

Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penolakan Suatu Klaim Nasabah Asuransi Syariah (Studi Kasus Pada PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera Cabang Medan)

Dwita Fratiwi¹, Atika²

^{1,2}Jurusan Asuransi Syariah, Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
E-mail: dwitafratiwi29@gmail.com¹, atika.uinsu@ac.id²

Article History:

Received: 01 Mei 2022

Revised: 30 Mei 2022

Accepted: 06 Juni 2022

Keywords: Asuransi Syariah,
Klaim Asuransi, Bumiputera

***Abstract:** Asuransi adalah jenis transfer risiko yang di mana perusahaan asuransi mengikat dirinya dengan bertanggung (nasabah) dengan menerima premi berupa imbalan pembayaran jika terjadi kerugian yang tidak terduga. Namun dalam praktiknya, tidak setiap orang yang diasuransikan memenuhi persyaratan untuk menerima kompensasi pada saat mengajukan klaim. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Populasi dalam penelitian ini merupakan penyebab terjadinya penolakan suatu klaim nasabah asuransi syariah pada PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera. Temuan penelitian ini mengungkapkan bahwa alasan penolakan klaim berdampak signifikan terhadap frekuensi penolakan klaim di PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera.*

PENDAHULUAN

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

Sesuai dengan fatwa Dewan Syariah Nasional No. 21/DSN-MUI/X/2011, penafsiran asuransi syariah (*ta'min*, *takaful*, ataupun *tadhamun*) ialah upaya untuk saling melindungi dan membantu di antara sejumlah orang atau pihak melalui investasi berupa aset atau tabarru' memberikan pola return untuk menghadapi risiko tertentu melalui kontrak (keterlibatan yang sesuai dengan syariah). Menurut fatwa DSN-MUI, asuransi syariah merupakan kegiatan yang bermanfaat bagi peserta asuransi syariah serta tidak memiliki tujuan komersial.

Asuransi mempunyai beragam jenis yang masing-masing disesuaikan dengan tujuan cakupan, salah satu contohnya adalah bisnis asuransi umum yang diatur oleh peraturan perundang-undangan. Asuransi umum sering dikenal sebagai asuransi kerugian, adalah bisnis yang mengkompensasi tertanggung atau pemegang polis atas suatu kerusakan, kerugian, biaya yang timbul, serta kehilangan keuntungan sebagai akibat dari suatu peristiwa yang tak terduga. (Rachman, 2018)

Sementara itu asuransi lainnya ialah asuransi jiwa. Asuransi jiwa adalah jenis asuransi di

mana bertanggung (objek pertanggung) berupa orang, serta tujuan pertanggungannya ialah kehidupan seseorang. Cakupan tersebut tidak hanya mencakup jiwa saja, akan tetapi dapat diperluas dengan kesehatan dan kecelakaan. Asuransi ini memberikan perlindungan finansial jika terjadi kematian atau masa hidup orang yang diasuransikan. Asuransi jiwa dirancang untuk mengkompensasi seseorang atas kerugian finansial yang terjadi dikarenakan tertanggung meninggal dunia.

Terdapat beragam jenis asuransi jiwa yang tidak mempunyai manfaat habis kontrak kecuali terjadinya risiko, seperti sakit ataupun meninggal dunia. Disinilah peranan dari lembaga asuransi jiwa yang memberikan manfaat guna menanggung ataupun menjamin seseorang terhadap kerugian finansial di masa depan. Menurut AAJI (Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia), asuransi jiwa didefinisikan sebagai program pengalihan risiko atas kematian seseorang yang diasuransikan. (Setiawan, 2020)

Sejalan dengan polis asuransi yang berlaku, klaim asuransi ialah permohonan yang diajukan untuk melakukan pembayaran kepada penerima atau untuk mentransfer hak asuransi kepada pemegang polis. Polis asuransi jiwa telah menentukan persyaratan untuk mengajukan klaim asuransi. Namun pada kenyataannya, perusahaan asuransi sering menolak pengajuan klaim yang diajukan oleh tertanggung karena ada beberapa faktor yang menyebabkan pengajuannya ditolak. Hal ini telah diatur di dalam KUHD mengenai pembatasan tanggung jawab oleh penanggung kepada tertanggung ataupun penerima manfaat.

