

BAB III

SENGKETA PENOLAKAN KLAIM ASURANSI AHLI WARIS OLEH PERUSAHAAN PERASURANSIAN AKIBAT TERTUKARNYA REKAM MEDIS PADA OTORITAS JASA KEUANGAN

A. OTORITAS JASA KEUANGAN

1. Profile Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia

Perkembangan industri sektor jasa keuangan di Indonesia, permasalahan lintas sektoral industri jasa keuangan, dan amanah Pasal 34 Undang-undang Nomor 3 tahun 2004 tentang Bank Indonesia,¹³⁴ menjadi dasar pemerintah mendirikan lembaga Independen dalam melakukan pengawasan terhadap industri jasa keuangan. Otoritas Jasa Keuangan didirikan oleh Pemerintah sebagai amanah Pasal 34 ayat 1 Undang-undang Nomor 3 Tahun 2004 tentang Bank Indonesia yang mengatakan “Tugas mengawasi bank akan dilakukan oleh lembaga pengawasan sektor jasa keuangan yang independen, dan dibentuk dengan undang-undang”.

Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia dalam melaksanakan tugas, dan fungsinya sebagaimana yang ditentukan oleh Undang-undang dilakukan di kantor yang beralamat di Gedung Soemitro Djojohadikusumo Jalan Lapangan Banteng Timur 2-4. Jakarta 10710. Nomor Telepon: (021) 2960 0000, Fax: (021) 385 8321, Email: Humas@ojk.go.id.

¹³⁴ Adrian Sutedi, *Op. Cit*, hlm. 36.

a. Susunan Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia

Dewan Komisiner merupakan pimpinan tertinggi dalam struktur organisasi yang ada pada Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia, Pasal 1 ayat 2 Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan menjelaskan Dewan Komisiner yaitu “pimpinan tertinggi OJK yang bersifat kolektif dan kolegial”.

Berdasarkan penjelasan Pasal 10 Ayat (2) Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan, yang dimaksud dengan bersifat kolektif adalah bahwa setiap pengambilan keputusan Dewan Komisiner diputuskan secara bersama-sama oleh anggota Dewan Komisiner. Sedangkan yang dimaksud dengan bersifat kolegial adalah bahwa setiap pengambilan keputusan Dewan Komisiner berdasarkan musyawarah untuk mufakat dengan berasaskan kesetaraan dan kekeluargaan di antara anggota Dewan Komisiner. Disamping itu, setiap anggota Dewan Komisiner memiliki hak untuk memberikan pendapat dalam setiap proses pengambilan keputusan Dewan Komisiner, dan memiliki hak suara pada saat keputusan ditetapkan berdasarkan suara terbanyak.

Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia dipilih oleh Dewan Perwakilan Rakyat atas calon yang diajukan oleh

Presiden.¹³⁵ Susunan dari Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan sampai dengan saat ini yaitu sebagai berikut:¹³⁶

- 1) **Muliaman Dharmansyah Hadad, PhD.** Ketua Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan;
- 2) **DR. Rahmat Waluyanto, MBA.** Wakil Ketua Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan sebagai Ketua Komite Etik;
- 3) **Nelson Tampubolon, SE, MSM.** Kepala Eksekutif Pengawas Perbankan;
- 4) **Ir. Nurhaida, MBA.** Kepala Eksekutif Pengawas Pasar Modal;
- 5) **DR. Firdaus Djaelani, MA.** Kepala Eksekutif Pengawas Industri Keuangan Non-Bank;
- 6) **Prof. Dr. Ilya Avianti, SE.,M.Si.,Ak. CPA.** Ketua Dewan Audit Otoritas Jasa Keuangan;
- 7) **DR. Kusumaningtuti Sandriharmy Soetiono, S.H., LL.M.** Dewan Komisiner Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen;
- 8) **Mirza Adityaswara, SE, M.app. Fin.** Anggota *Ex-officio* dari Bank Indonesia yang merupakan anggota Dewan Gubernur Bank Indonesia; dan
- 9) **Prof. Dr. Mardiasmo, MBA, PhD, Akt, QIA, CA, CFA.** Anggota *Ex-officio* dari Kementerian Keuangan yang merupakan pejabat setingkat eselon I Kementerian Keuangan.

¹³⁵ *Ibid*, hlm. 138

¹³⁶ <http://www.ojk.go.id/id/tentang-ojk/Pages/Dewan-Komisiner.aspx>, diakses pada tanggal 20 Januari 2017 pada Pukul 21.17 WIB.

b. Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen Otoritas Jasa Keuangan

DR. Kusumaningtuti Sandriharmy Soetiono, S.H., LL.M.

ditetapkan sebagai Anggota Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 67/P pada 18 Juli 2012 dan mengucapkan sumpah di hadapan Ketua Mahkamah Agung untuk masa jabatan 2012-2017.¹³⁷ Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen Otoritas Jasa Keuangan sampai dengan saat ini berada dibawahnya, permohonan penyelesaian sengketa pengaduan konsumen yang akan diselesaikan melalui Otoritas Jasa Keuangan ditujukan kepada Anggota Dewan Komisiner Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen Otoritas Jasa Keuangan.

Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen mempunyai fungsi pemberian dukungan melalui pengaturan dan pelaksanaan di bidang edukasi dan perlindungan konsumen, pelayanan konsumen serta pembelaan hukum perlindungan konsumen dalam rangka memperlancar pengaturan dan pengawasan terhadap kegiatan Industri Jasa Keuangan.

¹³⁷ *Ibid*, diakses pada tanggal 20 Januari 2017 pada Pukul 21.20 WIB.

1) Struktur Organisasi Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen¹³⁸



2) Fungsi dan Tugas Pokok Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen¹³⁹

Dalam melaksanakan fungsi Otoritas Jasa Keuangan dalam Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen, mempunyai tugas pokok yang harus dilaksanakan, antara lain:

- a) Melakukan pengaturan di bidang edukasi, dan perlindungan konsumen;
- b) Melaksanakan edukasi dan perlindungan konsumen;
- c) Melakukan pelayanan konsumen;
- d) Melaksanakan pembelaan hukum perlindungan konsumen; dan
- e) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Dewan Komisioner.

¹³⁸ <http://www.ojk.go.id/id/kanal/edukasi-dan-perlindungan-konsumen/tentang-epk/Pages/Struktur-Organisasi.aspx>, diakses pada tanggal 20 Januari 2017 pada Pukul 21.49 WIB.

¹³⁹ <http://www.ojk.go.id/id/kanal/edukasi-dan-perlindungan-konsumen/tentang-epk/Pages/Tugas.aspx>, diakses pada tanggal 20 Januari 2017 pada Pukul 21.33 WIB.

Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen terbagi menjadi dua departemen, pertama yaitu departemen literasi dan keuangan inklusif dan kedua departemen perlindungan konsumen. Kewenangan dalam bertindak pada Departemen Perlindungan Konsumen Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia untuk terciptanya tujuan dari Otoritas Jasa Keuangan diberikan dalam Bab VI (enam) Pasal 28 – 31 Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan sebagai landasan hukum utama, serta Peraturan Perundang-undangan lain yang memberikan kewenangan kepada Otoritas Jasa Keuangan untuk melaksanakan Pelindungan Konsumen dan Masyarakat dalam sektor keuangan.

2. Profile Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat

Guna tercapainya tujuan, fungsi, dan tugas Otoritas Jasa Keuangan dalam pengawasan lembaga jasa keuangan (LJK) diseluruh wilayah Indonesia, maka diperlukan kantor regional yang melaksanakan tugas dan fungsi dari Otoritas Jasa Keuangan tersebut. Pembentukan Kantor Wilayah Otoritas Jasa Keuangan dapat didirikan di dalam dan diluar wilayah Indonesia, sebagaimana Pasal 3 Ayat (2) Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan, “OJK dapat mempunyai kantor di dalam dan di luar wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang dibentuk sesuai dengan kebutuhan”.

Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat merupakan kantor wilayah yang didirikan untuk mendukung dalam melaksanakan tugas pengawasan terhadap lembaga jasa keuangan pada seluruh wilayah Jawa Barat. Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat beralamat di Jalan Ir. H. Djuanda No 152, Kelurahan Lebak Gede, Kecamatan Coblong, Kota Bandung 40132 Nomor Telpon: 022-4268709 (Hunting) 022-4268711, Fax: 022-84281007, Email: kr2-jabar@ojk.go.id.

a. Struktur Organisasi Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat

Dalam mendukung pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenangnya, Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia membentuk sebuah kantor regional tingkat Provinsi. Kantor regional merupakan perangkat yang dibentuk oleh Otoritas Jasa Keuangan untuk mendukung tercapainya tujuan pembentukannya.

Struktur organisasi setiap kantor regional telah ditentukan oleh Dewan Komisioner, Peraturan Dewan Komisioner Nomor 12 /Pdk.02/2015 Tentang Organisasi Otoritas Jasa Keuangan merupakan dasar pembentukan struktur organisasi dalam setiap kantor regional termasuk Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat.

Struktur organisasi pada Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat, yakni sebagai berikut:¹⁴⁰

- 1) Kepala Otoritas Jasa Keuangan Regional Jawa Barat.
- 2) Direktorat Pengawasan LJK 1.
 - a) Deputi Direktur Pengawasan LJK 1.
 - (1) Bagian Pengawasan Perbankan 1.1;
 - (2) Bagian Pengawasan Perbankan 1.2;
 - (3) Bagian Pengawasan Perbankan 1.3.
 - b) Deputi Direktur Pengawasan LJK 2.
 - (1) Bagian Pengawasan Perbankan 2.1;
 - (2) Bagian Pengawasan Perbankan 2.2.
 - c) Deputi Direktur Pengawasan LJK 3.
 - (1) Bagian Pengawasan Perbankan 3.1;
 - (2) Bagian Pengawasan Perbankan Syariah.
- 3) Direktorat Pengawasan LJK 2 dan Manajemen Strategis;
 - a) Deputi Direktur Pengawasan LJK 4 dan Perizinan.
 - (1) Bagian Pengawasan IKNB (Industri Keuangan Non-Bank);
 - (2) Bagian Pengawasan Pasar Modal;
 - (3) Bagian Perizinan.
 - b) Deputi Direktur Manajemen Strategis, Epk, dan Kemitraan Pemerintah Daerah.

¹⁴⁰ Observasi pada Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat, 19 Agustus 2016

- (1) Bagian Edukasi dan Perlindungan Konsumen;
- (2) Bagian Kemitraan dan Pengembangan Ekonomi dan Keuangan Daerah;
- (3) Bagian Informasi dan Dokumentasi;
- (4) Bagian Administrasi.

b. Tugas Pokok Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen Pada Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat

Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan memiliki Tugas Pokok dalam menjalankan pengawasannya. Disamping fungsi tersebut juga memiliki fungsi edukasi dan perlindungan konsumen. Tugas pokok Bidang Edukasi dan Perlindungan Konsumen Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat diatur didalam Peraturan Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Nomor 12/Pdk.02/2015 Tentang Organisasi Otoritas Jasa Keuangan, tugas pokok tersebut antara lain:

- 1) Melakukan fungsi edukasi mengenai jasa keuangan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan tingkat literasi dan inklusi keuangan.
- 2) Menerima konsultasi dan atau pengaduan dari masyarakat terkait dengan jasa keuangan, baik melalui media surat, email, telepon, ataupun *customer walk in*.
- 3) Melakukan proses penyelesaian pengaduan konsumen.
- 4) Melakukan penginputan pengaduan konsumen dan informasi ke dalam sistem CRM.

5) Melakukan survei mengenai literasi dan inklusi keuangan.

c. Perlindungan Konsumen Pada Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat

Dari sekian tugas yang diemban oleh Kantor Regional Otoritas Jasa Keuangan, tugas melaksanakan perlindungan konsumen menjadi perhatian khusus, “pemberian perlindungan kepada konsumen sangat penting untuk menumbuhkan kepercayaan masyarakat kepada terhadap kinerja Otoritas Jasa Keuangan”.¹⁴¹ Perlindungan konsumen yang diberikan oleh Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat terlihat pada kasus kasus ahli waris tertanggung yang pada 4 November 2015 yang mengadakan suatu perusahaan perasuransian kepada Otoritas Jasa Keuangan akibat tidak memenuhi kewajibannya sebagai penanggung asuransi ayahnya.

Maksud dari kedatangan ahli waris untuk mengajukan pengaduan atas kerugian materil yang dialaminya akibat tidak keluarnya uang pertanggungan Tn. B (Ayahanda) dari sebuah perusahaan asuransi yaitu PT. A Insurance. Penolakan tuntutan klaim ahli waris tertanggung oleh PT. A Insurance diakibatkan terdapat perbedaan antara polis asuransi dengan fakta meninggalnya tertanggung yang terdapat dalam surat keterangan kematian tertanggung. Namun, setelah dikonfirmasi oleh pihak keluarga kepada rumah sakit tempat tertanggung dilakukan pemeriksaan sebelum meninggal dunia, bahwa terdapat kesalahan yang

¹⁴¹ Adrian Sutedi, *Op. Cit*, hlm. 99

dilakukan oleh pihak rumah sakit mengenai sumber dari pembuatan surat keterangan kematian tersebut. Pihak rumah sakit telah memberikan klarifikasi mengenai kejadian atas tertukarnya rekam medis tertanggung dengan pasien lain. Namun, pihak penanggung atau PT. A Insurance tetap tidak memberikan dana pertanggungan atas meninggalnya tertanggung.

Terhadap pengaduan tersebut, Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat yang merupakan lembaga pengawas sektor asuransi dalam wilayah kerjanya menerima pengaduan masyarakat sebagai konsumen tersebut dan selanjutnya akan dilakukan langkah-langkah penyelesaian pengaduan sengketa. Kasus antara ahli waris dan perusahaan perasuransian ini telah bergulir di Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat untuk selanjutnya diselesaikan melalui mediasi atau ajudikasi sebagaimana penjelasan Pasal 2 huruf (e) POJK Nomor 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

Fasilitas tersebut diberikan oleh Kantor Regional 2 Otoritas Jasa Keuangan Jawa Barat untuk membantu menyelesaikan sengketa diantara para pihak. Otoritas Jasa Keuangan hanya memberikan fasilitas perlindungan konsumen terhadap Konsumen dengan cakupan perilaku Pelaku Usaha Jasa Keuangan sebagaimana Pasal 1 angka (3) POJK Nomor 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

B. Gambaran Kasus Penolakan Klaim Oleh Perusahaan Asuransi Sebagai Pelaku Usaha Kepada Ahli Waris Sebagai Konsumen

Pada 4 November 2015 ahli waris tertanggung mengadakan sebuah perusahaan perasuransian kepada Otoritas Jasa Keuangan. Pengaduan tersebut diakibatkan karena perusahaan asuransi sebagai penanggung asuransi ayahnya tidak memenuhi kewajibannya membayarkan dana pertanggungan atas meninggalnya tertanggung. Ahli waris mendatangi Otoritas Jasa Keuangan Regional 2 Jawa Barat yang beralamat di Jalan Braga No. 108 Bandung, yang sekarang beralamat di Jalan Ir. H. Djuanda No. 152 Bandung, maksud dari kedatangan ahli waris untuk mengajukan pengaduan atas kerugian materil yang dialaminya akibat tidak keluarnya uang pertanggungan Tn. B (Ayahanda) dari sebuah perusahaan asuransi yaitu PT. A Insurance.

