



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS YURIDIS DAMPAK PENERBITAN POLIS
TERHADAP PENGAJUAN KLAIM OLEH TERTANGGUNG
DALAM ASURANSI KESEHATAN**

SKRIPSI

**NUR EKA PRADATA
0606080523**

**FAKULTAS HUKUM
PROGRAM REGULER
DEPOK
JUNI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS YURIDIS DAMPAK PENERBITAN POLIS TERHADAP
PENGAJUAN KLAIM OLEH TERTANGGUNG DALAM ASURANSI
KESEHATAN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memenuhi gelar Sarjana Hukum

**NUR EKA PRADATA
0606080523**

**FAKULTAS HUKUM PROGRAM
STUDI ILMU HUKUM PROGRAM
KEKHUSUSAN IV
(HUKUM TENTANG KEGIATAN EKONOMI)
DEPOK
JUNI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip
maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Nur Eka Pradata
NPM : 0606080523
Tanda Tangan :
Tanggal : 18 Juni 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Nur Eka Pradata
NPM : 0606080523
Program Studi : Hukum
Judul Skripsi : Analisis Yuridis Dampak Penerbitan Polis Terhadap Pengajuan Klaim Oleh Tertanggung Dalam Asuransi Kesehatan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum pada Program Program Kekhususan IV (Hukum Tentang Kegiatan Ekonomi), Fakultas Hukum, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Kornelius Simanjuntak, S.H., M.H. ()
Pembimbing : Brian A. Prastyo, S.H., M.L.I. ()
Penguji : Myra B. Setiawan, S.H., M.H. ()
Penguji : M. Sofyan Pulungan, S.H., M.A. ()
Penguji : Wenny Setiawati, S.H., M.L.I. ()

Ditetapkan di : Fakultas Hukum Universitas Indonesia, Depok

Tanggal : 18 Juni 2010

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan karunia-Nya sehingga Penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Analisis Yuridis Dampak Penerbitan Polis Terhadap Pengajuan Klaim Oleh Tertanggung Dalam Asuransi Kesehatan”** Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk menjadi Sarjana Hukum Program Kekhususan IV (Hukum tentang Kegiatan Ekonomi) pada Fakultas Hukum Universitas Indonesia.

Selain itu Penulis juga ingin mengucapkan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada para pihak yang telah membantu Penulis dalam menyelesaikan skripsi ini:

1. Ayahanda dan Ibunda tercinta, Achmad Djauhari, S.H. dan Rina Utami, S.H. yang tidak kenal lelah memberikan semangat serta dorongan kepada saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Selain itu, khusus untuk mama, aku mau mengucapkan terimakasih kepada mama karena selalu memberikan motivasi yang tinggi saat aku sedang mengalami hambatan dan kesulitan dalam mengerjakan skripsi ini.
2. Nur Dwitya Pradita adekku yang sebentar lagi akan naik ke kelas 3 SMU, semoga ujian kamu nanti sukses dan bisa masuk fakultas hukum seperti yang kamu inginkan.
3. Eyang Uti yang selalu mendoakan aku tiap malam. Terimakasih Uti atas doanya.
4. Nadia Deviana Soehardadi yang selalu menemani dan memberikan semangat saat saya sedang mengalami kesulitan dalam mengerjakan skripsi ini. Insya Allah aku bisa wisuda semester ini dan kamu bisa kuliah di Binus juga semester ini.
5. Tante Nini yang selalu membantu aku dalam menulis skripsi ini dan memberikan informasi yang sangat berguna bagi aku untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Tante Manda yang juga membantu aku dalam menulis skripsi ini dan menjelaskan dokumen-dokumen yang ada dalam dunia perasuransian.
7. Ibu Melania Kiswandari, S.H., M.L.I. selaku pembimbing akademis saya. Saya mengucapkan terimakasih atas bimbingannya selama empat tahun ini. Terimakasih ibu selalu memberikan motivasi berkaitan dengan mata kuliah yang saya pilih selama di Fakultas Hukum Universitas Indonesia.

8. Bapak Kornelius Simanjuntak, S.H., M.H. selaku pembimbing pertama saya yang telah membimbing saya dengan sangat baik sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Bapak Brian A.Prastyo, S.H., M.L.I. selaku pembimbing kedua saya. Terimakasih Bang telah memberikan saya kesempatan untuk magang di LKHT dan diberikan kepercayaan untuk membantu Bang Brian menulis buku mengenai asuransi. Saya juga ingin mengucapkan terimakasih kepada Bang Brian karena telah membimbing saya dengan baik dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh Dosen FHUI, yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan hukum kepada Penulis, semoga kelak penulis dapat memanfaatkan ilmu tersebut demi kemajuan Bangsa dan Negara, serta demi kebaikan pribadi Penulis sendiri.
11. Seluruh Karyawan dan Staf Pegawai FHUI, yang senantiasa membantu Penulis selama menyelesaikan studi baik di bidang akademis maupun non-akademis.
12. Special Thanks to Rian Thamrin dan Omar Rasya teman terbaik saya selama saya kuliah di FHUI.
13. Teman-teman FHUI yang tiap malam selalu ramai kalau lagi chatting yaitu Lanang, Aldo, Aban, Ibnu, wina permatasari, dan Irza
14. Teman-teman 2006 terutama randhika (Gori), randoy, dayu, wiena, laras, lesmana (babe)
15. Terima kasih juga saya ucapkan kepada teman-teman angkatan **FHUI 2006** yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu
16. Senior dan Junior, di FHUI dan di UI.

Semoga penulisan ini dapat menjadi sesuatu yang dapat menambah khazanah keilmuan hukum, dan semoga penulisan ini bermanfaat bagi mahasiswa ilmu hukum khususnya dan seluruh masyarakat pada umumnya. Penulis sadar bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna dan masih terdapat banyak sekali kekurangan. Oleh karena itu Penulis sangat mengharapkan masukan dan kritik demi penyempurnaan penulisan ini.

Depok, 18 Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Eka Pradata
NPM : 0606080523
Fakultas : Hukum
Jenis Karya : Skripsi

demi kepentingan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Analisis Yuridis Dampak Penerbitan Polis Terhadap Pengajuan Klaim Oleh Tertanggung Dalam Asuransi Kesehatan.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 18 Juni 2010

Yang menyatakan

(Nur Eka Pradata)

ABSTRAK

Nama : Nur Eka Pradata
Program Studi : Fakultas Hukum, Program kekhususan IV (Hukum Tentang Kegiatan Ekonomi)
Judul : AnalisisYuridis Dampak Penerbitan Polis Terhadap Pengajuan Klaim Oleh Tertanggung Dalam Asuransi Kesehatan

Penelitian ini membahas mengenai periode sebelum polis diterbitkan oleh penanggung terhadap pengajuan klaim oleh tertanggung dalam asuransi kesehatan. Selanjutnya, yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana kedudukan polis dalam asuransi kesehatan menurut peraturan perundang-undangan, kemudian bagaimana tanggung jawab penanggung dan tertanggung dalam asuransi kesehatan apabila polis belum terbit, dan bagaimana dampak yang ditimbulkan akibat belum diterbitkannya polis terkait pengajuan klaim oleh tertanggung dalam asuransi kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode penelitian yuridis normatif, sedangkan analisis datanya adalah metode kualitatif. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kedudukan polis dalam asuransi kesehatan adalah sebagai bukti tertulis telah terjadinya pertanggung antara penanggung dan tertanggung. Kemudian tanggungjawab penanggung dan tertanggung pada saat polis belum terbit adalah pihak penanggung wajib menjelaskan produk asuransi kesehatan secara terperinci dan calon tertanggung wajib mengisi Surat Permohonan Asuransi Kesehatan sesuai asas itikad baik dalam asuransi dan melakukan pembayaran premi. Selain itu apabila penanggung terlambat menerbitkan polis dan terjadi suatu risiko pada tertanggung, maka penanggung akan memberikan manfaat kepada tertanggung sesuai dengan biaya yang dikeluarkan oleh tertanggung. Apabila pialang terlambat menyerahkan polis kepada tertanggung, dalam prakteknya pialang akan menghubungi penanggung apabila terjadi risiko apabila polis terlambat diserahkan oleh pialang. Selanjutnya, tertanggung tetap dapat mengajukan klaim kepada penanggung meskipun polis belum diterbitkan.

Kata Kunci:
Polis, Asuransi Kesehatan, dan Klaim

ABSTRACT

Name : Nur Eka Pradata
Study Program : Faculty of Law, Program Speciality IV (Law on Economic Activity)
Title : Juridical Analysis of the Impact of Issuing Policy on the Submission of Claim by the Insured in Health Insurance

This research discusses on the period before the policy being issued by the insurer against a claim by the insured in health insurance. The problem in this research is how the position of policy in health insurance in laws and regulations, then what responsibility the insurer and the insured in health insurance if the policy is not yet issued, and what impact due to the policy is not yet issued related to the filing of claims by the insured in health insurance. This research uses a method of normative juridical research, while data analysis is a qualitative method. This research conclude that the insurance policy in health insurance is as written evidence of the existance of coverage between the insurer and the insured. Then, the obligation of the insurer and the insured when the policy is not yet issued is the insurer is obliged to explain the health insurance products in detail and the applicant (the prospective insured) must fill in the health insurance application form according to the principle of good faith in insurance and pay the premium. If the insurer is late in issuing the policy and there was a liable claim ,then the insurer will provide the claim to the insured based on the medical expenses incurred by the insured. If the broker is late in delivery of the policy to the insured ,in practice, the broker will contact the insurer if the risk occurs and the policy to be submitted lately by the brokers. The insured can still submit a claim to the insurer although the policy has not yet been issued.

Keywords:
Policy, Health Insurance, and Claims

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Permasalahan	1
1.2. Pokok Permasalahan	7
1.3. Tujuan Penulisan	7
1.4. Definisi Operasional	8
1.5. Metode Penelitian	10
1.6. Sistematika Penelitian	12
2. TINJAUAN UMUM MENGENAI POLIS	
2.1. Polis Menurut Hukum Asuransi	
2.1.1. Pengertian Polis	15
2.1.2. Periode Penyerahan Polis	18
2.1.3. Fungsi Polis	23
2.1.4. Isi Polis	24
2.1.5. Hal-hal Yang Mutlak Dimuat Dalam Polis	30
2.2. Polis Sebagai Perjanjian	
2.2.1. Syarat Sahnya Perjanjian	31
2.2.2. Polis Dalam Perjanjian	40
2.3. Perbedaan Polis Dan Nota Penutupan Asuransi/ <i>Cover Note</i>	
2.3.1. Bentuk Formal Polis	43
2.3.2. Pengertian Dan Fungsi Nota Penutupan Asuransi/ <i>Cover Note</i>	45
2.4. Komparasi Mengenai Polis Menurut Aturan di Inggris	48
3. TINJAUAN UMUM MENGENAI ASURANSI KESEHATAN	
3.1. Perkembangan Asuransi Kesehatan	
3.1.1. Pengertian Dan Definisi Asuransi Kesehatan	53

3.1.2.	Perkembangan Asuransi Kesehatan Secara Umum.....	55
3.1.3.	Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia.....	57
3.2.	Syarat Sahnya Perjanjian Asuransi Kesehatan.....	63
3.3.	Polis Asuransi Kesehatan.....	
3.3.1.	Jenis Polis Asuransi Kesehatan.....	73
3.3.2.	Isi Polis Asuransi Kesehatan.....	75
3.4.	Klaim Dalam Asuransi Kesehatan Dan Prosedur Klaim.....	
3.4.1.	Klaim Dalam Asuransi Kesehatan.....	82
3.4.2.	Prosedur Pengajuan Klaim Dalam Asuransi Kesehatan.....	84
3.5.	Penyelesaian Sengketa Klaim Dalam Asuransi Kesehatan.....	88
3.6.	Proses Penutupan Asuransi Kesehatan.....	
3.6.1.	Proses Penutupan Asuransi kesehatan Secara Langsung.....	90
3.6.2.	Proses Penutupan Asuransi Kesehatan Melalui Pialang.....	101
4.	ANALISIS ATURAN PENERBITAN POLIS TERKAIT KLAIM ASURANSI KESEHATAN.....	
4.1.	Kedudukan Polis Dalam Asuransi Kesehatan Menurut Peraturan Perundang-undangan.....	106
4.2.	Tanggung Jawab Penanggung Dan Tertanggung Pada Saat Polis Belum Terbit.....	110
4.3.	Dampak Dari Belum Diterbitkannya Polis oleh Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim Oleh Tertanggung Tertanggung	122
5.	PENUTUP.....	
5.1.	Kesimpulan.....	128
5.2.	Saran.....	129
	DAFTAR REFERENSI.....	132

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Pada masa kini, peranan asuransi dalam kehidupan masyarakat sehari-hari telah menjadi suatu hal yang sangat penting bagi masyarakat untuk mengasuransikan harta benda milik mereka ataupun jiwa mereka. Dahulu orang berpendapat bahwa asuransi tidaklah dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Hal ini didasarkan pada karakter berpikir/ *mindset* masyarakat yang menyatakan bahwa asuransi itu mahal dan harus membayar premi yang tidak sedikit jumlahnya. Selain masalah mahalnnya premi yang harus dibayar, alasan lain masyarakat zaman dulu terkait dengan pemikiran mengenai asuransi adalah karakter berpikir masyarakat yang menyatakan bahwa mereka tidak mau mengakui bahwa risiko-risiko yang akan mereka hadapi di masa depan merupakan risiko yang tidak pasti dan belum tentu terjadi, sehingga asuransi belum dibutuhkan oleh mereka.¹ Selain itu pemikiran masyarakat pada zaman dulu lebih mengutamakan hal-hal lain dibandingkan untuk mengasuransikan risiko yang akan dihadapi oleh mereka di masa datang seperti untuk kebutuhan hidup.² Tetapi pada masa kini, pemikiran masyarakat tersebut lambat laun telah berubah menjadi kesadaran masyarakat akan kebutuhan asuransi dalam kehidupan mereka. Hal ini disebabkan oleh pemikiran masyarakat yang semakin maju dan menyadari betul akan pentingnya asuransi. Masyarakat menganggap bahwa mereka tidak tahu akan risiko yang akan mereka hadapi di masa depan dan juga biaya yang harus dikeluarkan oleh mereka apabila risiko itu terjadi

