusahaan tidak memiliki risiko yang mungkin dihadapi di kemudian hari (termasuk karyawan dan nasabah pemegang polis). Risiko adalah ketidakpastian kerugian seseorang (ketidakpastian kerugian). Setidaknya harus ada unsur "ketidakpastian" dan "kerugian" dalam risiko. Ketidakpastian dapat didasarkan pada waktu, tempat, dan objek acara, dan kerugian yang terlibat harus diukur dengan uang. Salah satu risiko yang diambil nasabah dalam asuransi adalah tanggung jawab, dalam risiko ini karena penyebab kita (misalnya kecelakaan), kita harus menanggung risiko tanggung jawab kepada orang lain. Sedangkan risiko terbesar yang dihadapi perusahaan asuransi adalah risiko salah urus, yang artinya perusahaan telah salah memilih eksekutif untuk mengoperasikan perusahaan, dan perusahaan dapat mengalami kerugian akibat ketidakmampuan para eksekutif di kemudian hari.

Pada sistem perasuransian menurut Buku 4 tentang Perasuransian OJK (2019:143-149) ada setidaknya 4 prosedur yang akan diikuti oleh calon maupun pemegang polis yang sah, antara lain:

1. Penutupan Asuransi

Penutupan asuransi merupakan proses transaksi dimana tertanggung terlebih dahulu meminta penanggung untuk membayar sejumlah premi asuransi untuk mencegah akibat tertentu.

2. Klaim Asuransi

Klaim asuransi mengacu pada klaim-klaim yang terkait dengan kesepakatan dan kontrak yang dicapai antara tertanggung dengan perusahaan asuransi dan pelanggan. Jika penanggung telah membayar premi asuransi, para pihak memiliki kekuatan mengikat untuk memastikan bahwa penanggung membayar ganti rugi tersebut. Ketika hal itu terjadi, yang tertanggung alami.

3. Dokumen Klaim

Persyaratan untuk menyerahkan polis asuransi tidak menentukan dokumen mana yang harus disertakan oleh nasabah untuk membantu pengajuan klaim. Namun, ada beberapa persyaratan untuk membantu pencairan klaim tersebut, yang pada akhirnya bergantung pada kerugian yang diderita.

4. Penuntasan Perkara Klaim Klaim

Pihak Administrasi (OJK) membuat Badan Penyelesaian Sengketa Alternatif (LAPS) untuk setiap usaha yang terkait keuangan untuk menyelesaikan permasalahan klaim asuransi yang sering terjadi antara nasabah dan pihak perusahaan asuransi.

Menurut Bidang Perasuransian OJK (2019:151) Usaha asuransi tersebut sudah mempunyai LAPS yaitu Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi (BMAI).

a. Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS)

LAPS adalah organisasi menyelesaikan masalah di luar pengadilan. OJK telah membentuk LAPS sesuai POJK No. 1 / POJK.07 / 2014 tentang LAPS. POJK bertujuan untuk memberikan perlindungan konsumen sesuai dengan kewenangan Undang-Undang Nomor 21 Otoritas Jasa Keuangan tahun 2011. Tanggal 23 Januari 2014 POJK diterbitkan. Alasan didirikannya lembaga alternatif penyelesaian sengketa adalah biasanya belum ada persetujuan antara klien dan lembaga jasa keuangan. Oleh sebab itu, perlu dibentuk lembaga penyelesaian sengketa alternatif nan dapat menuntaskan sengketa secara cepat, ekonomis, jujur serta efektif.

b. Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi

Tertanggal 12 Mei 2006 BMAI dibentuk untuk memberikan jasa yang profesional dan terbuka berdasarkan kesenangan, perlindungan serta penegakan hak klien melalui mediasi juga adjudikasi. BMAI adalah lembaga penyelesaian sengketa klaim asuransi yang gampang didapatkan oleh masyarakat, khususnya nasabah.

Menurut Van Horne dan Wachowicz (2001) Likuiditas adalah kemampuan perusahaan untuk melunasi hutang dan hutang jangka pendek. Hutang jangka pendek perusahaan termasuk hutang dagang, pajak, dividen, dll. Ketika industri tersebut tidak dapat melunasi hutang dan kewajibannya, maka perusahaan tidak mempunyai cukup kemampuan (likuiditas) untuk melunasi hutang tersebut. Ketika likuiditas perusahaan sedang rendah, tidak mungkin usaha yang dijalankan hanya menunggu kehancurannya. Mengingat fakta tersebut, likuiditas merupakan aspek penting bagi usaha perasuransian .