Ahli waris merasa dirugikan atas cedera janji (wanprestasi) PT. A Insurance yang tidak memenuhi prestasinya sebagaimana yang telah diperjanjikan diawal. PT. A Insurance berpendapat tidak memiliki kewajiban melakukan prestasinya untuk membayarkan uang pertanggungan atas meninggalnya tertanggung dengan alasan tertanggung beritikad tidak baik dalam melakukan perjanjian asuransi ini. Tindakan tersebut dibuktikan dengan surat keterangan kedokteran mengenai sebab-sebab kematian tertanggung dari rumah sakit yang melakukan pemeriksaan sebelum tertanggung meninggal dunia pada tanggal 16 Desember 2014.

Surat keterangan kematian tersebut menyatakan bahwa, sebab-sebab kematian tertanggung diakibatkan penyakit darah tinggi dan stroke. Terdapat kesenjangan antara pernyataan yang tuangkan tertanggung dalam SPAJ yang terdapat dalam polis dengan surat keterangan kematian yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Berdasarkan fakta tersebut pihak penanggung menolak tuntutan klaim asuransi yang diajukan oleh ahli waris tertanggung.

Setelah dilakukan pemeriksaan ulang oleh ahli waris tertanggung kepada rumah sakit, ahli waris mendapatkan fakta bahwa surat keterangan kematian pasien yang menyatakan tertanggung meninggal karena penyakit stroke dan darah tinggi adalah keliru. Kekeliruan tersebut dikarenakan rekam medis tertanggung (Tn. B) tertukar dengan pasien lain yang memiliki nama yang sama. Rekam medis merupakan dasar dalam pembuatan surat keterangan kedokteran sebab-sebab kematian pasien, dikarenakan sumber pembuatannya tertukar, sehingga surat keterangan kematian tersebut itupun ikut menjadi salah/keliru.

Setelah pihak rumah sakit mengetahui kesalahan tersebut dengan bukti rekam medis yang sebenarnya milik tertanggung, memberikan klarifikasi kepada pihak ahli waris bahwa sudah terjadi kesalahan. Pihak ahli waris pun mengajukan pembelaan kepada perusahaan asuransi atas penolakan tersebut dengan membawa surat klarifikasi dari pihak rumah sakit telah terjadi kesalahan mengenai sebab-sebab kematian. Pihak rumah sakit memberikan klarifikasi bahwa kematian tertanggung terjadi secara mendadak tanpa disebabkan

penyakit tertentu, mengenai penyakit stroke dan darah tinggi itu milik dari pasien lain.

Pihak perusahaan asuransi sebagai penanggung walaupun sudah mendapatkan surat klarifikasi dari pihak rumah sakit bahwa surat keterangan kematian yang pertama dikeluarkan adalah keliru. Namun, pihak penanggung tetap menolak tuntutan klaim asuransi ahli waris dengan berpegang kepada surat keterangan kematian bertanggung yang pertama dikeluarkan oleh rumah sakit. Atas kerugian yang dialaminya, ahli waris mengajukan pengaduan kepada Otoritas Jasa Keuangan Regional Jawa Barat sebagai lembaga yang melakukan pengawasan pada sektor asuransi.

Pada umumnya, meninggalnya tertanggung dikarenakan penyakit stroke merupakan penyakit yang dikecualikan dalam polis asuransi.¹⁴² Hal ini dikarenakan penyakit stroke merupakan penyakit yang dianggap penyakit berat oleh beberapa perusahaan asuransi. Pengecualian tersebut berakibat, dana pertanggunganan atas meninggalnya tertanggung tidak akan dibayarkan oleh perusahaan asuransi. Namun, apabila penyakit tersebut terjadi setelah polis asuransi berjalan lebih dari 2 (dua) tahun, maka dapat dimungkinkan terjadi dan dana pertanggunganan akan dibayarkan karena sudah tidak dalam *incontestable clause*.¹⁴³

Pengecualian polis asuransi dapat terjadi apabila meninggalnya tertanggung disebabkan karena penyakit stroke, yang dibuktikan dengan surat

¹⁴² Wawancara pada PT. Asuransi Bintang, tanggal 13 April 2017

¹⁴³ Wawancara pada Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI), tanggal 1 Maret 2017

keterangan kematian tertanggung sebelum melewati 12 (dua belas) bulan saat perjanjian asuransi ditutup.¹⁴⁴ Dikarenakan meninggalnya tertanggung pada kasus dalam penelitian ini terjadi secara mendadak tanpa didahului dengan mengalami suatu penyakit termasuk penyakit stroke dan darah tinggi, maka sebab-sebab meninggalnya Tn. B tidak termasuk dalam pengecualian polis dan dana pertanggungan harus dibayarkan.

C. Pandangan Perusahaan Asuransi, Badan Mediasi Asuransi Indonesia, dan Rumah Sakit Terhadap Penolakan Klaim Ahli Waris Oleh Perusahaan Asuransi Karena Kesalahan Rumah Sakit.

Sehubungan dengan penelitian terhadap perusahaan asuransi yang terkena permasalahan dalam penelitian ini tidak diberitahukan atau dirahasiakan oleh Otoritas Jasa Keuangan. Sehingga dilakukan wawancara kepada beberapa perusahaan asuransi sebagai bahan perbandingan mengenai penolakan tuntutan klaim oleh perusahaan asuransi sebagai penanggung yang disebabkan akibat kesalahan rumah sakit dalam mengeluarkan surat keterangan kematian tertanggung. Oleh karena rumah sakit dalam penelitian ini tidak diberitahukan, sehingga wawancara dilakukan pada rumah sakit lain yang bukan terkena permasalahan dalam penelitian ini.

Selain kepada perusahaan asuransi, wawancara juga dilakukan pada Badan Mediasi Asuransi Indonesia sebagai Lembaga Alternatif Penyelesaian

¹⁴⁴ Wawancara pada PT. Asuransi Bintang, tanggal 13 April 2017

Sengketa sektor asuransi yang membantu masyarakat sebagai konsumen perusahaan asuransi untuk menyelesaikan permasalahan yang dideritannya.

1. PT. Prudential Life Assurance

PT. Prudential Life Assurance merupakan salah satu perusahaan perasuransian yang melakukan usaha dalam wilayah negara Indonesia, PT. Prudential Life Assurance merupakan perusahaan asuransi yang memiliki nasabah paling tinggi di Indonesia hingga saat ini. Pengalaman penanganan klaim yang baik pada PT. Prudential Life Assurance menjadikan suatu sumber yang menarik dan baik dilakukan dalam penelitian ini, dengan harapan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi masyarakat, serta perusahaan asuransi lain yang bergerak dalam asuransi jiwa di Indonesia dengan menerapkan prosedur penanganan klaim yang baik bagi nasabahnya sehingga tidak merugikan nasabah dan *stakeholder*.

Tujuan penelitian ini dilakukan pada PT. Prudential Life Assurance untuk mengetahui permasalahan penolakan klaim yang sering terjadi pada perusahaan asuransi. Penolakan klaim saat ini menjadi suatu fenomena yang sering dialami oleh nasabah atau konsumen asuransi termasuk dalam permasalahan penelitian ini. Sehingga diperlukan informasi yang bersumber dari pelaku usaha asuransi itu sendiri terkait pengajuan klaim, syarat pengajuan klaim, dan pengecualian yang mengakibatkan pengajuan tuntutan klaim ditolak oleh perusahaan asuransi.

a. Profile PT. Prudential Life Assurance Indonesia¹⁴⁵

Prudential Indonesia Didirikan pada tahun 1995, PT. Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia) merupakan bagian dari Prudential plc, sebuah grup perusahaan jasa keuangan terkemuka di Inggris. Sebagai bagian dari Grup yang berpengalaman lebih dari 168 tahun di industri asuransi jiwa, Prudential Indonesia memiliki komitmen untuk mengembangkan bisnisnya di Indonesia.