¹ Life! Asuransi dari bisnis, “Tantangan Penerapan *Compulsory Insurance*”, <http://web.bisnis.com/laporan-khusus/inhealth1.html>, diakses pada tanggal 29 Januari 2010

² *ibid*

yang tentunya biaya atas pemulihan kerugian yang mereka alami tersebut tidak dapat diperkirakan sebelumnya.³ Karena alasan ketidakpastian tersebut masyarakat menganggap bahwa peran asuransi dalam kehidupan mereka sangatlah penting untuk melindungi harta benda milik mereka ataupun jiwa mereka. Oleh karena itu akan timbul rasa tenteram pada seseorang bahwa kerugian yang mungkin akan dideritanya akan dipikul oleh pihak lain. Dengan adanya asuransi, maka masyarakat dapat lebih tenang dalam menjalani hidup karena sebagian risiko tersebut telah dialihkan kepada pihak asuransi.⁴

Perlu kita ketahui bahwa asuransi merupakan perjanjian pertanggungan antara penanggung dan tertanggung. Dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi ini, penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung dengan kewajiban mengambil alih risiko yang diderita oleh tertanggung dan atas kewajibannya tersebut, penanggung berhak mendapatkan premi dari tertanggung atas peralihan risiko tersebut.⁵ Kita dapat melihat bahwa adanya timbal balik antara penanggung dan tertanggung berupa perjanjian jual beli risiko dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi dengan kewajiban penanggung berupa mengambil alih risiko yang diderita oleh tertanggung dan kewajiban tertanggung berupa pembayaran premi sebagai wujud peralihan risiko kepada penanggung. Menurut Pasal 257 ayat (2) Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) dinyatakan bahwa dengan adanya perjanjian pertanggungan atau asuransi, maka pihak penanggung atau perusahaan asuransi memiliki kewajiban untuk menerbitkan polis sebagai bukti tertulis adanya

³ S.R. Diacon dan R.L. Carter, "*Insurance 3rd Edition*", (Hodder Education, 2008), hal.1

⁴ *Ibid*

⁵ Asnoer, Juli 2006, "Asuransi Syariah",
http://www.badilag.net/data/ensiklomeia/asuransi%20syariah_for_ensiklomeia.htm, diakses pada tanggal 29 Januari 2010

perjanjian pertanggung jawaban atau asuransi yang dilakukan oleh pihak penanggung dalam hal ini perusahaan asuransi dan juga tertanggung.⁶

Keberadaan polis dalam dunia asuransi sangatlah penting, bahkan fakta di lapangan adalah sebelum adanya polis, maka perjanjian asuransi tersebut seakan-akan dianggap belum ada.⁷ Hal ini disebabkan bahwa penanggung menilai bahwa bukti tertulis perjanjian pertanggung jawaban antara penanggung dan tertanggung berupa peralihan risiko belum ada sebelum polis tersebut terbit, sedangkan risiko tersebut terjadi pada saat perjanjian pertanggung jawaban telah disepakati oleh kedua belah pihak dan tertanggung sudah melakukan kewajibannya yaitu membayar premi atau telah menipiskan pembayaran premi kepada penanggung pada saat kesepakatan telah terjadi.

Selain itu, hal sering terjadi dalam dunia asuransi kesehatan adalah dimana pada saat perjanjian pertanggung jawaban telah disepakati oleh penanggung dan tertanggung dan tertanggung sudah membayar premi tetapi polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung, maka perlindungan atas segala risiko yang akan diderita tertanggung menjadi belum berlaku dan belum diterbitkannya polis mengakibatkan belum adanya proteksi atau perlindungan terhadap tertanggung.⁸ Selain itu keterlambatan penerbitan dan penyerahan polis dari penanggung kepada tertanggung dalam asuransi kesehatan menyebabkan tertanggung merasa penanggung belum memberikan pertanggung jawaban atas risiko dari tertanggung dalam asuransi kesehatan apabila polis tersebut belum ada.⁹ Tentu saja hal ini merugikan tertanggung, dimana tertanggung telah membayar premi atau kewajibannya kepada penanggung, tetapi penanggung tidak mau

⁶ Pasal 257 ayat (2) Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD)

⁷ Sentosa Sembiring, "Asuransi Jaminan Sosial", (Nuansa Aulia, 2006), hal.15-16

⁸ <http://www.agenasuransi.net/2008/02/20/kecewa-pengajuan-pembatalan-pendaftaran-polis-asuransi-bumiputera-1912/> , diakses pada tanggal 28 maret 2010 pukul 13.00

⁹ Kompas, Surat Pembaca dari Djauhery mengenai Kerjasama Citibank dan Prudential akibat keterlambatan penyerahan polis asuransi kesehatan, Rabu 26 Mei 2010

melaksanakan kewajibannya berupa pembayaran klaim atau pembayaran ganti rugi atas kerugian yang diderita oleh tertanggung dengan dalih polis belum terbit. Hal ini juga menyulitkan bagi tertanggung karena tidak mengetahui tanggal efektif yang identik dimulainya pertanggungannya sehingga dengan mudah pihak penanggung menolak pengajuan klaim yang diajukan oleh tertanggung. Dalam hal ini kita dapat melihat bahwa perjanjian pertanggungannya yang terjadi tersebut menjadi sia-sia karena penanggung tidak mau melaksanakan kewajibannya dan tertanggung menanggung sendiri risiko yang ia derita. Dan pada prakteknya salah satu dokumen yang perlu dilampirkan pada saat akan mengajukan klaim adalah polis.

Issue-issue yang berkembang di masyarakat terkait dengan dunia perasuransian terutama asuransi kesehatan adalah dimana pada saat perjanjian pertanggungannya telah disepakati oleh penanggung dan tertanggung dan polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung, maka pada saat terjadinya risiko yang tidak dikecualikan dan tertanggung akan mengajukan klaim kepada penanggung, pihak penanggung berdalih bahwa polis tersebut belum diterbitkan dan penanggung menyatakan bahwa untuk mengajukan klaim maka salah satu syarat yang diperlukan adalah menyertakan polis.¹⁰ Sehingga berdasarkan hal tersebut, apabila dalam pengajuan klaim dan polis belum terbit, maka penanggung tidak memiliki kewajiban untuk mengganti kerugian yang diderita oleh tertanggung. Sebagai ilustrasi dari penjelasan tersebut, tertanggung dan penanggung sudah sepakat mengenai perjanjian pertanggungannya atau asuransi yang mereka tutup tetapi dalam hal ini polis belum diterbitkan oleh penanggung dan masih dalam proses dan tertanggung sudah melaksanakan kewajibannya yaitu membayar premi kepada penanggung. Lalu keesokan harinya tertanggung mengalami risiko seperti kecelakaan yang mengakibatkan tertanggung dirawat di inap di rumah sakit. Pada dasarnya risiko tersebut ditanggung oleh penanggung atau tidak dikecualikan dalam polis. Pada saat tertanggung keluar dari rumah sakit, tertanggung mengajukan klaim kepada pihak

¹⁰ Pasal 22 Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai prosedur klaim

asuransi berupa biaya perawatan, biaya kunjungan dokter, dll. Pihak asuransi beralasan bahwa dalam mengajukan klaim dibutuhkan dokumen yang harus disertakan dan salah satunya adalah polis.¹¹ Sehingga apabila polis ini belum terbit dan akan mengajukan klaim maka penanggung menolak klaim tersebut karena salah satu dokumen yang wajib dilampirkan untuk mengajukan klaim adalah polis. Selain itu, terkadang ada klausula-klausula tertentu yang bersifat signifikan bagi hak tertanggung yang tidak disampaikan oleh penanggung pada saat akan mengadakan perjanjian pertanggungan dan hal tersebut diungkapkan dalam polis.¹² Klausula yang signifikan bagi tertanggung tersebut dalam asuransi kesehatan tentu terkait dengan riwayat kesehatan dari pihak tertanggung.¹³ Sehingga apabila tertanggung akan mengajukan klaim sebelum polis terbit menjadi tidak bisa karena terdapat klausula-klausula yang penting diketahui bagi tertanggung. Oleh karena itu kita dapat melihat bahwa polis menjadi suatu hal yang sangat penting dalam asuransi kesehatan.

Berdasarkan contoh di atas, kita dapat mengaitkan kasus tersebut dengan Pasal 257 ayat (1) KUHD yang menyatakan bahwa:¹⁴

Perjanjian pertanggungan diterbitkan setelah ia ditutup, hak-hak dan kewajiban bertimbal balik dari si penanggung dan si tertanggung mulai berlaku semenjak saat itu, bahkan sebelum polisnya ditandatangani.

Tetapi apabila melihat salah satu dokumen yang wajib dilampirkan adalah polis, maka seolah-olah risiko atas diri tertanggung baru ditanggung oleh pihak penanggung apabila polis tersebut terbit karena apabila polis tersebut belum terbit,

¹¹ *Ibid*

¹² Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 28 Februari 2010 pukul 12.45 WIB mengenai *issue-issue* yang berkembang di masyarakat berkaitan dengan polis belum terbit

¹³ *ibid*

¹⁴ Pasal 257 ayat (1) KUHD

maka pihak tertanggung tidak dapat mengajukan klaim kepada penanggung. Selain itu untuk mengajukan klaim pada saat perjanjian pertanggungan telah disepakati, maka tetap dibutuhkan salah satu dokumen yaitu polis. Dan apabila polis ini belum terbit, maka tertanggung sulit mengajukan klaim atas penyakit yang ia derita walaupun perjanjian pertanggungan telah disepakati. Sehingga apa yang dilakukan oleh pihak penanggung seolah-olah bertentangan dengan Pasal 257 ayat (1) KUHD tersebut. Karena seakan-akan penanggung melalaikan kewajibannya berupa mengambilalih risiko yang diderita oleh tertanggung yang seharusnya perjanjian pertanggungan tersebut telah mengikat antara penanggung dan tertanggung pada saat perjanjian pertanggungan tersebut ditutup.

Berdasarkan fakta-fakta yang sering terjadi di dunia perasuransian tersebut, maka penulis ingin menggali lebih dalam mengenai fungsi dan keberadaan polis yang belum terbit dalam perjanjian pertanggungan/asuransi terutama dalam asuransi kesehatan yang dilakukan oleh penanggung dan tertanggung terutama terkait masalah pengajuan klaim oleh tertanggung. Dalam hal ini penulis ingin melihat apakah apabila polis belum diterbitkan dalam asuransi kesehatan, maka tertanggung dapat mengajukan haknya yaitu berupa pengajuan klaim kepada penanggung apabila risiko yang dipertanggungkan terjadi pada saat polis belum diterbitkan. Penulis juga ingin menggali lebih dalam apakah Pasal 257 ayat (1) KUHD tersebut dapat disimpangi atau tidak dalam asuransi kesehatan. Selain itu, alasan pemilihan membahas mengenai fungsi dan keberadaan polis yang belum terbit dalam perjanjian pertanggungan/asuransi jiwa berupa asuransi kesehatan adalah ingin melihat hak-hak dan kewajiban-kewajiban penanggung dan tertanggung apakah timbul sejak sebelum polis diterbitkan atau hak-hak dan kewajiban-kewajiban tersebut timbul setelah polis diterbitkan.

1.2. Pokok Permasalahan

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang dikemukakan di atas, pokok permasalahan yang hendak dibahas dalam skripsi ini adalah:

1. Bagaimana kedudukan polis dalam perjanjian pertanggungan berupa asuransi kesehatan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku?
2. Bagaimana tanggungjawab penanggung dan tertanggung dalam asuransi kesehatan apabila polis belum terbit?
3. Bagaimana dampak yang ditimbulkan akibat belum diterbitkannya polis oleh penanggung terhadap pengajuan klaim yang dilakukan oleh tertanggung dalam asuransi kesehatan?