Pasal 27 Keputusan Menteri Keuangan mengatur batas waktu pembayaran klaim. Mengenai penyelenggaraan perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi 422 / KMK.06 / 2003 sd 2003: “Perusahaan asuransi wajib membayar klaim, atau besarnya klaim, paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah tercapai kesepakatan antara tertanggung dan perusahaan asuransi ”. Pada saat yang sama, Pasal 37 PP 73 Tahun 1992 mengatur sanksi bagi pelanggar, yaitu: “Setiap perusahaan perasuransian yang tidak mematuhi peraturan pemerintah ini dan peraturan perizinan usaha dan status keuangan terkait wajib melakukan kegiatan usaha dan menyampaikan laporan. Pengumuman neraca dan perhitungan laba rugi, atau inspeksi di tempat, peringatan dan sanksi, sanksi pembatasan kegiatan usaha, dan sanksi pencabutan izin usaha”.

Jika industri jasa asuransi tersebut menunda pembayaran klaim asuransi, hal pertama yang harus dilakukan adalah bertanya pada agen yang memproses pembayaran, atau bisa langsung mendatangi cabang di masing-masing kota dan menanyakan kapan mereka akan membayar pembayaran. Jika pihak perusahaan asuransi tetap tidak membayar yang sudah diatur dalam kontrak di kemudian hari, pihak yang diasuransikan bisa mengajukan gugatan perdata berdasarkan pelanggaran kontrak (Pasal 1243 KUH Perdata).

Menurut paparan dari Bumiputera pers (2009), salah satu kasus perusahaan asuransi Indonesia AJB Bumiputera 1912 saat ini menjalani masalah likuiditas, yang menyebabkan kelalaian dalam pembayaran klaim polis asuransi kepada para kliennya. Sejak 2016, AJB Bumiputera mengalami masalah likuiditas. Pada tanggal 23 Mei 2018, Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera mengirimkan surat permintaan maaf yang terlambat kepada pemegang polis atas klaim tersebut. Hingga 25 September 2019, jumlah klaim yang harus diajukan ke perusahaan asuransi jiwa kepada nasabah bersama masyarakat adat sudah mencapai Rp 2,7 triliun. Perusahaan asuransi ini telah dilanda berbagai permasalahan, mulai dari penerapan tata kelola

perusahaan hingga miss management yang berdampak pada neraca keuangan. Gejala permasalahannya karena struktur pemegang polis masuk dalam BPA, sehingga tata kelola belum dilaksanakan sehingga terjadi miss management.

Riyanto (2001:32) menyatakan: “Masalah likuiditas adalah berhubungan dengan masalah kemampuan suatu perusahaan untuk memenuhi kewajiban finansialnya yang harus segera dipenuhi.” Perusahaan AJB Bumiputera tengah dalam kondisi terpuruk. Sesuai uraian tersebut, nasabah khawatir ketika United Life Insurance Company Bumiputera masih belum dapat memastikan waktu klaim, meskipun telah dibayarkan kepada keluarga nasabah. Mengenai hak pemegang polis / tertanggung, realisasi hak tersebut diatur dalam ketentuan perasuransian yang relevan pada Pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014, yang mengatur bahwa perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi Syariah telah pailit. Dalam likuidasi, nasabah memiliki hak yang lebih tinggi untuk mendistribusikan aset dibandingkan pihak lain.



1.2.Rumusan Masalah

Dari pembahasan yang melatarbelakangi permasalahan diatas, maka diajukan pertanyaan sebagai berikut :

1. Apa yang menjadi penyebab keterlambatan pembayaran polis?
2. Bagaimana tindakan hukum keterlambatan pembayaran klaim?

1.3.Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini antara lain:

- a. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan apa saja penyebab keterlambatan pembayaran polis.
- b. Untuk mengetahui dan menganalisa bagaimana akibat hukum terhadap keterlambatan pembayaran klaim.

2. Manfaat Penelitian

Suatu penelitian diharapkan akan memperoleh hasil yang memberikan manfaat. Adapun manfaat dari penelitian ini, yaitu:

1. Kegunaan Teoritis

Kegunaan teoritis dimaksudkan sebagai referensi ilmiah, sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya (khususnya perguruan tinggi).

2. Kegunaan Praktis

Kegunaan praktis diharapkan bisa menjadi masukan atau solusi atas permasalahan asuransi.

3. Pihak Jasa Asuransi

Di Masa depan hendaknya tidak menyepelkan serta memperlambat pemrosesan klaim asuransi yang dibayarkan kepada nasabah

4. Masyarakat

Ada baiknya sebelum masyarakat memilih asuransi terdapat hal-hal yang perlu dilakukan yaitu bertanya lebih dalam dan memahami serta mempelajari lagi ketika akan memilih asuransi yang akan digunakan.

5. Penegak Hukum

Agar menciptakan relasi yang baik antara perusahaan jasa asuransi dan nasabah, penegak hukum dapat mengawasi kinerja dan pelayanan perusahaan asuransi kepada para nasabahnya.