PT Prudential Life Assurance memiliki izin usaha di bidang asuransi jiwa patungan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Indonesia Nomor: 241/KMK.017/1995 tanggal 1 Juni 1995 juncto Surat Menteri Keuangan Nomor: S.191/MK.6/2001 tanggal 6 Maret 2001 juncto Surat Menteri Keuangan Nomor S.614/MK.6/2001 tanggal 23 Oktober 2001 juncto Surat Menteri Keuangan Nomor S-9077/BL/2008 tanggal 19 Desember 2008. Prudential Indonesia telah menjadi pemimpin pasar untuk kategori produk tersebut di Indonesia. Sampai 30 Juni 2016, Prudential Indonesia memiliki kantor pusat di Jakarta dan kantor pemasaran di Medan, Surabaya, Bandung, Denpasar, Batam dan Semarang.

¹⁴⁵ http://www.prudential.co.id/corp/prudential_in_id/header/aboutus/, diakses pada tanggal 6 Februari 2017, pada pukul 00.47 WIB

b. Syarat Pengajuan Klaim pada PT. Prudential Life Assurance

Pengertian klaim dalam industri asuransi jiwa adalah suatu pengembalian hak tertanggung oleh penanggung atas hal-hal tercantum dalam polis.¹⁴⁶ Dalam asuransi jiwa yang dimaksud dengan bahaya adalah meninggalnya orang yang jiwanya diasuransikan, sehingga hak tertanggung dalam mengajukan tuntutan asuransi yaitu akibat suatu peristiwa meninggalnya tertanggung. Dalam hal mengajukan tuntutan asuransi, PT. Prudential Life Assurance memiliki 2 (dua) cara pengajuan, prosedur pengajuan klaim tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Klaim Asuransi Penjaminan¹⁴⁷

a) Klaim Rawat Inap

Klarifikasi ketertanggung diri terlebih dahulu dilakukan oleh petugas pelayanan medis 24 jam. Informasi yang akan ditanyakan meliputi :

- (1) Nama (pemegang kartu tertanggung PRUhospital & surgical 75);
- (2) Nomor telepon;
- (3) Nomor polis;
- (4) Tanggal lahir;

¹⁴⁶ Abdulkadir Muhammad, *op. Cit*, hlm. 124.

¹⁴⁷ http://www.prudential.co.id/corp/prudential_in_id/myprudential/makeclaim/submitclaim/guarantee.html, diakses pada tanggal 6 Februari 2017, pada pukul 02.44 WIB

- (5) Nama rumah sakit dan dokter yang ingin dituju (jika ada);
- (6) Surat rujukan dari dokter;
- (7) Gejala atau kondisi medis yang dihadapi sehingga memerlukan rawat inap.

Selanjutnya petugas pelayanan medis 24 jam dapat memberikan referensi atau informasi mengenai rumah sakit yang menjadi rekanan/*provider* atau dapat memilih rumah sakit sesuai dengan keinginan asalkan masuk dalam daftar *provider*. Petugas pelayanan medis 24 jam dapat memberikan saran-saran medis jika dibutuhkan.

- b) Klaim Rawat Jalan (khusus perawatan sebelum dan sesudah rawat inap)

Kartu bertanggung *PRUhospital & surgical 75* tidak dapat dipergunakan sebagai jaminan pembayaran atas biaya rawat jalan yang dilakukan. Klaim rawat jalan, sesuai dengan yang tertera di ringkasan polis dan ketentuan polis, dapat diajukan setelah pengobatan dilakukan, dengan ketentuan sebagai berikut :

- (1) Mengisi formulir klaim dengan lengkap, jelas dan benar.

Formulir dapat diperoleh di Kantor Pusat Prudential Life Assurance atau melalui website pada menu "Formulir Klaim dan Aplikasi Lainnya".

- (2) Melengkapi dokumen persyaratan klaim, yaitu :
 - (a) Semua kuitansi dan tanda terima asli atas biaya perawatan.
 - (b) Laporan lengkap dari dokter / SKD (Surat Keterangan Dokter).
 - (c) Rincian biaya perawatan dari dokter, termasuk biaya obat-obatan dan jasa yang diberikan.
- (3) Dokumen persyaratan klaim tersebut di atas mohon dikirimkan ke: PT Prudential Life Assurance Prudential Tower Jl.Jendral Sudirman Kav.79, Jakarta 12910.

2) Pengajuan Klaim *Reimbursement*¹⁴⁸

a) Rawat Inap

Dalam mengajukan tuntutan klaim dibutuhkan data-data yang dapat memperkuat tuntutan kepada perusahaan asuransi, dokumen tersebut antara lain:

- (1) Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap.
- (2) Formulir Surat Keterangan Dokter.
- (3) Resume Medis.
- (4) Salinan seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
- (5) Kuitansi asli beserta rinciannya.

¹⁴⁸http://www.prudential.co.id/corp/prudential_in_id/myprudential/makeclaim/submitclaim/reimbursement.html, diakses pada tanggal 6 Februari 2017, pada pukul 02.55 WIB

b) Non Rawat Inap

Didalam mengajukan klaim *reimbursement* bukan rawat inap, dokumen yang harus dipersiapkan antara lain:

Polis Asli;

- (1) Formulir Klaim Meninggal Dunia/*Crisis Cover/Waiver/Total & Permanent Disability/PRUpersonal accident death & disablement*;
- (2) Formulir Surat Keterangan Dokter;
- (3) Resume Medis;
- (4) Salinan seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi;
- (5) Salinan KTP/bukti pengenalan diri dan penerima manfaat;
- (6) Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Rumah Sakit (formulir A1) dan salinan surat keterangan kematian Tertanggung/Akte Kematian, jika meninggal dunia;
- (7) Salinan Pengubahan Nama (Jika pengubahan nama pernah terjadi);
- (8) Surat berita acara kepolisian jika meninggal karena kecelakaan yang melibatkan pihak kepolisian.

c. Penolakan Klaim Asuransi pada PT. Prudential Life Assurance.

Perusahaan perasuransian merupakan pelaku usaha yang memberikan perlindungan terhadap peristiwa yang tidak pasti yang akan menimbulkan suatu kerugian sebagaimana yang telah dijelaskan diawal. Perusahaan perasuransian sebagai penanggung asuransi dari tertanggung memiliki hak untuk mendapatkan informasi yang benar dari calon tertanggung. Prinsip Itikad Sangat Baik (*Principle of Utmost Goodfaith*) meletakkan kewajiban kepada para pihak dalam perjanjian asuransi untuk memberikan keterangan yang sebenarnya terhadap dirinya sebelum ditutupnya perjanjian asuransi.¹⁴⁹

Surat keterangan kematian dari rumah sakit tempat tertanggung meninggal merupakan syarat dalam mengajukan klaim terhadap kematian tertanggung, surat keterangan tersebut menjelaskan sebab-sebab tertanggung meninggal dunia. Dalam hal terdapat perbedaan fakta sebab-sebab meninggalnya tertanggung didalam surat keterangan kematian dengan polis asuransi, menjadi salah satu pertimbangan penanggung menolak klaim asuransi yang diajukan. Penanggung menilai ada itikad tidak baik yang dilakukan tertanggung, sehingga melanggar prinsip itikad baik (*Principle of Utmost Goodfaith*).