1.3. Tujuan Penulisan

Berdasarkan perumusan masalah yang dikemukakan di atas, maka penelitian ini ditujukan secara umum dan secara khusus. Secara umum penelitian ini ditujukan untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat terutama tertanggung dalam perusahaan asuransi yang akan mengajukan klaim karena terjadinya risiko pada saat perjanjian pertanggungan asuransi kesehatan telah terjadi dan tertanggung telah melaksanakan kewajibannya berupa pembayaran premi sedangkan polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Sedangkan secara khusus penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui kedudukan polis dalam perjanjian pertanggungan berupa asuransi kesehatan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku
2. Mengetahui bagaimana tanggungjawab penanggung dan tertanggung dalam asuransi kesehatan apabila polis belum terbit
3. Mengetahui dampak yang ditimbulkan akibat belum diterbitkannya polis oleh penanggung terhadap pengajuan klaim yang diajukan oleh tertanggung dalam asuransi kesehatan

1.4. Definisi Operasional

Untuk mendapat suatu pengertian yang sama mengenai istilah-istilah yang ada dalam penulisan skripsi ini, maka penulis memberikan pengertian dari beberapa istilah yang dipakai dalam skripsi ini, yaitu:

1. Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung berupa kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.¹⁵
2. Penanggung adalah pihak yang menanggung risiko yang dialami oleh tertanggung¹⁶
3. Tertanggung adalah orang yang jiwanya dipertanggungkan. Dalam hal ini terdiri dari tertanggung utama atau tertanggung tambahan.
4. Polis adalah bukti tertulis atas perjanjian yang dibuat oleh penanggung dan tertanggung¹⁷
5. Premi adalah sejumlah uang yang harus dibayar oleh pihak tertanggung kepada pihak asuransi yang menerima penutupan asuransi dari pihak tertanggung¹⁸
6. Risiko adalah ketidakpastian atas suatu kerugian¹⁹

¹⁵ Indonesia, *Undang-undang tentang Usaha Perasuransian*, UU No.2 Tahun 1992, LN No.13 Tahun 1992, pasal 1 angka 1

¹⁶ C.Bennett, "*Dictionary of Insurance: second edition*", (Perason Education Limited, 2004), hal. 170

¹⁷ *Ibid*, hal.241

¹⁸ http://www.madeallianz.com/pmain.php?id_hal=17

7. Klaim adalah tuntutan dari pihak tertanggung kepada penanggung²⁰
8. Perusahaan perasuransian adalah perusahaan asuransi kerugian, perusahaan asuransi jiwa, perusahaan reasuransi, perusahaan pialang asuransi, perusahaan pialang reasuransi, agen asuransi, perusahaan penilai kerugian asuransi dan perusahaan konsultan aktuarial²¹
9. Perusahaan asuransi kerugian adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko atas kerugian, kehilangan manfaat, dan tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga, yang timbul dari peristiwa yang tidak pasti²²
10. Perusahaan asuransi jiwa adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan hidup atau meninggalnya seseorang yang dipertanggung²³
11. Tanggal efektif adalah tanggal pada saat tertanggung mulai diasuransikan di bawah polis²⁴
12. Surat Permintaan Asuransi Kesehatan adalah formulir yang memuat keterangan dan pernyataan yang diberikan oleh calon pemegang polis dan atau calon tertanggung pada saat permintaan pertanggungan, yang merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari polis.²⁵

¹⁹ *Ibid*, hal.268

²⁰ John M. Echols dan Hassan Shadily, “*Kamus Inggris-Indonesia: an English-Indonesia Dictionary*”, (PT.Gramedia Pustaka Utam,1990), hal.115

²¹ Indonesia, *Undang-undang tentang Usaha Perasuransian*, UU No.2 Tahun 1992, LN No.13 Tahun 1992, pasal 1 angka 4

²² *Ibid*, pasal 1 angka 5

²³ *Ibid*, pasal 1 angka 6

²⁴ Pasal 1 angka 8 Istilah dalam syarat-syarat umum polis asuransi kesehatan individu “Eka Sehat” PT.Asuransi Jiwa SM

²⁵ *Ibid*, Pasal 1 angka 1

13. *Binding Receipt* atau kwitansi pengikat adalah tanda terima pembayaran premi yang langsung mengikat perusahaan asuransi dalam kontrak sementara.²⁶
14. Perusahaan pialang asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penutupan asuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi asuransi dengan bertindak untuk kepentingan tertanggung.²⁷
15. Agen Asuransi adalah seseorang atau badan hukum yang kegiatannya memberikan jasa dalam memasarkan jasa asuransi untuk dan atas nama penanggung.²⁸
16. Indemnitas adalah suatu mekanisme dengan mana si penanggung memberikan ganti rugi finansial kepada tertanggung dalam upaya menempatkan posisi keuangan tertanggung pada saat sebelum terjadinya kerugian.²⁹

1.5. Metodologi Penulisan

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian hukum normatif, yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka atau data sekunder.³⁰ Dalam penelitian normatif ini menghasilkan data deskriptif analitis. Metode deskriptif analitis adalah metode yang menggunakan peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, maupun teori-teori yang berkaitan dengan hal yang diteliti, kemudian menggunakannya untuk menganalisis periode

²⁶

http://www.aaji.or.id/index.php?option=com_glossary&catid=36&func=display&search=binding

²⁷ Indonesia, *Undang-undang tentang Usaha Perasuransian*, UU No.2 Tahun 1992, LN No.13 Tahun 1992, pasal 1 angka 8

²⁸ *Ibid*, pasal 1 angka 10

²⁹ Pojokasuransi.com, “Prinsip indemnity”, <http://pojokasuransi.com/content/view/28/42/>, diakses pada 14 September 2009 pukul 11.10.

³⁰ Soejono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauann Singkat* (Jakarta: Rajawali Press, 1995), hal. 13.

sebelum polis diterbitkan oleh pihak asuransi, khususnya sehubungan dengan permasalahan terjadinya suatu risiko yang diderita oleh tertanggung pada saat belum diterbitkannya polis oleh penanggung.³¹ Metode analisis data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini sesuai dengan sifat penelitian adalah analisis data secara kualitatif.

Dalam melakukan penelitian ini, alat yang digunakan dalam pengumpulan data adalah studi kepustakaan (*library research*), yaitu pengumpulan data yang dilakukan melalui data tertulis dan ditambah studi lapangan berupa wawancara dengan para ahli.³² Dalam hal ini penulis melakukan wawancara terhadap Ibu Triwati Sri Soedjarworini (Agency Manager Asuransi Jiwa SM), Ibu Manda Purwa Perwita (Underwriting Casualty PT.Allianz Utama Indonesia), Bapak Wiwit Prayitno (Agen dari PT.Prudential Life Assurance) dan Bapak Tokol M.Kartasasmita (Vice President Director PT.Proteksindo Insurance Brokers). Dalam studi kepustakaan ini, peneliti berusaha mempelajari dan menelaah berbagai literatur (buku-buku, artikel dari internet, *slide* perkuliahan, peraturan perundang-undangan, dan lain-lain) untuk menghimpun sebanyak mungkin ilmu dan pengetahuan, terutama yang berhubungan dengan pokok permasalahan yang diteliti. Tujuan studi kepustakaan adalah untuk mengoptimalkan teori dan bahan yang berkaitan dalam menentukan arah dan tujuan penelitian serta konsep-konsep dan bahan-bahan teoritis lain yang sesuai konteks permasalahan penelitian. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari:³³

³¹ H.Zainudin Ali, *Metode Penelitian Hukum*, (Jakarta: Sinar Grafika, 2009), hal.105-106

³² Soerjono Soekanto, *Pengantar Penulisan Hukum*, (Jakarta: UI Press, 1986), hal. 21.

³³ *Ibid.*, hal. 32.

1. Bahan Hukum Primer

Bahan-bahan hukum yang memiliki kekuatan mengikat terhadap masyarakat. Bahan hukum primer yang digunakan dalam penelitian ini antara lain KUHPER, KUHD, UU No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian dan aturan terkait lainnya.

2. Bahan Hukum Sekunder

Bahan-bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer berupa buku-buku, artikel, makalah serta data-data lainnya yang mendukung penelitian ini. Sumber sekunder dalam penelitian ini yaitu buku-buku mengenai asuransi, serta sumber tertulis lainnya yang masih berkaitan dengan permasalahan yang diteliti.

3. Bahan Hukum Tersier

Bahan-bahan yang memberi petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer maupun hukum sekunder, atau disebut juga bahan penunjang dalam penelitian ini. Peneliti menggunakan bahan yang diperoleh dari kamus asuransi.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa metode deskriptif merupakan langkah-langkah melakukan representatif obyektif tentang gejala yang terdapat dalam penelitian. Tujuan dari metode deskriptif adalah membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki. Dengan menggunakan metode deskriptif, maka penulis dapat menggambarkan dan menganalisis mengenai permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini.

1.6. Sistematika Penulisan

Sistematika dalam penulisan skripsi ini akan diuraikan dan disusun dalam lima bab, dimana perinciannya adalah sebagai berikut:

BAB I

Dalam bab pertama adalah pendahuluan yang didalamnya akan dibagi ke dalam enam sub bab yakni secara berurutan yaitu latar belakang, pokok permasalahan, tujuan penelitian, definisi konseptual, metodologi penelitian, dan sistematika penelitian.

BAB II

Bab kedua ini berisi pembahasan mengenai tinjauan umum mengenai polis asuransi yang akan dibagi menjadi empat sub bab yaitu sub bab pertama akan membahas mengenai polis menurut hukum asuransi yang terdiri dari pengertian polis, periode penyerahan polis, fungsi polis, isi polis, dan hal-hal yang mutlak dimuat di dalam polis. Lalu sub bab kedua akan membahas mengenai polis sebagai perjanjian yang terdiri dari syarat sahnya perjanjian dan kedudukan polis dalam perjanjian. Sub bab ketiga akan membahas mengenai perbedaan polis dan nota penutupan asuransi/*cover note*. Sub bab keempat akan membahas mengenai komparasi polis menurut aturan di Inggris.

BAB III

Bab ketiga akan membahas tentang tinjauan umum mengenai asuransi kesehatan yang terdiri dari enam sub bab. Sub bab pertama akan membahas mengenai perkembangan asuransi kesehatan yang akan dibagi menjadi pengertian dan definisi asuransi kesehatan, perkembangan asuransi kesehatan secara umum dan perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia. Sub bab kedua akan membahas mengenai syarat sahnya perjanjian asuransi kesehatan. Sub bab ketiga akan membahas mengenai polis asuransi kesehatan yang akan dibagi menjadi jenis polis asuransi kesehatan dan isi polis asuransi kesehatan. Sub bab keempat akan membahas mengenai klaim dalam asuransi kesehatan dan prosedur pengajuan klaim dalam asuransi kesehatan. Sub bab kelima akan membahas mengenai penyelesaian sengketa klaim asuransi kesehatan. Dan sub bab keenam akan membahas mengenai proses

penutupan asuransi kesehatan yang akan dibagi menjadi dua bagian yaitu penutupan asuransi kesehatan secara langsung yang terdiri dari proses penutupan asuransi kesehatan pemegang polis berkedudukan sebagai tertanggung, pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung, dan proses penutupan asuransi kesehatan secara kelompok/*group*. Dan bagian kedua adalah proses penutupan asuransi kesehatan secara tidak langsung yaitu melalui pialang/broker.

BAB IV

Bab keempat akan membahas mengenai analisa aturan penerbitan polis terkait klaim asuransi jiwa berupa asuransi kesehatan yang akan dibagi menjadi tiga sub bab yaitu sub bab pertama yaitu mengenai kedudukan polis dalam asuransi kesehatan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku, sub bab kedua akan membahas mengenai tanggung jawab penanggung dan tertanggung pada saat polis belum terbit, dan sub bab ketiga akan membahas mengenai dampak dari belum diterbitkannya polis oleh penanggung terhadap pengajuan klaim oleh tertanggung.

BAB V

Bab kelima ini merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN UMUM MENGENAI POLIS

2.1. Polis menurut Hukum Asuransi:

2.1.1 Pengertian Polis:

Polis adalah suatu bukti tertulis yang memuat perjanjian asuransi yang diadakan antara tertanggung dan penanggung. Dalam Pasal 255 KUHD polis seperti syarat mutlak terjadinya perjanjian asuransi. Hal tersebut dapat dilihat dalam Pasal 255 KUHD. Pasal 255 KUHD menyebutkan bahwa:³⁴

Suatu pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang dinamakan polis

Apabila melihat ketentuan dalam Pasal 255 KUHD tersebut, seolah-olah perjanjian asuransi terjadi pada saat polis tersebut terbit, atau dengan kata lain polis merupakan syarat mutlak untuk terbentuknya perjanjian asuransi. Tetapi apabila kita memperhatikan Pasal 257 KUHD maka yang terjadi adalah sebaliknya. Pasal 257 KUHD menyebutkan bahwa:³⁵

Perjanjian pertanggungan diterbitkan seketika setelah ia ditutup; hak-hak dan kewajiban-kewajiban bertimbal balik dari penanggung dan tertanggung mulai berlaku semenjak saat itu, bahkan sebelum polisnya ditandatangani.

Ditutupnya perjanjian menerbitkan kewajiban bagi penanggung untuk menandatangani polis tersebut dalam waktu yang ditentukan dan menyerahkannya kepada tertanggung.

³⁴ Pasal 255 KUHD

³⁵ Pasal 257 KUHD

Dengan adanya ketentuan dalam Pasal 257 KUHD ini, jelaslah bahwa polis bukan merupakan syarat mutlak untuk terbentuknya perjanjian asuransi. Perjanjian asuransi terbentuk dengan kata sepakat (konsensus) yang artinya persetujuan asuransi pada hakikatnya bersifat konsensual, maksudnya adalah setelah ada kata sepakat antara kedua belah pihak untuk mengadakan perjanjian pertanggungan, maka terbentuklah persetujuan asuransi.³⁶ Akan tetapi bukan berarti bahwa polis tidak diperlukan lagi, polis dalam asuransi tetap harus ada, bahkan penanggung diwajibkan untuk menyerahkan polis yang telah ditandatanganinya kepada tertanggung, sebagai alat pembuktian tentang adanya perjanjian asuransi. Dalam hal ini polis adalah sebagai alat bukti demi kepentingan tertanggung, sebab penanggunglah yang menandatanganinya. Dan karena penanggung yang menandatangani polis, maka berdasarkan Pasal 1349 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPER), maka polis harus diartikan untuk kepentingan tertanggung.

Dikaitkan dengan kedudukan polis tersebut, dalam dunia perasuransian pada saat polis sedang dalam proses (belum diterbitkan) sedangkan perjanjian pertanggungannya telah terjadi, biasanya penanggung akan mengeluarkan formulir nota penutupan asuransi sebagai bukti telah terjadinya pertanggungan atau asuransi. Sehingga apabila polis belum diterbitkan dan terjadi suatu kerugian terhadap tertanggung, maka perjanjian pertanggungan sudah dapat dibuktikan dengan nota penutupan tersebut.³⁷ Dalam Pasal 258 ayat 1 KUHD dijelaskan bahwa polis sebagai alat bukti yang sempurna, dan kalau polis ini belum terbit, maka tertanggung dapat menggunakan alat bukti surat lainnya.³⁸

Adapun mengenai jangka waktu penandatanganan dan penyerahan polis sudah ditentukan dalam Pasal 259 dan Pasal 260 KUHD.