Berdasarkan penjabaran tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai topik klaim asuransi berjudul **Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penolakan Suatu Klaim Nasabah Asuransi Syariah (Studi Kasus pada PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera Cabang Medan)**.

LANDASAN TEORI

1. Definisi Asuransi Syariah

Asuransi dalam bahasa Arab disebut "*ta'min*," perusahaan asuransi (penanggung) dikenal sebagai "*mu'ammin*," dan nasabah (tertanggung) dikenal sebagai "*mu'amman lahu* atau *musta'min*." Asuransi syariah menurut terminologi ialah salah satu cara untuk menghadapi kemungkinan terjadinya musibah dalam kehidupan, di mana manusia selalu dihadapkan dengan kemungkinan terjadinya musibah yang dapat mengakibatkan hilangnya atau penurunan nilai ekonomi seseorang, baik untuk diri sendiri ataupun perusahaan yang disebabkan oleh keadaan sakit, usia tua, kecelakaan, maupun kematian. (Ajib, 2019)

Dasar hukum asuransi syariah saat ini adalah dalam bentuk bantuan (tolong-menolong), kerja sama, dan perlindungan terhadap peristiwa yang menyebabkan kerugian. Untuk pengaturan asuransi syariah, selain dasar hukum Al-Qur'an dan As-Sunnah saat ini merujuk pada Fatwa Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia. Fatwa tersebut dikeluarkan karena undang-undang asuransi Indonesia saat ini tidak dapat digunakan sebagai kerangka kerja untuk menerapkan asuransi syariah.

Selain didasarkan pada hukum Islam, operasional asuransi syariah didasarkan pada undang-undang yang saat ini berlaku di Indonesia, yaitu Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian dan Peraturan Pemerintah No. 63 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah No. 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian.

Konsep dasar asuransi syariah tidak berbeda dengan ide-ide yang berlaku untuk konsep ekonomi Islam pada umumnya. Karena asuransi syariah adalah turunan dari ide ekonomi Islam. Demikian pula, asuransi harus dibangun atas konsep-konsep dasar yang kuat dan kokoh. Ada

sepuluh prinsip utama asuransi syariah, yakni tauhid, keadilan, tolong-menolong, kerjasama, kepercayaan, kerelaan, kebenaran, larangan riba, larangan perjudian, serta larangan gharar.

Menurut ketentuan kontrak pertukaran, harus jelas berapa banyak uang pembayaran premi serta seberapa besar total uang pertanggungan yang akan diterima. Disinilah permasalahan hukum syariah, karena kita tidak dapat memastikan berapa banyak premi yang akan dibayarkan, terlepas dari ketentuan lain bahwasanya seperti pembeli, penjual, ijab qabul, serta jumlah uang pertanggungan dapat ditentukan. Jumlah premi yang harus dibayar sangat ditentukan oleh takdir, seperti tahun berapa kita akan meninggal dunia atau apakah kita masih hidup sampai akhir kontrak, disitulah gharar terjadi.

Permasalahan gharar dalam asuransi syariah ini dapat ditangani dengan mengganti kontrak *tadabuli* dengan *takafuli* (tabarru'), persyaratan dalam akad pertukaran tidak penting lagi. Jadi, asuransi syariah digantikan oleh pembuatan rekening terpisah yang dikenal sebagai rekening dana tabarru' yang telah diakadkan dengan ikhlas oleh setiap nasabah yang masuk asuransi syariah.

Sehingga, mekanisme dana asuransi syariah untuk mengumpulkan premi dari nasabah terbagi menjadi dua rekening, yakni rekening nasabah dan rekening tabarru'. Seluruh dana tabarru' nasabah disimpan dalam dana kebajikan (dana tolong-menolong) pada rekening tabarru' yang berjumlah kurang lebih 5% hingga 10% dari premi awal (tergantung pada usia). Klaim nasabah kemudian dibayar dari dana ini jika ada nasabah yang meninggal dunia ataupun mengambil nilai tunai.