Klaim menurut modul Lisensi AAJI adalah “tuntutan yang diajukan pemegang polis terhadap pelayanan atau janji yang diberikan

¹⁴⁹ Gunanto, *Loc. Cit.*

penanggung pada saat kontrak asuransi dibuat”. Pengajuan atas suatu klaim dapat dipenuhi jika memenuhi beberapa syarat. Syarat-syarat tersebut antara lain:¹⁵⁰

- 1) Memiliki produk yang akan diklaim
- 2) Polis masih berlaku/aktif/*inforce*
- 3) Sudah melewati masa tunggu (*waiting period*) yang berlaku dalam masing-masing manfaat
- 4) Tidak termasuk dalam pengecualian (*exclusion*)
- 5) *Non disclosure*, tidak mengungkapkan informasi yang bersifat material mengenai kondisi kesehatan nasabah kepada perusahaan
- 6) Melihat kriteria polis yang akan diklaim
- 7) Kelengkapan dokumen pengajuan klaim.

Tidak terpenuhinya syarat-syarat yang telah ditentukan oleh perusahaan asuransi termasuk pada PT. Prudential Life Assurance dapat berakibat ditolaknya klaim asuransi yang diajukan. Setelah melihat penjelasan syarat-syarat pengajuan klaim yang telah diuraikan, didapati bahwa banyak faktor-faktor yang dapat menyebabkan di tolaknya tuntutan klaim asuransi. Selain yang telah dijelaskan, pada intinya penolakan yang dilakukan oleh PT. Prudential Life Assurance dapat di golongkan kedalam 4 (empat) faktor yang melatarbelakangi penolakan klaim:¹⁵¹

¹⁵⁰ PT. Prudential Life Assurance, *Prusales Academy Prudential*, hlm. 52

¹⁵¹ Wawancara pada PT. Prudential Life Assurance, Tanggal 10 Maret 2017

- 1) Penyembunyian fakta materil terhadap objek pertanggungan;
- 2) Dibunuh oleh seseorang dengan maksud tertentu;
- 3) Melakukan perbuatan melanggar hukum;
- 4) Tertanggung melakukan bunuh diri dalam waktu pertanggungan kurang dari 1 (satu) tahun sejak perjanjian ditutup.

Berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian ini, PT. Prudential memberikan pendapatnya bahwa penolakan klaim yang dilakukan oleh perusahaan asuransi yang dimaksud, dikarenakan adanya penyembunyian fakta yang dilakukan oleh tertanggung pada saat akan menutup perjanjian asuransi sehingga akhirnya penanggung menolak tuntutan klaim yang diajukan. Namun, apabila pihak keluarga tertanggung telah melakukan pembelaan kepada penanggung dengan membawa bukti surat klarifikasi dari rumah sakit perihal telah terjadinya kesalahan dalam membuat surat keterangan kematian tertanggung akibat data dan informasi yang diterima oleh dokter itu keliru sehingga terjadi kesalahan, pihak penanggung seharusnya mempertimbangkan serta membayarkan tuntutan klaim yang diajukan karena pengecualian dalam polis tidak terbukti.

Berdasarkan wawancara dengan pihak PT. Prudential Life Assurance, pihak penanggung asuransi dalam permasalahan ini terlalu terburu-buru dalam melakukan penolakan klaim. Dalam hal terdapat tuntutan klaim oleh ahli waris tertanggung akibat terjadinya risiko meninggal dunia, sebuah perusahaan asuransi atau penanggung harus

melakukan investigasi kepada rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan yang diterima bertanggung sebelum meninggal dunia. Syarat dalam mengajukan tuntutan klaim pasti disertakan identitas atau kartu pengenal tertanggung yang bersangkutan.

Apabila alasan dalam penolakan klaim yaitu terdapat perbedaan antara polis asuransi dengan isi surat keterangan kedokteran sebab-sebab kematian pasien. Seharusnya di periksa terlebih dahulu sumber surat keterangan kedokteran tersebut yaitu rekam medis tertanggung. Apabila rekam medis tertanggung telah terbukti sesuai dengan identitas atau kartu tanda pengenal dan didapati perbedaan antara polis dengan fakta meninggalnya tertanggung tersebut maka penanggung telah benar melakukan penolakan. Namun, apabila rekam medis tertanggung yang dijadikan sumber dalam menerbitkan surat keterangan kematian tertanggung tidak sesuai dengan kartu identitas yang sah, atau sumber surat keterangan kematian tertanggung terdapat kekeliruan (kesalahan).

Penanggung seharusnya tidak dapat menolak klaim tersebut dan harus membayarkan dana pertanggungan kepada penerima manfaat atau ahli warisnya. Hal ini dikarenakan alasan terdapatnya perbedaan polis asuransi dengan fakta meninggalnya tertanggung dalam surat keterangan kematian tidaklah terbukti dan tidak dibenarkan.¹⁵²

¹⁵² Wawancara pada PT. Prudential Life Assurance, Tanggal 10 Maret 2017.

Disamping ahli waris mendapatkan dana pertanggungan atas suatu risiko meninggalnya tertanggung, ahli waris juga mendapatkan nilai tunai dari premi yang telah dibayarkan kepada perusahaan asuransi sebagai kompensasi dari investasi yang telah dilakukan. Nilai tunai akan dibayarkan oleh penanggung, ada atau tidaknya risiko terhadap objek pertanggungan (risiko meninggal dunia). Kendati demikian, nilai tunai yang akan diterima tidak sebesar dengan nominal yang dijanjikan dalam dana pertanggungan atas suatu risiko meninggal dunia.

2. PT. Asuransi Bintang, Tbk.

a. Profile PT. Asuransi Bintang, Tbk.¹⁵³

PT Asuransi Bintang, Tbk. adalah salah satu perusahaan asuransi umum yang berpengalaman di Indonesia, yang didirikan pada tanggal 17 Maret 1955. Dengan terus menerus meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta system dan prosedurnya. PT Asuransi Bintang, Tbk. terus tumbuh dan berkembang dalam kurun waktu lebih dari 5 dasawarsa. PT. Asuransi Bintang Tbk. sudah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dengan izin usaha bernomor NO. KEP-6648/MD/1986 dari Departemen Keuangan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Moneter Dalam Negeri.

¹⁵³ <http://www.asuransibintang.com/id/tentang-kami>, diakses pada tanggal 13 April 2017 pukul 20.43 WIB.

PT. Asuransi Bintang, Tbk dipimpin oleh organ perusahaan, antara lain:

- 1) **Hastanto Sri Margi Widodo, SKom, MengSc.**, sebagai Presiden Direktur yang diangkat berdasarkan Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) Tahunan 1 Juni 2016.
- 2) **Reniwati Darmakusumah, SE, AAIJ**, sebagai Direktur.
- 3) **Jenry Cardo Manurung, SE, MM**, sebagai Direktur.

PT. Asuransi Bintang, Tbk. dalam melaksanakan kegiatan usahanya dilakukan di beberapa kantor cabang, berkaitan dengan manajemen perusahaan dilakukan di kantor pusat yang beralamat di Jalan RS Fatmawati No.32, Jakarta 12430, Telp: (021) 7590 2777 (hunting), Fax: (021) 7656 287, (021) 7590 2555.

b. Syarat Pengajuan Klaim Pada PT. Asuransi Bintang, Tbk.¹⁵⁴

Pada umumnya PT. Asuransi Bintang, Tbk. merupakan perusahaan asuransi yang bergerak dalam asuransi umum (kerugian). Namun didalam PT. Asuransi Bintang, Tbk. terdapat produk asuransi yang memberikan perlindungan terhadap jiwa seseorang, asuransi kesehatan syaria dan asuransi kecelakaan diri merupakan produk yang memberikan perlindungan terhadap jiwa seseorang.