³⁶ Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2000), hal.62

³⁷ Djoko Prakoso, *Asuransi di Indonesia*, (Jakarta: Dahara Prize, 1991), hal.169

³⁸ *Ibid*, hal. 169

Pasal 259 KUHD menetapkan:³⁹

Apabila suatu pertanggungan ditutup langsung antara tertanggung, atau seorang yang telah diperintahnya untuk itu atau mempunyai kekuasaan untuk itu, dan penanggung, maka haruslah polisnya dalam waktu 24 jam setelah dimintanya ditandatangani oleh pihak yang tersebut terakhir ini, kecuali apabila ketentuan undang-undang dalam suatu hal tertentu, ditetapkan suatu jangka waktu yang lebih lama.

Pasal 260 KUHD menetapkan bahwa:⁴⁰

Apabila pertanggungan ditutup dengan perantara seorang makelar, maka polis yang telah ditandatangani harus diserahkan didalam waktu delapan hari setelah ditutupnya perjanjian.

Selanjutnya dalam Pasal 261 KUHD menyebutkan bahwa:⁴¹

Jika ada kelalaian, dalam hal-hal yang ditentukan dalam kedua pasal yang lalu, maka wajiblah penanggung atau makelar terhadap tertanggung mengganti kerugian yang kiranya dapat timbul dari kelalaian itu

Jadi mengenai ketentuan jangka waktu penyerahan polis harus benar-benar diperhatikan, kalau ada kelalaian sehingga menimbulkan kerugian, maka penanggung atau makelar harus mengganti kerugian pada tertanggung. Biasanya tenggang waktu yang ditetapkan dalam pasal-pasal di atas jarang sekali diterapkan dalam dunia praktek perasuransian. Hal ini disebabkan oleh masalah administrasi dan masih menunggu keterangan-keterangan lebih lanjut yang diperlukan bagi pengisian polis

³⁹ Pasal 259 KUHD

⁴⁰ Pasal 260 KUHD

⁴¹ Pasal 261 KUHD

tersebut. Sehingga polis baru dapat terbit dan diserahkan kepada tertanggung lebih dari 24 jam dan 8 hari apabila memakai jasa makelar.⁴²

2.1.2. Periode Penyerahan Polis:

Adapun maksud adanya jangka waktu penyerahan polis adalah penting dalam hal pembuktian bila terjadi peristiwa. Pembuktian dibedakan dalam dua jangka waktu:

- a. Pembuktian pada waktu sebelum polis diterbitkan
- b. Pembuktian pada waktu sesudah polis diterbitkan

a. Pembuktian pada waktu sebelum polis diserahkan atau diterbitkan

Apabila sejak saat terjadi perjanjian pertanggungan sampai diserahkan polis yang sudah ditandatangani tidak terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian tentu hal tersebut tidak menimbulkan kerugian bagi pihak tertanggung maupun penanggung. Tetapi jika setelah perjanjian pertanggungan telah disepakati dan polis belum terbit, atau sudah dibuatkan polisnya tetapi belum ditandatangani oleh penanggung dan belum diserahkan kepada tertanggung lalu terjadi suatu risiko, hal inilah yang menjadi suatu masalah apabila polis belum terbit.⁴³ Dalam hal ini, Pasal 257 ayat (1) KUHD memberikan penjelasan bahwa walaupun polis belum terbit, perjanjian pertanggungan telah terjadi pada saat penanggung dan tertanggung menutup perjanjian pertanggungan tersebut. Hak dan kewajiban penanggung dan tertanggung sudah muncul pada saat perjanjian pertanggungan tersebut ditutup oleh kedua belah pihak. Untuk membuktikan adanya kesepakatan atau penutupan antara tertanggung dan penanggung, undang-undang mengharuskan pembuktian dengan alat

⁴² Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.124

⁴³ Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.57

bukti tertulis yang disebut polis. Akan tetapi, apabila polis belum terbit, pembuktian dapat dilakukan dengan bukti-bukti tertulis lainnya seperti catatan, nota, surat perhitungan, dll.⁴⁴ Oleh karena itu dalam membuktikan adanya perjanjian asuransi, Pasal 258 KUHD membedakan dalam tiga hal, yaitu:

1. Membuktikan terbentuknya persetujuan asuransi.

Dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD ditetapkan:

Untuk membuktikan hal ditutupnya perjanjian tersebut, diperlukan pembuktian dengan tulisan; namun demikian bolehlah lain-lain alat pembuktian dipergunakan juga, manakala sudah ada suatu permulaan pembuktian dengan tulisan.

Pembuktian sebelum polis dibuat mungkin sekali dibutuhkan apabila misalnya peristiwa yang tidak tentu tersebut sudah terjadi, sedangkan polisnya belum terbit atau belum diserahkan kepada tertanggung. Mengenai apa yang dimaksud dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD tentang alat bukti surat tidaklah perlu merupakan suatu akta yang selalu berasal dari dua belah pihak, akan tetapi juga mungkin pernyataan-pernyataan tertulis dari pihak ketiga. Singkatnya, yang diharuskan sebagai alat bukti yang dapat dipakai dalam hal membuktikan adanya perjanjian asuransi itu pertamanya ialah surat atau tulisan.⁴⁵ Sedangkan alat bukti lain dapat digunakan apabila permulaan pembuktian apabila bukti dengan surat atau tulisan sudah ada. Pembuktian dengan surat atau tulisan tidak berarti harus dibuktikan dengan akta tetapi cukup suatu catatan saja tanpa tandatangan.⁴⁶ Surat atau tulisan tersebut yang dianggap sebagai permulaan pembuktian dengan tulisan antara lain:⁴⁷

⁴⁴ *Ibid*, hal.57

⁴⁵ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.133

⁴⁶ Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta,2000), hal.65

⁴⁷ Djoko Prakoso, *Asuransi di Indonesia* , (Jakarta: Dahara Prize,1991), hal.38

- a. Catatan-catatan dari makelar asuransi yang dibuat dalam bursa perdagangan
- b. Catatan-catatan si penjamin dalam bukunya
- c. Tulisan surat-menyurat antara kedua belah pihak

Selain itu untuk membuktikan telah terbentuknya perjanjian asuransi dapat digunakan alat-alat bukti lain⁴⁸. Jadi untuk membuktikan terbentuknya perjanjian asuransi pertama-tama harus menggunakan alat bukti tulisan, sebab yang harus dibuktikan adalah mengenai hal-hal yang bersifat mutlak dari perjanjian asuransi, misalnya mengenai sifat kerugian yang dijamin disatu pihak dan pembayaran premi yang dilalaikan di lain pihak.

Namun demikian apabila bukti tulisan dan permulaan pembuktian dengan tulisan tidak ada, maka untuk memutuskan perkara tersebut tidak ada jalan lain kecuali dengan mengambil sumpah, sebagaimana ditetapkan dalam Pasal 1930 ayat (2) KUHPER yang berbunyi sebagai berikut:⁴⁹

Sumpah pemutus dapat diperintahkan dalam setiap tingkatan perkaranya, bahkan juga apabila tiada upaya lain yang manapun untuk membuktikan tuntutan atau tangkisan yang diperintahkan penyumpahannya itu⁵⁰

2. Membuktikan janji-janji dan syarat-syarat khusus dalam asuransi.

Dalam Pasal 258 ayat (2) KUHD ditetapkan bahwa:

Namun demikian bolehlah ketetapan-ketetapan dan syarat-syarat khusus, apabila tentang itu timbul suatu perselisihan, dalam jangka waktu antara

⁴⁸ *Ibid*, hal.39

⁴⁹ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.133

⁵⁰ Pasal 1930 ayat (2) KUHPER

penutupan perjanjian dan penyerahan polisnya, dibuktikan dengan segala alat bukti, ...⁵¹

Jadi untuk membuktikan mengenai janji-janji dan syarat-syarat khusus dalam perjanjian asuransi dapat digunakan sebagai alat bukti seperti keterangan saksi, persangkaan, pengakuan, dengan tidak perlu ada bukti tulisan.⁵²

3. Membuktikan janji-janji dan syarat-syarat yang menurut undang-undang harus dimuat dalam polis. Pasal 258 ayat (2) KUHD menyebutkan bahwa:

..., tetapi dengan pengertian bahwa segala hal yang dalam beberapa macam pertanggungan oleh ketentuan undang-undang atas ancaman batal, diharuskan penyebutannya dengan tegas dalam polis, harus dibuktikan dengan tulisan.⁵³

Maksud dari pasal tersebut adalah apabila janji-janji dan syarat-syarat tersebut tidak dimuat dalam polis, maka perjanjian asuransi menjadi batal. Misalnya mengenai asuransi atas laba yang diharapkan (Pasal 615 ayat (1) KUHD), dan asuransi atas kapal-kapal atau barang-barang yang sudah berangkat dari tempat, dimana penanggung mulai memikul risiko (Pasal 603 ayat (2) KUHD).⁵⁴ Di dalam polisnya tersebut harus disebut tentang berita terakhir, atau surat saran dengan ancaman batal.

⁵¹ Pasal 258 ayat (2) KUHD

⁵² Gunawan Sapta Dewo, "Tinjauan Yuridis Polis Asuransi Jiwa Dalam Praktek Perasuransian di Kabupaten Majalengka", (Depok, 1992), hal.34

⁵³ Pasal 258 ayat (2) KUHD

⁵⁴ Gunawan Sapto Dewo, *Loc-Cit*, hal.35

b. Pembuktian pada waktu sesudah polis diserahkan atau diterbitkan

Berdasarkan Pasal 258 ayat (1) KUHD, telah kita ketahui bahwa tentang adanya perjanjian asuransi itu dan juga tentang janji-janji khusus di dalamnya hanyalah dapat dibuktikan dengan tulisan, kecuali kalau ada permulaan pembuktian dengan surat maka diperkenankanlah memakai alat-alat bukti lainnya. Dengan demikian di dalam periode ini pun alat bukti yang sangat penting ialah tulisan atau surat dan permulaan pembuktian dengan surat. Baik mengenai diadakannya perjanjian asuransi maupun tentang janji-janji khusus hanya dapat dibuktikan dengan alat bukti surat. Dalam hal ini alat bukti yang sangat penting adalah tulisan atau surat serta permulaan pembuktian dengan surat. Dalam arti luas hal ini yang dimaksud tentu saja polis dengan seluruh persyaratannya.⁵⁵ Dalam praktek dunia perasuransian keberadaan tulisan atau surat sebagai alat bukti sangatlah penting, dimana dimulai dari permintaan menjadi nasabah dan ditambah dengan polis itu sendiri yang akhirnya keduanya merupakan suatu alat bukti yang lengkap dalam satu kesatuan, yang dimaksud satu kesatuan disini adalah permintaan atau pernyataan menjadi tertanggung yang ditandatangani oleh calon tertanggung dengan polis yang dikeluarkan oleh penanggung dan ditandatangani oleh penanggung.⁵⁶ Dalam keadaan polis telah diserahkan akan tetapi kemudian hilang, maka hal ini tergolong ke dalam periode setelah penyerahan polis, sehingga pembuktian yang diatur dalam Pasal 258 ayat (2) KUHD tidak dapat digunakan. Akan tetapi secara rasional ternyata masih dapat kita terima bahwa maksud dari pembentuk undang-undang tidaklah demikian, melainkan bahwa pembuktian itu adalah menurut periode sebelum polis diserahkan. Dalam hal ini dapat digunakan dengan bukti permulaan berupa surat atau alat bukti

⁵⁵ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.133-134

⁵⁶ *Ibid*, hal. 134

lainnya asalkan bukti permulaan berupa surat telah ada. Apabila tidak ada bukti permulaan berupa surat, maka dapat dilakukan sumpah.⁵⁷

Kita harus memahami bahwa penggunaan Pasal 258 KUHD hanyalah untuk pembuktian oleh tertanggung kepada penanggung. Menurut Scheltema dalam *Venzekeringsrecht* halaman 39, menyatakan bahwa pembuktian adalah demi untuk kepentingan tertanggung. Karena polis sebenarnya adalah suatu akta yang bersifat sepihak, dan hal ini dijelaskan dalam Pasal 256 ayat 2 KUHD bahwa polis itu hanyalah ditandatangani oleh penanggung untuk kepentingan tertanggung.⁵⁸ Jadi polis tersebut, mempunyai kekuatan pembuktian yang sempurna untuk kepentingan tertanggung atau orang-orang yang memperoleh hak dari dia dan hanya terhadap penanggung. Apabila penanggung mengingkari adanya asuransi atau janji-janji khusus didalamnya, maka pada prinsipnya tertanggung harus menunjukkan bukti-bukti lain selain polis.⁵⁹ Menurut Pasal 258 ayat (2) KUHD dalam hal polis belum diterbitkan, tertanggung dapat menggunakan keterangan-keterangan saksi, persangkaan-persangkaan, pengakuan di luar sidang, meskipun tanpa suatu tulisan. Tetapi apabila tulisan tersebut ada, maka dapat dipergunakan pula tulisan tersebut sebagai alat bukti adanya perjanjian asuransi tersebut.