2. Klaim Asuransi

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

Nasabah bisa mendapatkan hak berdasarkan perjanjian melalui proses klaim. Dalam modul liseni AAJI, klaim didefinisikan sebagai ketentuan yang dibuat oleh pemegang polis terhadap layanan ataupun janji yang diberikan oleh perusahaan asuransi ketika kontrak asuransi dibuat. Klaim adalah hak yang mengikat secara hukum yang harus diberikan perusahaan asuransi sesuai dengan ketentuan kontrak.

Klaim dipisahkan menjadi empat kategori menurut fatwa DSN-MUI tentang asuransi, yaitu:

- a. Klaim yang dibayarkan harus didasarkan pada kontrak yang disepakati diawal perjanjian.
- b. Jumlah klaim dapat bervariasi tergantung pada jumlah premi yang dibayarkan.
- c. Klaim kontraktual sepenuhnya merupakan hak nasabah serta sebagai kewajiban perusahaan asuransi yang tercantum dalam kontrak.

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

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

3. Prosedur-Prosedur Klaim

Prosedur klaim asuransi kerugian hampir identik antara asuransi syariah ataupun asuransi konvensional, yang membedakannya ialah kecepatan serta kejujuran dalam memperkirakan suatu klaim. Ketika mengadakan suatu kontrak asuransi, ada dua pihak yang diminta untuk mempunyai itikad baik. Perjanjian asuransi mungkin akan berfungsi dengan baik jika diimplementasikan dengan itikad baik. Jikalau pemegang polis ataupun pihak bertanggung yang ditunjuk untuk menerima manfaat polis asuransi harus melapor kepada perusahaan asuransi yang bersangkutan melalui surat maupun secara lisan ke bagian klaim layanan nasabah. Kemudian, unit klaim meninjau arsip setelah menerima laporan untuk melihat apakah premi asuransi telah dilunasi serta kondisi lainnya telah terpenuhi.

Pada umumnya dalam asuransi kerugian, akan dilanjutkan dengan kajian lokasi dan pemeriksaan dokumen pendukung. Dokumen yang dibutuhkan untuk mengajukan klaim umumnya bermacam-macam berdasarkan jenis asuransi yang akan diklaim. Hal penting yang perlu diingat adalah bahwasanya klaim asuransi dibayar dengan berbagai cara. Yang pertama ialah pembayaran klaim murni, yang sudah memenuhi standar pembayaran klaim, seperti yang dilampiri dengan semua dokumentasi pendukung.

Jenis pembayaran klaim kedua adalah klaim *exgratia*, yang dimana klaim pembayarannya dijamin oleh polis. Namun, itu tidak memenuhi standar teknis berdasarkan situasi yang ditentukan dalam kebijakan. Pembayaran klaim akan terus dilakukan berdasarkan adanya koneksi yang baik, meskipun dalam jumlah yang lebih rendah. Pembayaran klaim lain (klaim kompromi) mengacu pada pembayaran klaim berdasarkan persetujuan para pihak dan perbandingan interpretasi teknis dari kerugian yang terjadi.

Prosedur dalam pengajuan klaim, antara lain:

a) Pemberitahuan klaim

Tertanggung atau entitas yang mewakilinya harus segera memberi tahu perusahaan asuransi setelah insiden terjadi yang menyebabkan tertanggung menderita kerugian. Laporan lisan harus didukung dengan dokumentasi tertulis. Pada tahap pertama ini, tertanggung akan menerima instruksi tambahan tentang apa yang harus nasabah lakukan serta dokumen mana yang harus diselesaikan.

b) Bukti klaim

Nasabah yang terkena musibah diminta untuk memberikan informasi secara rinci serta bukti kerugiannya. Tujuannya sangat berguna bagi nasabah yang telah terkena musibah karena memungkinkan nasabah untuk mengajukan klaim tertulis dengan mengisi lembar klaim standar yang ditetapkan untuk setiap *Class Of Bussiness (CUB)*, yang digunakan untuk mengisi dokumentasi yang diperlukan oleh perusahaan asuransi di Indonesia.

c) Penyelidikan

Analisis administratif dilakukan setelah laporan terkait dengan laporan yang diterima oleh perusahaan. Jika melewati tahap ini, perusahaan akan memutuskan apakah akan melakukan survei lapangan langsung atau menunjuk *independent adjuster*, jika perlu. Laporan survei ataupun *adjuster* akan digunakan untuk menentukan apakah klaim dijamin oleh polis atau tidak.