¹⁵⁴ Wawancara pada PT. Asuransi Bintang, Tbk, Tanggal 12 April 2017.

Asuransi kecelakaan diri yaitu produk asuransi yang memberikan jaminan apabila terjadi risiko kecelakaan diri. Yang dimaksud dengan kecelakaan suatu kejadian atau peristiwa yang mengandung unsur kekerasan yang datangnya secara tiba-tiba, tidak dikehendaki/direncanakan, dari luar, terlihat langsung terhadap tertanggung yang seketika itu mengakibatkan luka badan yang sifat dan tempatnya dapat ditentukan oleh ilmu kedokteran. Jaminan polis pada asuransi kecelakaan diri, antara lain:

- 1) Kematian akibat kecelakaan.
- 2) Cacat tetap/sementara akibat kecelakaan (*temporary/permanent disablement*).
- 3) Biaya pengobatan akibat kecelakaan (*medical expense*).

Dalam melakukan tuntutan klaim terhadap asuransi kecelakaan diri, tertanggung harus melengkapi dokumen-dokumen sebagai syarat pengajuan klaim, dokumen tersebut antara lain:

- 1) Formulir laporan pengajuan klaim berikut kronologis kecelakaan yang terjadi.
- 2) Polis asli atau *fotocopy* (dilegalisir)
- 3) *Fotocopy* Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- 4) Dalam hal tertanggung meninggal dunia;
 - a) Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (*visum et repertum*).

- b) *Fotocopy* surat keterangan meninggal dunia dari lurah atau kepolisian setempat.
 - c) Surat keterangan para saksi.
- 5) Dalam hal tertanggung hilang;
- a) Surat keterangan tentang kecelakaan dan penghentian pencarian dari pihak yang berwenang
 - b) Surat pernyataan dari ahli waris akan mengembalikan santunan apabila tertanggung ditemukan kembali dalam keadaan hidup.
- 6) Dalam hal tertanggung mengalami cacat tetap;
- a) Surat keterangan *visum* dari dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan.
 - b) Surat keterangan para saksi.
- 7) Kwitansi dari dokter, rumah sakit, laboratorium, apotik, dalam hal tertanggung menjalani perawatan atau pengobatan.
- 8) Dokumen lain yang relevan, wajar, dan patut diminta oleh penanggung sehubungan dengan penyelesaian klaim.

Baik pada asuransi jiwa maupun pada asuransi kecelakaan diri yang menyebabkan kematian, surat keterangan kematian dari dokter mengenai sebab-sebab kematian tertanggung diperlukan sebagai salah satu persyaratan yang wajib dipenuhi oleh ahli waris (penerima manfaat) dalam melakukan tuntutan klaim. Menurut PT. Asuransi Bintang, Tbk. surat keterangan kedokteran menjadi salah satu pertimbangan suatu

klaim ditolak atau diterima yang akan dicocokkan dengan polis asuransi.¹⁵⁵

c. Penolakan Klaim Asuransi Menurut PT. Asuransi Bintang, Tbk.

Penolakan tuntutan klaim yang diajukan oleh ahli waris tertanggung oleh perusahaan asuransi diakibatkan karena fakta meninggalnya tertanggung termasuk kedalam pengecualian dalam polis asuransi. Menurut PT. Asuransi Bintang, Tbk. penyakit stroke merupakan penyakit yang termasuk kedalam pengecualian dalam polis, terhadap pengecualian ini pihak ahli waris tidak akan mendapatkan manfaat asuransi yaitu pembayaran dana pertanggungan dari perusahaan asuransi.

Apabila dikaitkan dengan permasalahan dalam penelitian ini, surat keterangan kematian yang dikeluarkan oleh rumah sakit tempat tertanggung meninggal dunia menyatakan, bahwa fakta kematian tertanggung disebabkan karena penyakit stroke dan darah tinggi. Apabila tuntutan klaim asuransi ini diajukan pada Asuransi Bintang, maka tuntutan klaim tersebut akan ditolak. Namun, pada faktanya setelah dilakukan pemeriksaan oleh pihak keluarga tertanggung pada rumah sakit tempat tertanggung meninggal dunia, bahwa surat keterangan kematian tertanggung yang menyatakan meninggalnya dikarenakan penyakit stroke dan darah tinggi adalah keliru. Kekeliruan

¹⁵⁵ Wawancara pada PT. Asuransi Bintang, Tbk, Tanggal 12 April 2017.

tersebut dibuktikan dengan rekam medis yang menjadi dasar pembuatan surat keterangan kematian tersebut tertukar milik pasien lain dan pihak rumah sakit telah memberikan klarifikasi terhadap hal tersebut.

PT. Asuransi Bintang, Tbk. memberikan pandangan,¹⁵⁶ bahwa perusahaan asuransi tersebut terlalu cepat dalam melakukan penolakan tuntutan klaim yang diajukan. Seharusnya perusahaan asuransi melakukan survei terlebih dahulu kepada rumah sakit mengenai kebenaran surat keterangan kematian tersebut, apabila didapati fakta yang sebenarnya bahwa terdapat perbedanaan antara penyebab meninggalnya tertanggung dengan polis asuransi maka tindakan penanggung menolak tuntutan klaim ahli waris telah benar. Namun, fakta yang terjadi dalam penelitian ini bahwa rumah sakit telah melakukan klarifikasi perihal telah terjadi kesalahan dalam surat keterangan kematian tertanggung yang telah dikeluarkan, kesalahan mengenai penyebab kematian tertanggung diakibatkan rekam medis yang menjadi dasar pembuatan surat keterangan kematian tersebut salah/tertukar.

Walaupun telah dikeluarkan surat klarifikasi dari rumah sakit yang menyatakan tertanggung meninggal dunia terjadi secara mendadak dan bukan karena penyakit stroke dan darah tinggi, pihak penanggung tetap menolak tuntutan klaim yang diajukan oleh ahli waris. Pada

¹⁵⁶ Wawancara pada PT.Asuransi Bintang, Tbk , Tanggal 12 April 2017.

awalnya apabila tertanggung meninggal karena penyakit stroke, tindakan yang dilakukan oleh penanggung telah benar, karena penyakit stroke merupakan penyakit yang dikecualikan dalam polis asuransi dan klaim tidak akan dibayarkan. Namun faktanya, bahwa tertanggung meninggal secara mendadak bukan karena penyakit stroke, sehingga pengecualian polis asuransi tidak terbukti, seharusnya perusahaan asuransi membayarkan tuntutan klaim tersebut.

Menurut PT. Asuransi Bintang, Tbk.¹⁵⁷ penolakan kedua oleh perusahaan asuransi dengan alasan tetap berpegang kepada surat keterangan kematian pasien semula tidak dapat dibenarkan. Pihak keluarga pasien telah mendapatkan bukti baru yaitu kebenaran mengenai fakta meninggalnya tertanggung karena penyakit stroke dan darah tinggi adalah salah yang dibuktikan dengan surat klarifikasi dari rumah sakit. Seharusnya pihak penanggung memberikan pendapat lain dalam melakukan penolakan, tidak berdasarkan kepada alasan yang pertama melakukan penolakan. Sehingga menurut PT. Asuransi Bintang, Tbk. penanggung tersebut dalam melakukan penolakan klaim tidak memiliki dasar, tuntutan klaim ahli waris seharusnya dibayarkan.

¹⁵⁷ Wawancara pada PT. Asuransi Bintang, Tbk, Tanggal 12 April 2017.

3. Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI).

a. Profile Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI)

Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) adalah lembaga Independen dan Imparsial yang di bentuk dengan tujuan untuk memberikan representasi yang seimbang antara Tertanggung atau Pemegang Polis dan Penanggung/Perusahaan Asuransi.

BMAI dikelola oleh pengurus yang terdiri dari 3 orang yaitu : Ketua, Sekretaris, dan Bendahara. Dalam menjalankan fungsi Mediasi dan Ajudikasi, Pengurus di bantu oleh para Mediator dan para Ajudikator yang semuanya adalah mantan praktisi asuransi dan mantan hakim pengadilan negeri yang sangat kompeten dalam bidangnya serta mempunyai integritas tinggi. Pengurus Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) antara lain:

- 1) **Frans Lamury**, sebagai Ketua Badan Mediasi Asurasi Indonesia.
- 2) **Edhie Riantho**, sebagai Sekretaris Badan Mediasi Asurasi Indonesia.
- 3) **Firdaus Anwar**, sebagai Bendahara Badan Mediasi Asurasi Indonesia.

Badan Mediasi Asuransi Indonesia dalam melaksanakan kegiatannya dalam membantu menyelesaikan sengketa asuransi, dilakukan di kantor yang beralamat di Gedung Menara Duta LT.7

JL.Rasuna Said Kav. B-9 Jakarta 12910, Telp:(021)5274145, Fax:(021) 5274146, Email: info@bmai.or.id, website: <http://www.bmai.or.id>.

b. Penolakan Klaim Asuransi Menurut Badan Mediasi Asuransi Indonesia.

Perbedaan yang terdapat dalam polis asuransi dengan fakta yang menjadi dasar pengajuan klaim akan berdampak kepada penolakan klaim asuransi oleh penanggung. Penolakan klaim asuransi yang dilakukan oleh tertanggung atau ahli waris dapat diakibat oleh beberapa faktor, namun faktor yang sering terjadi dalam penolakan klaim adalah perbedaan isi polis dengan fakta yang dialami oleh tertanggung. Polis asuransi bersumber dari data tertanggung yang dituangkan dalam SPAJ, sehingga apabila fakta yang menjadi dasar penuntutan klaim berbeda dengan isi polis asuransi, dapat diduga bahwa tertanggung pada saat mengisi SPAJ berlaku tidak jujur dan memiliki itikad tidak baik (*Anutmosh Goodfaith*).¹⁵⁸

Bahkan, apabila tertanggung dalam melakukan pengisian SPAJ berlaku tidak jujur dan tidak beritikad baik, dapat menyebabkan polis asuransi yang telah dibuat oleh para pihak batal demi hukum, atau batal dengan sendirinya. Batalnya suatu polis asuransi tertuang didalam isi polis asuransi tersebut. Konsekuensi dari batalnya polis asuransi yang

¹⁵⁸ Wawancara pada Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI), tanggal 1 Maret 2017

telah disepakati oleh para pihak mengakibatkan perjanjian tersebut seperti tidak terjadinya perjanjian asuransi.¹⁵⁹

Perbedaan fakta meninggalnya tertanggung dengan polis asuransi akan menyebabkan tuntutan klaim asuransi ditolak. Namun, apabila perbedaan antara fakta dengan polis asuransi sudah lebih dari 2 (dua) tahun sejak polis asuransi diterbitkan, maka perbedaan yang terdapat dalam polis dapat saja terjadi. Apabila perbedaan tersebut sudah melewati masa tunggu (*waiting period*) atau sudah tidak dalam *incontestable clause*, maka klaim akan dibayarkan.¹⁶⁰

Berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian ini, BMAI memberikan pendapat bahwa, apabila penolakan yang dilakukan oleh penanggung disebabkan karena tertanggung memiliki penyakit stroke dan darah tinggi sehingga berbeda dengan polis asuransi. BMAI menilai tertanggung pada saat mengisi SPAJ tidak mengungkapkan seluruh fakta materil mengenai objek pertanggungan, sehingga penanggung menilai tertanggung tidak jujur dan beritikad tidak baik (*Unutmosh Googfaith*).

BMAI sebagai lembaga penyelesaian sengketa klaim asuransi berpendapat bahwa, pihak penanggung dalam melakukan penolakan klaim ini terlalu terburu-buru. Seharusnya pihak penanggung melakukan investigasi terlebih dahulu kepada rumah sakit mengenai

¹⁵⁹ Wawancara pada Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI), tanggal 1 Maret 2017

¹⁶⁰ Wawancara pada Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI), tanggal 1 Maret 2017

kebenaran data dan informasi yang diterimanya. Berkaitan dengan pihak rumah sakit telah memberikan klarifikasi kepada perusahaan asuransi, pihak penanggung harus melakukan investigasi kembali, apabila klarifikasi tersebut telah benar dan sesuai tidak terdapat perbedaan antara fakta meninggalnya tertanggung dengan polis asuransi maka penanggung harus membayarkan dana pertanggung atas meninggalnya tertanggung.

4. Rumah Sakit X Purwasuka.¹⁶¹

Rumah sakit yaitu “suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan dan memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka, dan untuk mereka yang melahirkan”.¹⁶²

Dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien, rumah sakit memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis. Konsekuensi dari pelaksanaan kewajiban tersebut sebagaimana yang telah ditentukan dalam peraturan perundang-undangan, maka sebuah rumah sakit memiliki tanggung jawab hukum terhadap segala tindakan yang diberikan dalam pelayanan medis.

¹⁶¹ Observasi di Rumah Sakit Umum X Purwasuka, 17 Februari 2017.

¹⁶² Muhamad Said Is, *Loc. Cit.*

Dalam penelitian ini permasalahan yang diangkat mengenai penyelenggaraan rekam medis dan tanggungjawab hukum rumah. Sehingga dalam mencari informasi, langsung dilakukan pada badan pelayanan kesehatan. Rumah sakit X Purwasuka bukan merupakan pihak yang dimintakan pertanggungjawaban secara hukum karena kelalaiannya sebagaimana dalam penelitian ini. Namun, rumah sakit X Purwasuka dapat menjadi narasumber dalam mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan pertanggungjawaban hukum pada sebuah rumah sakit.

a. Profile Rumah Sakit X Purwasuka

RSU X Purwasuka merupakan rumah sakit yang dibangun untuk memenuhi kebutuhan warga masyarakat. Diresmikan tanggal 18 Oktober 1930 oleh Gubernur Jenderal ACD de Graeff, Pastoor Van den Brug, dr.Dake dan dr.Bosman.

Rumah sakit X Purwasuka merupakan sebuah rumah sakit yang sangat dibanggakan dan dibuat oleh *Nederlandsch Zendings Vereeniging* untuk Pemerintah (Hindia Belanda), yang mempunyai arti : “Pemeliharaan didalam kekuatan derma pengasihian“. RSU X Purwasuka pada awalnya dikelola oleh Yayasan GKP (Gereja Kristen Pasundan).

b. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit X Purwasuka

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, rumah sakit umum X Purwasuka mempunyai tugas pokok yang mendasari kegiatannya, tugas pokok tersebut sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta melaksanakan upaya rujukan.
- 2) Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar dari pelayanan rumah sakit.