2.1.3. Fungsi Polis:

Dalam asuransi, polis adalah bukti tertulis atau surat perjanjian antara pihak-pihak yang mengadakan perjanjian. Pada dasarnya polis berfungsi sebagai alat bukti tertulis dari pihak tertanggung kepada penanggung bahwa penanggung sudah setuju menanggung risiko dari tertanggung. Tetapi dalam prakteknya, polis juga memiliki

⁵⁷ Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2000), hal.67

⁵⁸ Pasal 256 ayat (2) KUHD

⁵⁹ *Ibid*, hal.41

fungsi baik kepada tertanggung maupun penanggung. Adapun fungsi polis bagi tertanggung adalah:⁶⁰

1. Sebagai bukti tertulis atas jaminan penanggungan untuk mengganti kerugian yang mungkin dideritanya yang ditanggung oleh polis
2. Sebagai bukti otentik untuk menuntut penanggung bila lalai atau tidak memenuhi jaminannya

Sedangkan fungsi polis bagi penanggung (perusahaan asuransi) adalah:⁶¹

1. Sebagai bukti tertulis atas jaminan yang diberikan oleh penanggung kepada tertanggung untuk membayar ganti rugi yang mungkin diderita oleh tertanggung
2. Sebagai bukti otentik untuk menolak tuntutan ganti rugi atau klaim bila penyebab kerugian tidak memenuhi syarat polis
3. Membuktikan bahwa tertanggung telah melakukan pembayaran premi kepada penanggung sebagai wujud dari kewajibannya kepada penanggung

2.1.4. Isi Polis:

Pada prinsipnya, dalam setiap perjanjian asuransi, kecuali perjanjian asuransi jiwa, polis harus berisikan hal-hal berikut:⁶²

Setiap polis, kecuali yang mengenai suatu pertanggungan jiwa, harus menetapkan:⁶³

⁶⁰ *WealthIndonesia.com*, 4 Juni 2009, "Polis Asuransi", <http://www.asuransiallianz.com/polis-asuransi/artikel-asuransi/>, diakses pada tanggal 9 februari 2010

⁶¹ *Ibid.* Dijelaskan dalam *website* tersebut bahwa salah satu fungsi polis yang lain bagi penanggung adalah sebagai bukti tanda terima premi asuransi dari tertanggung. Tetapi penulis berpendapat bahwa apabila premi dibayar dengan cara mencicil, maka tidak setiap tertanggung membayar premi maka penanggung menerbitkan polis. Polis merupakan suatu bukti adanya perjanjian pertanggungan antara penanggung dengan tertanggung

⁶² Sentosa Sembiring, *Asuransi Jaminan Sosial*, (Bandung: Nuansa Aulia,2006), hal. 16

- a. Hari ditutupnya pertanggungan
- a. Nama orang yang menutup pertanggungan atas tanggungan sendiri atau atas tanggungan seorang ketiga
- b. Suatu uraian yang cukup jelas mengenai barang yang dipertanggungkan
- c. Jumlah uang untuk berapa diadakan pertanggungan
- d. Bahaya-bahaya yang ditanggung oleh penanggung
- e. Saat pada mana bahaya mulai berlaku untuk tanggungan penanggung dan saat berakhirnya itu
- f. Premi pertanggungan tersebut
- g. Pada umumnya, semua keadaan yang kiranya penting bagi penanggung untuk diketahuinya, dan segala syarat yang diperjanjikan antara para pihak”

Hari dan tanggal dibuatnya pertanggungan adalah penting untuk menentukan saat mulai dibuatnya pertanggungan. Selain itu juga untuk mengetahui pertanggungan yang terjadi lebih dulu dalam hal ada pertanggungan rangkap. Hal ini penting jika terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, penanggung yang mana yang wajib membayar ganti kerugian.⁶⁴

Nama orang yang mengadakan pertanggungan untuk diri sendiri atau untuk orang ketiga. Hal ini memiliki pengertian bahwa agar dapat segera diketahui dengan jelas siapa yang mengadakan perjanjian pertanggungan, apakah tertanggung langsung atau melalui perantara seperti makelar atau broker.⁶⁵ Pernyataan ini harus disebutkan

⁶³ Pasal 256 ayat (1) KUHD

⁶⁴ Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.61

⁶⁵ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.126

dalam polis. Apabila tidak disebutkan untuk siapa pertanggung jawaban diadakan, maka pertanggung jawaban dianggap untuk diri orang yang mengadakan pertanggung jawaban.

Dalam asuransi mengenai harta benda, benda pertanggung jawaban harus diuraikan, misalnya yang dipertanggung jawaban itu benda apa, jumlahnya berapa, ukurannya bagaimana, sifat, letak dan keadaannya bagaimana. Dengan adanya penguraian demikian, maka kekeliruan dapat dihindarkan.⁶⁶

Jumlah yang dipertanggung jawaban merupakan suatu jumlah tertentu yang menunjukkan suatu nilai mengenai barang yang dipertanggung jawaban dan jumlah yang dipertanggung jawaban merupakan jumlah maksimum ganti rugi yang harus dibayar oleh penanggung apabila terjadi suatu peristiwa yang menimbulkan kerugian.⁶⁷ Jumlah yang dipertanggung jawaban merupakan jumlah ganti rugi yang harus dibayar oleh penanggung apabila tertanggung mengalami kerugian yang bersifat total.⁶⁸

Saat bahaya mulai dan berakhirnya, yaitu mengenai jangka waktu pertanggung jawaban. Dalam klausula ini, harus dijelaskan saat dimana bahaya sudah masuk dalam pertanggung jawaban penanggung dan kapan berakhirnya masa tersebut. Contohnya, klausula ini memuat waktu dan jam tertentu sampai pada waktu dan jam tertentu pula, misalnya dari tanggal 1 Juli 2010 jam 08.00 sampai 1 Juli 2011 jam 08.00. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui apakah peristiwa yang terjadi masih dalam tanggungan penanggung atau tidak. Dengan adanya klausula ini, maka penanggung mengetahui apakah peristiwa yang terjadi masih dalam tanggungan penanggung atau tidak.

Premi pertanggung jawaban menunjuk kepada jumlah premi yang harus dibayar oleh tertanggung, biasanya ditentukan dengan suatu prosentase dari jumlah yang

⁶⁶ Gunawan Sapta Dewo dalam skripsi yang berjudul, "Tinjauan Yuridis Polis Asuransi Jiwa Dalam Praktek Perasuransian di Kabupaten Majalengka", (Depok, 1992)

⁶⁷ Sri Redjeki Hartono, *op-cit*, hal.126

⁶⁸ Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.62

dipertanggungjawabkan, dan ditambah biaya-biaya lainnya seperti biaya materai, biaya makelar, dll.⁶⁹

Dan mengenai ketentuan terakhir dalam Pasal 256 KUHD mengenai isi polis, dimana maksudnya adalah apabila ada benda yang dipertanggungjawabkan dibebani hipotik atau gadai, sehingga apabila terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, penanggungjawab harus berhadapan dengan siapa, apakah dengan pemilik atau dengan pemegang hipotik atau pemegang gadai. Demikian pula mengenai syarat-syarat tertentu, misal tentang premi. Apabila premi tidak dibayar lunas, pertanggungjawab akan berjalan sebaliknya apabila premi tidak dilunasi maka pertanggungjawab berhenti.⁷⁰

Selain diatur dalam pasal 256 KUHD, maka bagi asuransi kebakaran menurut Pasal 287 KUHD dalam polis harus menyebutkan:⁷¹

1. Letak barang-barang tidak bergerak yang dijamin, serta barang-barang menempel, atau yang berdekatan
2. Pemakaian barang-barang yang dijamin itu untuk apa
3. Sifat dan pemakaian bangunan-bangunan yang menempel atau yang berdekatan, sekedar ada berpengaruh pada hal jaminan ini
4. Nilai harga dari barang-barang yang dijamin
5. Terletaknya bangunan-bangunan dan tempat-tempat, dimana barang-barang yang bergerak dijamin berada atau disimpan, serta barang-barang yang menempel atau berdekatan dengan bangunan-bangunan dan tempat-tempat itu.

Dalam hal asuransi laut atau asuransi terhadap segala bahaya laut maka diatur dalam Pasal 592 KUHD bahwa polisnya harus menyebutkan:⁷²

⁶⁹ *Ibid*, hal.63

⁷⁰ Gunawan Sapt Dewo dalam skripsi yang berjudul, "Tinjauan Yuridis Polis Asuransi Jiwa Dalam Praktek Perasuransian di Kabupaten Majalengka", (Depok, 1992)

⁷¹ Pasal 287 KUHD

⁷² Pasal 592 KUHD

1. Namanya nahkoda, namanya kapal, dengan penyebutan tentang macamnya, dan dalam hal pertanggungan kapalnya dengan penyebutan tentang apakah kapal itu dibuat dari kayu cemara atau harus disebutkannya bahwa si tertanggung tidak mengetahui tentang itu.
2. Tempat dimana barang-barangnya telah dimasukkan dalam kapal atau tempat dimana barang-barang itu harus dimuat dalam kapal tersebut
3. Pelabuhan dari mana kapalnya telah harus berangkat atau dari mana kapal itu harus berangkat
4. Pelabuhan-pelabuhan atau tempat-tempat pendaratan dimana kapal itu harus menurunkan muatannya
5. Pelabuhan-pelabuhan atau tempat-tempat pendaratan yang harus dimasuki kapal tersebut
6. Tempat dari mana bahaya mulai berjalan atas tanggungan si penanggung
7. Harga dari pada kapal yang ditanggung

Selanjutnya tentang isi polis pada asuransi jiwa, tidak ditentukan secara tambahan pada isi polis untuk asuransi, pada umumnya, melainkan ditentukan sendiri yaitu dalam Pasal 304 KUHD:⁷³

1. Hari ditutupnya pertanggungan
2. Nama si tertanggung
3. Nama orang yang jiwanya dipertanggungkan
4. Saat mulai berlaku dan berakhirnya bahaya bagi si penanggung
5. Jumlah uang untuk mana diadakan pertanggungan
6. Premi pertanggungan tersebut

⁷³ Pasal 304 KUHD

Sedangkan menurut Pasal 8 Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi, polis asuransi harus memuat:⁷⁴

1. Saat berlakunya pertanggungan
2. Uraian manfaat yang diperjanjikan
3. Cara pembayaran premi
4. Tenggang waktu (*Grace Period*) pembayaran premi
5. Kurs yang digunakan untuk polis asuransi dengan mata uang asing apabila pembayaran premi dan manfaat diakitkan dengan mata uang rupiah
6. Waktu yang diakui sebagai saat diterimanya pembayaran premi
7. Kebijakan perusahaan yang ditetapkan apabila pembayaran premi dilakukan melewati tenggang waktu yang disepakati
8. Periode dimana pihak perusahaan tidak dapat meninjau ulang keabsahan kontrak asuransi (*incontestable period*)
9. Tabel nilai tunai, bagi polis asuransi jiwa yang mengandung nilai tunai
10. Perhitungan dividen polis atau yang sejenis, bagi polis asuransi jiwa yang menjanjikan dividen polis atau yang sejenis
11. Penghentian pertanggungan, baik dari pihak penanggung maupun pihak pemegang polis, termasuk syarat dan penyebabnya
12. Syarat dan tata cara pengajuan klaim, termasuk bukti pendukung yang diperlukan untuk mengajukan klaim
13. Pemilihan tempat penyelesaian perselisihan
14. Bahasa yang dijadikan acuan dalam hal terjadi sengketa atau beda pendapat, untuk polis asuransi yang dicetak dalam 2 bahasa atau lebih

⁷⁴ Pasal 8 Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi

2.1.5. Hal-Hal yang Mutlak Dimuat dalam Polis

Sifat khusus dari polis adalah mengenai hal-hal yang secara mutlak harus dimuat dalam polis, apabila hal tersebut tidak dimuat maka perjanjian pertanggungan tersebut menjadi batal. Menurut Prof.Dr. Wirjono Prodjodikoro hal-hal yang harus dimuat dalam polis tersebut antara lain:⁷⁵

1. Menurut Pasal 271 KUHD, pihak penanggung dapat meminta tertanggung untuk menjaminkan kembali barang-barang yang dijamin oleh tertanggung. Hal ini disebut reasuransi.
2. Pasal 280 ayat (1) KUHD membuka kemungkinan dalam hal suatu barang sudah dijamin untuk nilai harga penuh, tertanggung bebas menjaminkan kembali barang-barang itu, dengan pengertian bahwa tertanggung dalam asuransi yang baru tersebut hanya mendapat ganti kerugian saja apabila tertanggung belum sepenuhnya mendapatkan ganti kerugian dari asuransi yang lama. Apabila hal ini terjadi, maka menurut Pasal 280 ayat (2) KUHD dalam polis asuransi yang baru harus memuat janji-janji yang termuat dalam polis asuransi yang lama. Kalau hal ini tidak dilakukan, maka asuransi yang baru menjadi batal. Dengan asuransi yang baru ini sebenarnya yang dijamin adalah kemampuan pihak penjamin yang lama untuk mengganti kerugian yang diderita oleh tertanggung
3. Pasal 603 ayat (1) KUHD membuka kemungkinan orang menjamin keselamatan barang-barang yang diangkut oleh kapal yang sudah berangkat berlayar. Dalam hal ini, menurut Pasal 603 ayat (2) KUHD, dalam polis harus memuat kabar terakhir yang diterima oleh tertanggung pemilik kapal tersebut. Kalau hal ini tidak dilakukan, maka perjanjian pertanggungan menjadi batal

⁷⁵ Pendapat menurut Prof.Dr.Wirjono Prodjodikoro mengenai hal-hal yang mutlak dimuat dalam polis yang dimuat dalam buku *Hukum Asuransi Indonesia* karangan Djoko Prakoso, (Jakarta: Rineka Cipta, 2000), hal.72

4. Pasal 606 ayat (1) KUHD menyebutkan bahwa suatu asuransi batal apabila diadakan terhadap kapal yang belum sampai tempat tujuannya, dari mana mulai diadakan jaminan kecuali jika hal tersebut disebutkan dalam polis
5. Pasal 615 ayat (1) KUHD memungkinkan asuransi terhadap suatu keuntungan yang diharapkan. Hal ini harus dijelaskan dalam polis dengan disebutkan secara khusus barang-barang yang bersangkutan. Apabila penyebutan ini diabaikan, maka perjanjian pertanggungan menjadi batal

Prof.Dr. Wirdjono Prodjodikoro berpendapat bahwa ada atau tidaknya perjanjian pertanggungan/asuransi didasarkan pada adanya hal-hal yang disebutkan dalam polis atau tidak. Sifat khusus dari polis ini adalah istimewa yang tidak terdapat pada suatu tulisan biasa selaku alat bukti. Sehingga apabila hal-hal yang tidak disebut dalam angka satu sampai lima tidak dimuat dalam polis, maka perjanjian pertanggungan tersebut menjadi batal.