Jika klaim ditolak, perusahaan asuransi akan memberi tahu tertanggung sesegera mungkin. Jika di sisi lain klaim secara teknis disetujui, perusahaan asuransi akan segera memberi tahu tertanggung tentang penerimaan formulir dan jumlah pergantian yang akan diberikan kepada tertanggung. Seluruh korespondensi antara perusahaan asuransi dan tertanggung akan dilakukan secara tertulis.

d) Penyelesaian klaim

Setelah jumlah penggantian disetujui sesuai dengan aturan dan ketentuan yang berlaku, pembayaran klaim tidak akan ditunda selama lebih dari 30 hari.

Secara umum, yang menentukan apakah klaim dapat dianggap sah dan harus dibayar memerlukan penyelidikan secara menyeluruh. Apabila nasabah dinyatakan meninggal dunia, maka diperlukan pemeriksaan langsung oleh dokter yang menyatakan bahwasanya nasabah tersebut meninggal dunia. Sehingga pengajuan klaim jelas berdasarkan pemeriksaan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan pengumpulan informasi/data dalam suatu lingkungan dengan menafsirkan fenomena yang terjadi, dengan peneliti sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel dalam bentuk sumber informasi/data yang dilakukan secara purposif ataupun *snowbaal*, metode pengumpulan dengan triangulasi (gabungan), analisis data induktif/kualitatif, serta temuan penelitian yang menekankan arti generalisasi. (A. A. Setiawan, 2018) Pengumpulan data yang diperoleh menggunakan data primer yang dikumpulkan langsung dari lapangan melalui wawancara di PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera dan data sekunder yang dikumpulkan dari buku dan jurnal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Klaim asuransi ialah tuntutan yang dibuat oleh pihak tertanggung sehubungan dengan adanya perjanjian kontrak antara perusahaan asuransi dan pihak yang diasuransikan di mana masing-masing pihak berkomitmen untuk memastikan bahwasanya perusahaan asuransi membayar kompensasi. Apabila pihak tertanggung telah membayar premi asuransi, maka ketika pihak tertanggung terkena risiko, pihak penanggung berusaha untuk memberikan manfaat kepada pemegang polis sesuai dengan ketentuan polis asuransi.

Penyebab ditolakny suatu klaim asuransi saat terjadinya suatu evenement ataupun peristiwa yang tidak terduga, maka tertanggung (nasabah) tentu sangat berharap mendapatkan haknya sesuai dengan polis pengajuan klaim. Akan tetapi, ada situasi ketika klaim dari jenis asuransi ini ditolak oleh pihak asuransi. Klaim nasabah asuransi ditolak karena berbagai alasan, diantaranya:

1. Kesalahan oleh nasabah saat menyelesaikan proposal untuk permintaan pengajuan klaim asuransi.
2. Risiko yang diderita oleh nasabah tidak dapat dijamin ataupun ditentukan dalam asuransi.
3. Nasabah telah gagal memenuhi tugasnya terhadap perusahaan asuransi, seperti pembayaran iuran/premi dengan tepat waktu.
4. Klaim terjadi pada saat periode polis belum memasuki masa pertanggungans ataupun pada saat masa pertanggungannya telah berakhir.
5. Nasabah terlambat menginformasikan klaim ke perusahaan asuransi.
6. Nasabah tidak dapat menunjukkan atau membuktikan kerugian yang telah terjadi..
7. Perusahaan asuransi terbaik tidak diizinkan untuk melakukan survei ataupun investigasi sebelum memutuskan pembayaran klaim..

Karena terjadi di luar cakupan lingkungan persetujuan, kerugian tidak tercakup oleh kebijakan. Hal ini terjadi apabila polis tidak lagi berlaku ataupun pihak tertanggung telah melanggar ketentuan polis yang berlaku. Hal ini senada dengan kasus penolakan klaim di perusahaan asuransi dikarenakan kelalaian nasabah yang tidak memenuhi kriteria perusahaan atau disebabkan karena terjadinya pelanggaran hukum.