Dalam melaksanakan tugas pokok tersebut, rumah sakit umum X Purwasuka mempunyai fungsi sebagai berikut :

- 1) Penyelenggaraan Pelayanan Medis;
- 2) Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;
- 3) Pelayanan dan Asuhan Keperawatan;
- 4) Pelayanan Rujukan;
- 5) Pendidikan dan Latihan;
- 6) Penelitian dan Pengembangan;
- 7) Pelayanan administrasi umum dan Keuangan.

c. Penerbitan Surat Keterangan Kematian Pasien Pada Rumah Sakit

X Purwasuka

1) Surat Keterangan Kematian¹⁶³

Kematian adalah siklus kehidupan yang pasti dilalui oleh setiap manusia. Peristiwa kematian akan memberikan dampak pada keluarga dan masyarakat sekitarnya. Kematian akan mengakibatkan hilangnya berbagai hak dan kewajiban sosial serta hukum yang awalnya dimiliki oleh yang bersangkutan semasa hidupnya. Pada keluarga yang ditinggalkan, kematian akan menyebabkan terjadinya perubahan status sosial dan hukum dalam kaitannya dengan almarhum/almarhumah, seperti dalam hal warisan, adanya klaim asuransi, timbulnya hak untuk kawin lagi dan lain-lain.

Terjadinya kematian pada seorang individu akan menyebabkan timbulnya serangkaian pengurusan. Proses pengurusan jenazah di rumah sakit berupa pemeriksaan jenazah, penerbitan Surat Keterangan Kematian (SKK), autopsi dan pembuatan *visum et repertum* serta pengawetan jenazah.

Surat kematian atau surat keterangan kematian adalah surat yang menyatakan tentang meninggalnya seseorang dengan identitas tertentu dengan menyebutkan sebab kematiannya. Keterangan ini

¹⁶³ Abdullah Arief Syahputra, Rika Susanti, dan Henny Mulyani, 2016, Gambaran Format dan Tata Cara Pengeluaran Surat Keterangan Kematian pada Rumah Sakit di Kota Padang, Jurnal Kesehatan Andalas, Vo. 5. hlm. 103-104

dibuat sekurang-kurangnya berdasarkan atas pemeriksaan luar jenazah.

Isi dari surat keterangan kematian adalah semua informasi yang berhubungan dengan kematian dan adanya keterangan dokter secara terperinci yaitu nama, umur, tempat dan tanggal kematian. Pada bagian penyebab kematian, terdapat keterangan berupa sebab primer kematian, sebab kematian segera (*intermediate cause of death*) dan sebab kematian tambahan, sebab kematian primer adalah sebab utama yang menyebabkan kematian.

Surat keterangan kematian harus dikeluarkan atau disetujui oleh dokter yang mengurus atau yang menerangkan tentang kematian dari jenazah tersebut. Maka dapat dikatakan bahwa pihak yang mengeluarkan surat keterangan kematian tersebut dapat dikenakan suatu tanggung jawab secara hukum apabila dalam pelaksanaannya terjadi suatu kesalahan akibat kelalaian (*culpa*) atau kesengajaan (*dolus*).

Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bagian Umum Dan Hukum rumah sakit X Purwasuka, bahwa apabila terdapat tenaga kesehatan yang didapatkan melakukan kesalahan, baik karena kelalaian (*culpa*) ataupun kesengajaan (*dolus*) yang diatur didalam Peraturan Perundang-undangan maka diselesaikan melalui jalur hukum, dan apabila pasien atau keluarga meminta ganti rugi akibat

kesalahan tersebut, berdasarkan kewajiban rumah sakit sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan maka rumah sakit akan melaksanakan kewajiban tersebut dengan melalui langkah-langkah pemeriksaan terlebih dahulu untuk diketahui kebenaran kesalahan tersebut.¹⁶⁴

2) Penerbitan Surat Keterangan Kematian Pasien

Menurut format baku surat keterangan kematian yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, surat keterangan kematian berjumlah 4-5 lembar dalam 1 rangkap dengan warna yang berbeda.

Ketentuan format itu ialah sebuah surat keterangan kematian harus tercantum nomor surat, bulan/tahun kematian, nama RS/puskesmas, kode RS/puskesmas, nomor urut pencatatan kematian tiap bulan dan nomor rekam medis. Pada bagian identitas jenazah terdapat nama lengkap, Nomor Induk Kependudukan (NIK), jenis kelamin, tempat/tanggal lahir, pendidikan almarhum/ah, pekerjaan almarhum/ah, alamat sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Kartu Keluarga (KK) dan status kependudukan, lalu terdapat keterangan tentang waktu meninggal, umur saat meninggal, tempat meninggal dan keterangan penyebab kematian berdasarkan ICD-10.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Wawancara pada Rumah Sakit Umum X Purwasuka, 17 Februari 2017.

¹⁶⁵ Abdullah Arief Syahputra, Rika Susanti, dan Henny Mulyani, 2016, Gambaran Format dan Tata Cara Pengeluaran Surat Keterangan Kematian pada Rumah Sakit di Kota Padang, Jurnal Kesehatan Andalas, Vo. 5. hlm. 107-108

Apabila melihat kepada penjelasan mengenai tata cara penerbitan surat keterangan kematian pasien, jelas bahwa nomor rekam medis pasien dimasukkan kepada surat keterangan tersebut. Hal ini dimaksudkan bahwa surat keterangan kematian yang dibuat oleh dokter yang menangani pasien berdasarkan dari rekam medis setiap pasien yang bersangkutan.

Tertukarnya rekam medis pasien dapat terbukti dengan penginputan nomor rekam medis yang salah kedalam surat keterangan kematian yang akan diterbitkan. Akibatnya, surat keterangan kematian tersebut menjadi keliru mengenai data-data pasien termasuk juga identitas pasien. Kesalahan yang terjadi dalam memasukan nomor rekam medis yang salah kedalam surat keterangan kematian pasien akan berdampak besar bagi pasien dan/atau keluarga, misalnya seperti dalam permasalahan penulisan hukum ini, tuntutan klaim pihak keluarga atau ahli waris ditolak oleh perusahaan asuransi.

Apabila diperhatikan, bahwa dalam menerbitkan surat keterangan kematian oleh dokter didasarkan pada identitas yang terdapat dalam rekam medis dan juga yang terdapat dalam kartu tanda penduduk (KTP). Menurut Kepala Bagian Umum dan Hukum rumah sakit X Purwasuka, pihak rumah sakit dalam penelitian ini khususnya dokter tidak teliti dan cermat dalam membuat surat kematian tersebut. Hal ini dikarenakan, seharusnya dokter dalam

membuat surat keterangan kematian tersebut harus mencocokkan identitas yang terdapat dalam rekam medis dengan kartu tanda pengenal (kartu identitas) pasien yang meninggal.¹⁶⁶ Seharusnya hal seperti ini tidak terjadi, dikarenakan dalam rekam medis jelas tercantum identitas setiap pasien, serta rekam medis itu berbeda-beda antara pasien rawat inap, rawat jalan, dengan pasien gawat darurat. Dalam penelitian ini termasuk kedalam pasien gawat darurat, memang yang membedakan dengan rekam medis lain sedikit sulit, karena perbedaannya hanya mengani identitas dengan tanggal dan waktu pasien masuk.

Namun, apabila sampai terjadi salah seperti itu, dapat dimungkinkan dokter tidak melakukan pemeriksaan terlebih dahulu setelah tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap rekam medis memberikannya untuk selanjutnya dijadikan dasar dalam membuat surat keterangan kematian atau dapat pula dimungkinkan dokter tidak memperhatikan kartu tanda penduduk pasien yang meninggal dunia, maka dapat terjadi kesalahan terkait identitas pasien satu dengan pasien lainnya. Terhadap kelalaian (*culpa*) yang dilakukan oleh dokter termasuk juga tenaga kesehatan rumah sakit atau personal (*rechtspersoon*) tersebut dapat dimintakan

¹⁶⁶ Wawancara pada Rumah Sakit Umum X Purwasuka, 17 Februari 2017.

pertanggungjawabannya berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.