2.2. Polis Sebagai Perjanjian

2.2.1. Syarat Sahnya Perjanjian:

Perikatan merupakan hubungan hukum antara dua pihak atau lebih, dimana pihak yang satu berhak menuntut suatu hal dari pihak yang lain, dan pihak yang lain berkewajiban untuk memenuhi tuntutan tersebut. Sedangkan perjanjian adalah suatu peristiwa dimana seseorang berjanji kepada seorang lainnya, dimana dua orang tersebut saling berjanji untuk melaksanakan suatu hal. Sehingga dari pengertian tersebut, kita dapat melihat bahwa perjanjian itu menimbulkan suatu perikatan antara dua orang yang membuatnya. Perikatan dibagi dalam dua jenis, yaitu perikatan yang lahir karena undang-undang dan perikatan yang lahir karena perjanjian. Contoh perikatan yang lahir karena undang-undang adalah dalam Pasal 45 ayat 1 UU No.1 Tahun 1974 yang menyatakan bahwa kedua orang tua wajib memelihara dan

mendidik anaknya dengan sebaik-baiknya.⁷⁶ Sedangkan perikatan yang lahir dari perjanjian yaitu perikatan yang memang dikehendaki oleh dua orang atau lebih yang membuat suatu perjanjian, sedangkan perikatan yang lahir dari undang-undang diadakan oleh undang-undang di luar kemauan para pihak yang bersangkutan. Untuk sahnyanya suatu perjanjian, maka diperlukan syarat-syarat tertentu. Syarat-syarat tertentu ini dimuat dalam Pasal 1320 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPER) yang menyatakan bahwa suatu perjanjian harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:⁷⁷

1. Kata sepakat;
2. Kecakapan;
3. Hal tertentu;
4. Sebab yang halal.

Dua syarat yang pertama yaitu kata sepakat dan kecakapan merupakan syarat syarat subjektif, karena mengenai subjeknya yang mengadakan perjanjian. Maksud dari syarat subjektif ini adalah terkait mengenai masalah akibat hukum apabila dilanggar syarat tersebut baik sepakat maupun cakap, maka mengakibatkan perjanjian dapat dibatalkan. Sehingga jika para pihak tidak keberatan terhadap pelanggaran kedua syarat tersebut dan tidak melakukan upaya pembatalan perjanjian melalui pengadilan, maka perjanjian tersebut tetap sah.⁷⁸ Sedangkan dua syarat yang terakhir yaitu hal tertentu dan sebab yang halal disebut syarat-syarat objektif karena mengenai perjanjiannya itu sendiri atau objek dari perbuatan hukum yang dilakukan tersebut.⁷⁹

⁷⁶ Soni Wasita, 4 September 2008, "Perikatan dan Perjanjian", <http://soniwasita.wordpress.com/2008/09/04/perikatan-dan-perjanjian/>, diakses pada tanggal 12 Februari 2010

⁷⁷ Pasal 1320 KUHPER

⁷⁸ Sri Soesilowati Mahdi, Surini Ahlan Sjarif, Akhmad Budi Cahyono, *Hukum Perdata: Suatu Pengantar*, (Jakarta: Gitama Jaya Jakarta,2005), hal.143

⁷⁹ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: PT.Intermasa,2005), hal.17

Berbeda akibat hukumnya antara syarat pertama dan kedua dengan syarat ketiga dan keempat. Syarat ketiga dan keempat memiliki akibat hukum jika syarat objektif tersebut dilanggar, maka perjanjian tersebut tidak memiliki kekuatan hukum sejak semula dan tidak mengikat para pihak yang membuat perjanjian atau biasa disebut batal demi hukum (*null and void*). Dengan batal demi hukumnya suatu perjanjian para pihak tidak dapat mengajukan tuntutan melalui pengadilan untuk melaksanakan perjanjian atau meminta ganti rugi, karena perjanjian tersebut tidak melahirkan hak dan kewajiban yang mempunyai akibat hukum.⁸⁰

Kesepakatan antara para pihak yang membuat perjanjian berarti terjadinya pertemuan antara kesesuaian kehendak yang terjadi diantara para pihak, dan kesepakatan tersebut harus diberikan secara bebas, artinya bebas dari paksaan, kekhilafan, dan penipuan sebagaimana tercantum dalam Pasal 1321 KUHPER.⁸¹ Paksaan termasuk didalamnya adalah paksaan rohani atau paksaan jiwa, jadi bukan karena paksaan fisik saja seperti akan dianiaya apabila tidak mau membuat perjanjian dengan subjek yang lainnya atau akan dilukai apabila tidak mau menyetujui suatu perjanjian. Kekhilafan atau kekeliruan terjadi apabila salah satu pihak khilaf tentang hal-hal pokok dar apa yang diperjanjikan atau tentang sifat-sifat yang penting dari barang yang menjadi objek perjanjian itu. Dengan demikian kekhilafan bisa berasal dari subjek yang mengadakan perjanjian atau objek yang diperjanjikan.⁸² Penipuan terjadi apabila satu pihak dengan sengaja memberikan keterangan-keterangan yang palsu atau tidak benar disertai dengan tipu muslihat untuk membujuk pihak lawannya memberikan persetujuan. Kekhilafan berbeda dengan penipuan, dalam kekhilafan

⁸⁰ Sri Soesilowati Mahdi, Surini Ahlan Sjarif, Akhmad Budi Cahyono, *op-cit*, hal.144

⁸¹ *Ibid*, hal.141

⁸² *Ibid*, hal.141-142

dilakukan dengan tidak sengaja sedangkan penipuan terdapat unsure kesengajaan dari satu pihak untuk mengelabui pihak lainnya.⁸³

Orang yang membuat perjanjian harus cakap menurut hukum. Maksud dari kecakapan ini adalah setiap orang yang sudah dewasa atau akilbaliq dan sehat pikirannya adalah cakap menurut hukum. Dalam Pasal 1330 KUHPER dinyatakan sebagai orang yang tidak cakap untuk membuat suatu perjanjian:⁸⁴

1. Orang-orang yang belum dewasa;
2. Mereka yang ditaruh di bawah pengampuan;
3. Orang perempuan dalam hal-hal yang ditetapkan oleh Undang-undang, dan semua orang kepada siapa undang-undang telah melarang membuat perjanjian-perjanjian tertentu

Dalam hal syarat membuat perjanjian yaitu kecakapan, maka dibutuhkan tanggungjawab atas perjanjian atau perbuatan yang dilakukannya. Hal ini disebabkan bahwa apabila seseorang membuat suatu perjanjian berarti mempertaruhkan kekayaannya, maka orang tersebut haruslah seseorang yang sungguh-sungguh berhak bebas berbuat dengan harta kekayaannya.⁸⁵ Orang yang tidak sehat akal dan pikirannya tidak mampu menyadari tanggungjawab yang dipikul oleh seseorang yang mengadakan suatu perjanjian. Orang yang ditaruh dibawah pengampuan menurut hukum tidak dapat berbuat bebas dengan harta kekayaannya. Ia berada di bawah pengawasan pengampuan dan kedudukannya sama dengan seorang anak yang belum dewasa. Dalam hal ini orang yang berada di bawah pengampuan harus diwakili oleh pengampu atau kuratornya.⁸⁶ Dalam hal seorang perempuan yang bersuami mengadakan suatu perjanjian, maka ia membutuhkan izin dari suaminya. Hal ini

⁸³ *Ibid*, hal.142

⁸⁴ Pasal 1330 KUHPER

⁸⁵ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: PT.Intermasa,2005), hal.18

⁸⁶ *Ibid*, hal.18

dijelaskan dalam Pasal 108 KUHPER, tetapi dalam UU No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, maka kedudukan istri adalah cakap untuk melakukan perbuatan hukum, termasuk membuat perjanjian.⁸⁷

Mengenai syarat ketiga dalam suatu perjanjian yaitu syarat tertentu, maksud dari syarat tertentu ini adalah objek perjanjian atau prestasi yang diperjanjikan harus jelas, dapat dihitung, dan dapat ditentukan jenisnya. Hal ini penting untuk memberikan jaminan atau kepastian kepada para pihak dan mencegah timbulnya kontrak fiktif. Contoh dalam sebuah jual beli mobil, harus jelas merek mobil tersebut apa, buatan tahun berapa, warna apa, nomor mesin berapa, dll. Semakin jelas keterangan yang diberikan maka akan semakin baik. Tetapi tidak boleh menjual mobil tanpa memberikan keterangan apapun.

Syarat yang terakhir dalam suatu perjanjian yaitu sebab yang halal. Maksud dari sebab yang halal ini adalah berkaitan dengan isi perjanjian itu sendiri. Dalam hal ini isi perjanjian tersebut tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, ketertiban umum, dan kesusilaan. Pengertian tidak boleh bertentangan dengan undang-undang dalam hal ini adalah undang-undang dalam hal ini bersifat melindungi kepentingan umum, sehingga jika dilanggar dapat membahayakan kepentingan umum.⁸⁸

Dalam perjanjian, maka terdapat suatu asas yang dinamakan asas konsensualisme. Maksud dari asas konsensualisme ini adalah perjanjian dan perikatan yang timbul sudah lahir pada detik tercapainya kesepakatan. Dengan kata lain, perjanjian itu sudah sah apabila sudah sepakat mengenai hal-hal yang pokok dan tidaklah diperlukan suatu formalitas.⁸⁹ Dalam hal tertentu, untuk sahnya suatu perjanjian harus bersifat tertulis atau dengan akta notaris, tetapi hal tersebut

⁸⁷ Indonesia, Undang-undang tentang Perkawinan, UU No.1 Tahun 1974, Pasal 31

⁸⁸ Hardijan Rusli, *Hukum Perjanjian Indonesia dan Common Law*, (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1996), hal.99

⁸⁹ Sri Redjeki Hartono, SH, *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta:Sinar Grafika, 1997), hal.122

merupakan suatu pengecualian. Pengecualian ini terbagi dalam dua hal yaitu pengecualian bagi perjanjian formil dan pengecualian bagi perjanjian riil.⁹⁰ Perjanjian formil adalah perjanjian yang disamping memenuhi kata sepakat tetapi juga harus memenuhi suatu formalitas tertentu seperti perjanjian perdamaian yang harus dibuat secara tertulis sebagaimana diatur dalam Pasal 1851 ayat (2) KUHPER. Sedangkan perjanjian riil adalah perjanjian yang harus memenuhi kata sepakat dan perbuatan tertentu untuk melahirkan perjanjian seperti perjanjian penitipan seperti yang diatur dalam pasal 1694 KUHPER.⁹¹ Tetapi hal tersebut merupakan suatu pengecualian yang jarang sekali terjadi, umumnya suatu perjanjian tersebut sudah sah dalam arti sudah mengikat, apabila sudah tercapai kesepakatan mengenai hal-hal yang pokok dari perjanjian tersebut. Asas konsensualisme tersebut merupakan perwujudan dari Pasal 1320 KUHPER yang menyatakan empat syarat sahnya perjanjian. Dalam pasal tersebut tidaklah disebutkan formalitas tertentu disamping kesepakatan yang telah dicapai tersebut.

Dalam perjanjian pertanggunggaan, selain keempat syarat sahnya perjanjian tersebut, terdapat syarat-syarat lain yang merupakan syarat-syarat khusus yang harus dipenuhi dalam perjanjian pertanggunggaan tersebut. Syarat-syarat tersebut antara lain, yaitu:

1. Azaz Itikad Baik/ *Utmost Good Faith*

Azaz itikad baik merupakan azaz yang paling utama dalam setiap perjanjian. Dalam perjanjian pertanggunggaan, azaz itikad baik ini dapat diartikan bahwa dalam suatu perjanjian pertanggunggaan para pihak baik penanggung maupun tertanggung diwajibkan untuk memberikan keterangan atau informasi yang

⁹⁰ Sri Soesilowati Mahdi, Surini Ahlan Sjarif, Akhmad Budi Cahyono, *Hukum Perdata: Suatu Pengantar*, (Jakarta: Gitama Jaya Jakarta, 2005), hal. 145

⁹¹ *Ibid*, hal. 145

selengkap-lengkapnya.⁹² Dalam hal akan menutup perjanjian pertanggungan, maka pihak tertanggung harus memberikan informasi yang jujur mengenai objek yang akan diasuransikan yang akan menjadi dasar apakah pihak penanggung mau memikul risiko yang diderita tertanggung atau tidak. Pengaturan mengenai azas itikad baik, selain diatur dalam KUHPER, juga diatur dalam Pasal 251 KUHD yang menjelaskan bahwa:⁹³

Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun itikad baik ada padanya, yang demikian sifatnya sehingga seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggungan.