Salah satu contoh kasus penolakan klaim yang terjadi oleh nasabah asuransi yang

mengalami kecelakaan dan meninggal dunia karena menggunakan sepeda motor, kemudian orang tuanya melakukan pengajuan klaim kepada perusahaan, namun perusahaan tidak dapat menerima pengajuan tersebut. Penolakan oleh PT. AJS Bumiputera itu karena polis telah melanggar hukum seperti peserta yang masih dibawah umur dan tidak memiliki Surat Izin Mengemudi (SIM).

Menurut Bapak Robby Ryo Irawan, selaku orang yang menangani langsung keluhan nasabah PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera menerangkan bahwa hanya kasus tertentu yang membuat klaim nasabah ditolak oleh perusahaan seperti melanggar hukum, yang dimana kasus tersebut masuk ke dalam pengecualian pembayaran klaim asuransi terhadap nasabah.

Penyelesaian yang diberikan oleh PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera setelah terjadi penolakan klaim terhadap nasabah, yang mana kasus tersebut melanggar hukum adalah nasabah boleh melakukan klaim tetapi yang diberikan adalah hasil tabungannya, sedangkan manfaatnya tidak dapat diberikan. Sedangkan untuk yang tidak memenuhi persyaratan klaim, tidak dapat diterima artinya klaim yang diajukan ditolak.

KESIMPULAN

1. Kesimpulan

Penyebab penolakan klaim nasabah oleh perusahaan asuransi dikarenakan nasabah telah melanggar ketentuan hukum yang berlaku dan nasabah tidak melengkapi berkas-berkas persyaratan klaim yang diminta oleh pihak perusahaan asuransi. Maka solusi atas penolakan klaim ialah nasabah boleh melakukan klaim tapi yang diberikan adalah hasil tabungannya, sedangkan manfaatnya tidak dapat diberikan. Untuk yang tidak memenuhi syarat klaim, maka klaimnya tidak dapat diterima artinya klaim yang diajukan ditolak.

2. Saran

Kurangnya edukasi ataupun sosialisasi terhadap nasabah asuransi mengenai pengajuan klaim, sebaiknya perusahaan untuk lebih banyak memberikan edukasi ataupun sosialisasi terhadap nasabah agar permasalahan yang terjadi dapat diminimalisir. Serta nasabah diharapkan agar teliti dalam melakukan perjanjian asuransi sebelum menandatangani kontrak asuransi, tertanggung sudah benar-benar memahami isi perjanjian, sehingga kedepannya tidak akan terjadi masalah yang memberatkan pihak tertanggung.

DAFTAR REFERENSI

- Ajib, M. (2019). *Asuransi Syariah*. Jakarta: Rumah Fiqih Publishing.
- Bahiyah, D. A. (2021). Analisis Implementasi Penyelesaian Klaim Asuransi Jiwa di Asuransi Jiwa Syariah (Studi Kasus pada Perusahaan Bumiputera 1912 Cabang Serang). *Institutional Repository*, 5-9.
- Handayani, S. (2017). Pengaruh Penyelesaian Klaim Asuransi Terhadap Pencapaian Target Penjualan Produk Asuransi AJB Bumiputera 1912 Cabang Bengkulu. *Ekombis Review*, 80.
- Muthori, N. (2012). *Panduan Membeli dan Menjual Asuransi*. Yogyakarta: Buku Pintar.
- Nurkholidah, S. (2018). Penolakan Klaim Asuransi Jiwa dan Kesehatan Pada PT. Allianz Indonesia. *Az-Zarqa*, 34-38.
- Puspitasari, N. (2015). *Manajemen Asuransi Syariah*. Yogyakarta: UII Press.
- Rachman, N. A. (2018). Penolakan Klaim Akibat Hilangnya Kendaraan Bermotor (Studi Kasus pada PT. Asuransi Purna Artanugraha dan PT. Asuransi Bumiputera Muda 1967 di

Yogyakarta). *Institutional Repository*.

Setiawan, A. A. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jawa Barat: CV. Jejak.

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

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

Sula, M. S. (2004). *Asuransi Syariah: Life and General Konsep dan Operasional*. Jakarta: Gema Insani Press.