Penanggung pun juga harus memiliki azas itikad baik dalam hal, penanggung dengan itikad baik mau memberikan ganti rugi kepada tertanggung apabila tertanggung mengalami suatu risiko dan tidak dipersulit dalam hal tertanggung memperoleh haknya kepada penanggung.

2. Azas Kepentingan

Setiap pihak yang akan mengadakan perjanjian pertanggungan harus memiliki kepentingan terhadap objek yang akan diasuransikan. Kepentingan dalam hal ini bisa terjadi karena:⁹⁴

- a. Hubungan darah, seperti ibu dengan anak.
- b. Kontrak atau perjanjian, contohnya adalah suami mengasuransikan istrinya, perjanjian kredit bank antara debitur dengan kreditur.

⁹² Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.104

⁹³ Pasal 251 KUHD

⁹⁴ Sentosa Sembiring, *Asuransi Jaminan Sosial*, (Bandung: Nuansa Aulia, 2006), hal.18

- c. Undang-undang, contohnya adanya Undang-undang Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
- d. Kepemilikan, contohnya A memiliki mobil yang akan diasuransikan kepada pihak asuransi, dimana A adalah pemilik dari mobil tersebut.

Dalam Pasal 250 KUHD dinyatakan bahwa:⁹⁵

Apabila seseorang yang telah mengadakan suatu pertanggungan untuk diri sendiri, atau apabila seorang yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan, pada saat diadakannya pertanggungan itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan itu, maka si penanggung tidak diwajibkan memberikan ganti rugi.

Jadi dapat disimpulkan bahwa apabila seseorang akan mengasuransikan suatu objek tertentu, tetapi orang tersebut tidak memiliki kepentingan terhadap objek yang akan diasuransikan, maka apabila terjadi suatu risiko si penanggung tidak wajib memberikan ganti rugi atas risiko yang diderita oleh tertanggung tersebut.

3. Azaz Indemnitas

Azaz indemnitas merupakan suatu azaz utama dalam perjanjian asuransi. Hal ini disebabkan karena dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi ditujukan tidak untuk mendapatkan keuntungan, melainkan mengembalikan tertanggung ke keadaan semula sebelum terjadinya suatu kerugian. Dimana jumlah ganti rugi yang diberikan dari penanggung kepada tertanggung adalah sebesar kerugian yang benar-benar diderita oleh tertanggung dan tidak ditujukan

⁹⁵ Pasal 250 KUHD

untuk mendapatkan keuntungan.⁹⁶ Dalam azas indemnitas ini terdapat dua aspek yang perlu diperhatikan, yaitu:⁹⁷

- a. Aspek pertama adalah berhubungan dengan tujuan dari perjanjian, harus ditujukan kepada ganti kerugian. Hal ini bertujuan agar tertanggung tidak memperoleh keuntungan dari adanya perjanjian asuransi tersebut.
- b. Aspek kedua ialah berhubungan dengan pelaksanaan perjanjian asuransi sebagai keseluruhan yang sah dan tidak boleh bertentangan dengan aspek pertama dalam azas indemnitas tersebut.

Pengecualian atas azas indemnitas ini berlaku contohnya adalah dalam asuransi jiwa. Apabila tertanggung meninggal dunia, maka pihak penanggung akan memberikan manfaat sebesar nilai yang dipertanggungkan secara penuh kepada ahli waris dari tertanggung yang meninggal dunia tersebut.

4. Azas Subrogasi

Azas subrogasi ini dijelaskan dalam Pasal 284 KUHD yang menyatakan bahwa:⁹⁸

Seorang penanggung yang telah membayar kerugian sesuatu barang yang dipertanggungkan, menggantikan si tertanggung dalam segala hak yang diperolehnya terhadap orang-orang ketiga berhubung dengan menerbitkan kerugian tersebut; dan si tertanggung itu adalah bertanggung jawab untuk setiap perbuatan yang dapat merugikan hak si penanggung terhadap orang-orang ketiga itu

⁹⁶ Sentosa Sembiring, *op-cit*, hal.19

⁹⁷ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta: Sinar Grafika, 1997), hal.98

⁹⁸ Pasal 284 KUHD

Adanya azas subrogasi ini didasarkan pada tujuan utama dari asuransi itu sendiri yaitu memberikan ganti kerugian.⁹⁹ Dalam hal apabila tertanggung mendapatkan ganti rugi dari dua pihak yaitu dari penanggung dan dari pihak ketiga, maka tujuan utama dari asuransi yaitu memberikan ganti kerugian sesuai dengan kerugian yang benar-benar diderita oleh tertanggung menjadi tidak terpenuhi. Sehingga dengan adanya azas subrogasi ini, pihak tertanggung tidak mendapatkan keuntungan dari kerugian yang terjadi.

2.2.2. Polis dalam Perjanjian:

Dalam Pasal 255 KUHD disebutkan bahwa:¹⁰⁰

Suatu pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang dinamakan polis.

Dari Pasal 255 KUHD tersebut, kita dapat melihat bahwa asuransi harus dibentuk secara tertulis dengan suatu akta yang dinamakan polis. Pasal ini menunjukkan bahwa perjanjian pertanggungan terjadi apabila terdapat polis yang berfungsi sebagai syarat mutlak terjadinya suatu perjanjian pertanggungan atau asuransi. Sering sekali dalam dunia perasuransian, apabila polis belum diterbitkan, maka tertanggung menganggap pertanggungan pun dianggap belum terjadi. Polis dalam praktek dunia perasuransian seolah-olah menjadi satu-satunya bukti bahwa telah terjadinya suatu perjanjian pertanggungan yang terjadi antara penanggung dan tertanggung.¹⁰¹ Dalam KUHPER dijelaskan bahwa ada beberapa perjanjian yang memang mutlak membutuhkan suatu bukti tertulis seperti:¹⁰²

⁹⁹ Sri Redjeki Hartono, *op-cit*, hal.98

¹⁰⁰ Pasal 255 KUHD

¹⁰¹ <http://www.agenasuransi.net/2008/02/20/kecewa-pengajuan-pembatalan-pendaftaran-polis-asuransi-bumiputera-1912/> , diakses pada tanggal 28 maret 2010 pukul 13.00

¹⁰² Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta,2000), hal.58

1. Pasal 147 KUHPER yang mengatur mengenai perjanjian perkawinan harus diadakan dengan akta notaris.
2. Pasal 613 KUHPER yang mengatur mengenai persetujuan untuk mengalihkan suatu piutang (*cessie*) harus diadakan dengan akta notaris atau akta di bawah tangan.
3. Pasal 1171 KUHPER yang menyatakan hipotik harus dibentuk dengan akta notaris.
4. Pasal 1851 KUHPER yang menyatakan bahwa persetujuan perdamaian (*dading*) harus diadakan secara tertulis.

Selain itu, KUHD pun juga mengatur mengenai tulisan tertentu sebagai syarat mutlak dalam suatu perjanjian. Hal ini dijelaskan dalam:¹⁰³

1. Pasal 38 KUHD yang menyatakan bahwa perseroan terbatas harus diadakan dengan akta notaris.
2. Pasal 100, 184, 178, 229 yang menyatakan bahwa wesel, aksep, cek kuitansi untuk pembawa, harus ada tulisan yang berbentuk tertentu.

Persetujuan-persetujuan di atas memang dikecualikan dalam syarat sahnya perjanjian karena membutuhkan suatu syarat tertulis untuk diadakannya suatu perjanjian. Apabila kita mengaitkan dengan perjanjian pertanggungan atau asuransi, tidak boleh kita menarik kesimpulan bahwa polis dalam perjanjian pertanggungan merupakan suatu syarat untuk adanya perjanjian asuransi tersebut. Hal ini tentu berkaitan dengan syarat sahnya perjanjian yang dijelaskan dalam Pasal 1320 KUHPER yang menyatakan bahwa syarat sahnya perjanjian adalah sepakat, cakap, hal tertentu, dan sebab yang halal. Berdasarkan pasal tersebut, perjanjian pertanggungan sudah terjadi pada saat perjanjian tersebut disepakati dan tidak perlu adanya suatu syarat harus tertulis untuk mengadakan perjanjian pertanggungan

¹⁰³ *Ibid*, hal.58

tersebut. Akan tetapi, janganlah hal tersebut memberi pengertian bahwa polis dalam perjanjian pertanggungan tidak diperlukan. Polis tetap memiliki arti yang besar bagi pihak tertanggung. Hal ini disebabkan oleh polis merupakan suatu bukti yang sempurna tentang apa yang penanggung dan tertanggung janjikan dalam perjanjian pertanggungan tersebut, dan tanpa adanya polis, pembuktian akan perjanjian pertanggungan tersebut menjadi sulit.¹⁰⁴

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada, perjanjian pertanggungan tersebut telah mengikat dengan adanya nota penutupan asuransi yang ditandatangani oleh pihak tertanggung, walaupun polisnya belum terbit. Setelah surat permohonan asuransi ditandatangani oleh tertanggung, maka sebelum polis dibuat dan diserahkan kepada tertanggung, biasanya dibuatkan suatu nota permohonan asuransi. Jadi, apabila kerugian sudah timbul pada saat polis belum terbit, maka perjanjian pertanggungan tersebut sudah dapat dibuktikan dengan adanya nota penutupan tersebut.¹⁰⁵ Hal ini tentu berkaitan dengan Pasal 258 ayat (1) KUHD yang menyatakan bahwa perjanjian pertanggungan dapat dibuktikan dengan adanya bukti tertulis walaupun polis belum terbit (periode sebelum polis terbit dan diserahkan kepada tertanggung).¹⁰⁶ Seperti kita ketahui berdasarkan Pasal 1320 KUHPER yang terwujud dalam asas konsensualisme, maka perjanjian pertanggungan tersebut pada dasarnya sudah terjadi pada saat detik tercapainya kesepakatan dan perjanjian pertanggungan pada dasarnya tidak dilahirkan secara tertulis.¹⁰⁷ Sehingga apabila polis tersebut belum terbit, sedangkan perjanjian pertanggungan telah disepakati antara penanggung dan tertanggung, maka pada dasarnya hak-hak dan kewajiban-kewajiban para pihak telah ada pada saat tercapainya kesepakatan tersebut

¹⁰⁴ *Ibid*, hal.59

¹⁰⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada yang dimuat dalam buku yang berjudul *Asuransi di Indonesia* karangan Djoko Prakoso, hal. 168

¹⁰⁶ Pasal 258 ayat (1) KUHD

¹⁰⁷ Djoko Prakoso, *Asuransi di Indonesia*, (Jakarta: Dahara Prize,1991), hal.169

walaupun polis tersebut belum diterbitkan oleh penanggung. Sehingga apabila melihat kepada Pasal 255 KUHD dimana asuransi wajib dimuat di dalam polis adalah memang bukti tertulis utama untuk membuktikan adanya pertanggung antara penanggung dan tertanggung adalah dengan polis, tetapi apabila mengacu pada Pasal 257 ayat (1) KUHD, dinyatakan bahwa pada saat polis belum terbit, pertanggung tersebut telah terjadi sejak terjadinya penutupan, karena pada prinsipnya perjanjian asuransi menganut asas konsensualisme dimana pertanggung tersebut terjadi sejak detik terjadinya kesepakatan walaupun polis belum diterbitkan oleh penanggung. Menurut Pasal 256 ayat (2) KUHD dinyatakan bahwa penanggung yang menandatangani polis. Dalam hal ini karena pihak penanggung yang menandatangani polis, maka haruslah polis tersebut diartikan untuk kepentingan dari tertanggung.¹⁰⁸

2.3. Perbedaan Polis dan Nota Penutupan Asuransi/*Cover Note*

2.3.1. Bentuk Formal Polis

Dalam suatu perjanjian pertanggung atau asuransi, pada dasarnya perjanjian pertanggung ini telah terjadi apabila para pihak telah sepakat atas semua syarat-syarat yang ditetapkan dan disepakati bersama. Perjanjian pertanggung pada dasarnya tidak memiliki formalitas tertentu. Asuransi pada dasarnya merupakan suatu perjanjian. Hal ini dapat dilihat dari Pasal 246 KUHD yang menyatakan bahwa asuransi atau pertanggung adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tentu.¹⁰⁹ Menurut Pasal 1320 KUHPER, syarat lahirnya suatu perjanjian adalah dengan adanya empat syarat, yaitu: sepakat, cakap, hal tertentu, dan sebab yang halal. Dan dalam asuransi, agar perjanjian pertanggung

¹⁰⁸ Pasal 1349 KUHPER

¹⁰⁹ Pasal 246 KUHD

tersebut lahir tidak berdasarkan pada polis terbit. Dengan adanya kesepakatan antara pihak penanggung dan tertanggung, maka asuransi telah lahir. Tetapi dalam hal ini bukan berarti polis tidak penting. Polis adalah wajib dalam perjanjian asuransi. Menurut Pasal 255 KUHD dinyatakan bahwa pertanggung harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang dinamakan polis.¹¹⁰ Dari Pasal 255 KUHD tersebut dapat dilihat bahwa pada dasarnya polis adalah wajib dalam perjanjian pertanggung. Tetapi bukan berarti agar perjanjian pertanggung tersebut lahir dibutuhkan formalitas tertentu berupa syarat tertulis yang dinamakan polis tersebut. Selain itu polis berfungsi sebagai bukti tertulis telah terjadinya pertanggung antara penanggung dan tertanggung.

Perlu diperhatikan bahwa terdapat bagian dari polis yang disebut sertifikat polis. Sertifikat polis ini biasanya dikeluarkan oleh pihak penanggung apabila polis tersebut sudah terbit dan digunakan untuk kepentingan pihak bank atau institusi lainnya. Isi dari sertifikat polis tersebut adalah bukti bahwa risiko tersebut sudah dijamin oleh pihak asuransi. Sertifikat polis ini menjelaskan mengenai resiko-resiko yang ditanggung, tetapi isi dari sertifikat polis ini tidak terperinci layaknya polis karena pada dasarnya sertifikat polis ini adalah untuk membuktikan bahwa resiko tersebut sudah dijamin oleh pihak asuransi dan digunakan untuk kepentingan-kepentingan tertentu seperti perbankan, kontrak, dll.¹¹¹ Sertifikat polis ini banyak digunakan dalam asuransi pengangkutan seperti *marine cargo* serta asuransi kecelakaan diri.¹¹² Selain untuk kepentingan *marine cargo* atau kecelakaan diri, biasanya sertifikat polis mengacu pada polis induk seperti kartu asuransi kecelakaan diri pengemudi yang dapat diperoleh pada saat tertanggung akan memperpanjang surat izin pengemudi.

¹¹⁰ Pasal 255 KUHD

¹¹¹ Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Manda Purwa Perwita, Underwriting casualty di PT. Allianz Utama Indonesia, pada tanggal 25 Februari 2010 pukul 10.00 WIB

¹¹² *Ibid*

Dalam hal ini penulis menemukan fakta bahwa sertifikat polis sering digunakan untuk asuransi kecelakaan diri.

2.3.2. Pengertian dan Fungsi Nota Penutupan Asuransi/*Cover Note*

Dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD dijelaskan bahwa:¹¹³

Untuk membuktikan hal ditutupnya perjanjian tersebut, diperlukan pembuktian dengan tulisan; namun demikian bolehlah lain-lain alat pembuktian dipergunakan juga, manakala sudah ada suatu permulaan pembuktian dengan tulisan

Berdasarkan Pasal 258 ayat (1) KUHD tersebut, kita dapat melihat bahwa untuk membuktikan adanya perjanjian pertanggungan hanya dapat dibuktikan dengan surat, tetapi kalau ada bukti permulaan dengan surat, maka diperkenankan memakai alat-alat bukti lainnya seperti yang dijelaskan dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD.¹¹⁴ Terkait mengenai polis belum diterbitkan oleh penanggung dan terjadi suatu resiko yang diderita oleh tertanggung, maka dalam keadaan demikian dibutuhkan suatu alat bukti permulaan (*the beginning of writing evidence*) berupa surat. Dalam praktek dunia perasuransian, bukti permulaan berupa surat diwujudkan salah satunya dengan nota penutupan asuransi/ *cover note*.¹¹⁵

Nota penutupan asuransi atau disebut juga *cover note* dapat diartikan sebagai polis sementara. Dengan adanya *cover note ini*, maka apabila terjadi suatu risiko yang menimpa tertanggung, maka penanggung sudah memiliki kewajiban untuk membayarkan klaim kepada tertanggung walaupun polis belum diterbitkan.¹¹⁶ Perlu

¹¹³ Pasal 258 ayat (1) KUHD

¹¹⁴ Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta,2000), hal.65

¹¹⁵ Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti), hal.57

¹¹⁶ Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Manda Purwa Perwita, Underwriting casualty di PT. Allianz Utama Indonesia, pada tanggal 23 Februari 2010 pukul 20.10 WIB

diperhatikan dalam asuransi kesehatan contohnya Asuransi Kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT dimana tidak terdapat *cover note* yang menjadi pegangan tertanggung pada saat polis belum diterbitkan, bukti permulaan yang berisfat tertulis yang ada hanyalah bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi dari tertanggung kepada penanggung.¹¹⁷ Dalam bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tersebut tidak memuat hal-hal yang dipertanggungkan seperti dalam *cover note* atau dalam hal ini bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tidak memuat inti pokok dari apa yang diperjanjikan oleh penanggung dan tertanggung dalam asuransi. Sehingga dalam hal ini, cukup sulit bagi tertanggung untuk mengetahui hal-hal yang dipertanggungkan dan pernyataan kehendak atau janji dari penanggung untuk menanggung risiko pada saat polis belum diterbitkan karena tidak adanya bukti permulaan tertulis seperti *cover note* yang dikeluarkan oleh pihak penanggung kepada tertanggung pada saat polis belum diterbitkan yang memuat inti dari apa yang diperjanjikan oleh penanggung dan tertanggung.

Dalam asuransi kerugian, pada saat polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung, maka perusahaan asuransi biasanya mengeluarkan nota penutupan asuransi ini yang menyatakan bahwa resiko yang diajukan telah diterima dan ditanggung oleh penanggung. Biasanya *cover note* memiliki jangka waktu tertentu untuk masa berlakunya.¹¹⁸ Dengan adanya nota penutupan asuransi atau *cover note* ini, maka penanggung sudah bertanggungjawab atas resiko yang akan diderita oleh tertanggung dan *cover note* memuat pernyataan kehendak atau janji dari pihak penanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung apabila polis belum

¹¹⁷ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 19 Februari 2010, pukul 15.00 di PT.Asuransi Jiwa SM, Apartement Green View Tower C Lantai 1

¹¹⁸ Istilah Asuransi, www.konsultanasuransi.com/pmain.php?id_hal=17, diakses pada tanggal 26 Februari 2010

diterbitkan oleh penanggung.¹¹⁹ Sedangkan isi *cover note* pada dasarnya sama dengan polis karena *cover note* adalah ringkasan dari polis, tetapi *cover note* diberikan oleh pihak penanggung kepada tertanggung selama polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung sebagai pegangan dari tertanggung untuk membuktikan bahwa penanggung sudah setuju menanggung risiko dari tertanggung tersebut.¹²⁰ Selain itu, dalam pembuatan *cover note*, biasanya diikuti dengan adanya kewajiban pembayaran premi oleh tertanggung.¹²¹ Menurut C.Bennett, *cover note* adalah:¹²²

A documents sometimes issued by insurers pending preparation of the policy. It may be issued as evidence of more permanent cover or it may be an acknowledgement of temporary cover pending the insurer's final decision.

(Terjemahannya adalah sebuah dokumen yang dikeluarkan oleh pihak penanggung pada saat polis belum diterbitkan. *Cover note* ini dapat dikeluarkan sebagai bukti adanya penutupan asuransi dan bersifat sementara yang berlaku sampai dengan dikeluarkannya keputusan akhir oleh pihak penanggung.)

Sehingga dari beberapa pengertian mengenai nota penutupan asuransi atau *cover note* ini, dapat disimpulkan bahwa nota penutupan asuransi atau *cover note* merupakan suatu bukti permulaan tertulis yang dikeluarkan oleh pihak penanggung selama polis resmi belum diterbitkan dan nota penutupan asuransi ini dapat

¹¹⁹ Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Manda Purwa Perwita, Underwriting casualty di PT. Allianz Utama Indonesia, pada tanggal 23 Februari 2010 pukul 20.10 WIB

¹²⁰ *ibid*

¹²¹ *Cover Note*, <http://www.stgeorge.com.au/loans/home-loans/faqs/glossary-of-real-estate-terms/>, diakses pada tanggal 26 Februari 2010

¹²² C.Bennett, "*Dictionary of Insurance: second edition*", (Perason Education Limited, 2004), hal. 83

digunakan sebagai bukti permulaan dalam pengajuan klaim yang diajukan oleh tertanggung kepada penanggung apabila polis belum terbit.

2.4. Komparasi Mengenai Polis Menurut Aturan di Inggris

Dalam sub bab ini, penulis akan mencoba membahas mengenai tinjauan umum mengenai polis di negara Inggris yang menganut sistem *common law*. Keberadaan polis dalam dunia asuransi di Inggris sangatlah penting seperti di Indonesia. Hal ini disebabkan karena polis memberikan keterangan secara terperinci mengenai isi perjanjian pertanggungan yang disepakati antara penanggung dan tertanggung. Apabila terjadi suatu sengketa yang terjadi antara penanggung dan tertanggung, maka hakim akan melihat polis untuk mengklarifikasi maksud dari para pihak dalam membuat perjanjian pertanggungan (kecuali pihak tertanggung dapat membuktikan sebaliknya). Sehingga dalam membuat suatu polis perlu diperhatikan mengenai niat dari penanggung dan tertanggung dan hal tersebut harus dituangkan dalam polis.¹²³ Apabila terjadi suatu kesalahan dalam merumuskan suatu format polis, maka hal tersebut dapat diperbaiki dengan syarat:¹²⁴

- a. Adanya perjanjian secara lengkap yang disepakati oleh penanggung dan tertanggung mengenai syarat-syarat penting yang akan dimuat di dalam polis
- b. Perjanjian tersebut berlaku tanpa perubahan sampai diperbaiki kembali
- c. Apa yang ditulis tidak mengekspresikan mengenai apa yang disepakati oleh para pihak.

Apabila para pihak tidak menyepakati mengenai interpretasi terhadap polis tersebut, maka suatu prinsip hukum tertentu dapat digunakan untuk menentukan

¹²³ S.R.Diacon dan R.L.Carter, *Success in Insurance 3rd Edition*, (Hodder Education:UK,1992), hal.162

¹²⁴ Craddock Bros v.Hunt (1923)

maksud dari dokumen tersebut. Untuk menjelaskan mengenai maksud dari dokumen tersebut, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

- a. Maksud dari kalimat dan kata yang terdapat dalam dokumen.

Format polis di Inggris banyak menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh orang awam dan dapat dimengerti dengan cara yang mudah (disebut dengan polis “*plain-English*”).

- b. Ditulis dengan menggunakan tulisan tangan atau diketik.

Maksudnya adalah banyak dari format polis yang ada di Inggris dibuat oleh penanggung. Konsekuensi dari hal ini adalah penulisan dengan menggunakan tulisan tangan lebih diutamakan apabila terjadi suatu kontradiksi.

- c. Keuntungan dari alasan yang meragukan

Dalam banyak kasus yang terjadi di Inggris, dimana polis dibuat oleh penanggung. Apabila terdapat ambiguitas terhadap polis yang dibuat oleh penanggung, maka tertanggung dapat memperoleh manfaat karena ambiguitas polis yang dibuat oleh penanggung tersebut. Hal ini disebut *Contra Proferentem Rule*.¹²⁵

- d. Pernyataan umum dan khusus

jika suatu pernyataan umum mengikuti suatu hal tertentu, maka yang pertama berlaku untuk ditafsirkan sebagai himpunan yang sama keadaan sebagai yang terakhir. Contohnya adalah apabila dalam polis mengatur mengenai perhiasan, perak, emas atau sejenisnya, maka yang dimaksud dengan sejenisnya dalam hal ini adalah segala macam benda yang memiliki nilai yang sama dengan perhiasan, perak, dan emas. Hal ini dikenal dengan *Ejusdem Generis Rule*.¹²⁶

¹²⁵ C.Bennett, “*Dictionary of Insurance: second edition*”, (Perason Education Limited, 2004), hal. 76

¹²⁶ *Ibid*, hal.108

Sebagian dari kontrak asuransi berlaku apabila telah diserahkan dari penanggung kepada tertanggung. Prakteknya, seluruh kontrak asuransi dituangkan dalam tulisan sebagai bukti adanya suatu kontrak antara penanggung dan tertanggung. Hal ini bertujuan agar para pihak mengetahui dengan jelas hak dan kewajiban mereka dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi tersebut. Beberapa kontrak asuransi harus dituangkan secara tertulis sebelum berlaku secara hukum. Kontrak-kontrak asuransi tersebut antara lain:

- a. Seluruh kontrak *marine insurance* atau asuransi pengangkutan laut¹²⁷
- b. Seluruh kontrak asuransi kesetiaan atau ketaatan¹²⁸

Kontrak asuransi haruslah ditulis dalam suatu tulisan yang disebut polis. Secara hukum, polis ini adalah suatu tanda bukti atas keberadaan suatu kontrak asuransi atau perjanjian pertanggungan. Polis ini harus dikeluarkan secepatnya setelah perjanjian pertanggungan dimulai. Penanggung memiliki kewajiban untuk membuat polis yang dapat berbentuk format standar yang telah ditetapkan. Tetapi pada prakteknya, format polis tersebut dapat berbeda antara perusahaan asuransi yang satu dengan perusahaan asuransi yang lainnya. Tetapi dalam polis asuransi kebakaran dan pengangkutan laut menggunakan format polis standar yang telah disepakati dan tidak ada perbedaan format polis tersebut antara penanggung yang satu dengan yang lainnya.¹²⁹ Format polis yang terdapat di negara Inggris dapat dipilah menjadi beberapa bagian, yaitu:¹³⁰

- a. Bagian Judul

Bagian judul berisikan mengenai nama dari penanggung. Dalam asuransi jiwa, bagian pembuka polis asuransi jiwa harus memuat alamat utama dari

¹²⁷ *Marine Insurance Act 1906*

¹²⁸ *Statute of Frauds 1677*

¹²⁹ S.R.Diacon dan R.L.Carter, *Success in Insurance 3rd Edition*, (Hodder Education:UK,1992), hal.160

¹³⁰ *Ibid*, hal. 161-162

perusahaan penanggung tersebut.¹³¹ Sedangkan dalam perusahaan asuransi selain asuransi jiwa, haruslah memuat alamat dari kantor pusat penanggung.

b. Bagian Pembukaan

Bagian pembukaan dalam polis berisikan nama pihak yang terikat dalam kontrak dan persetujuan pembayaran premi dari tertanggung kepada penanggung.

c. Klausula Operatif

Bagian ini menjelaskan mengenai dalam keadaan seperti apa penanggung akan membayar gantirugi kepada tertanggung.

d. Pengecualian

Bagian pengecualian dalam sebuah polis asuransi berisikan mengenai risiko atau kerugian yang tidak dilindungi dalam polis oleh penanggung.

e. Ketentuan

Bagian ketentuan dalam sebuah polis asuransi berisikan mengenai interpretasi kontrak secara keseluruhan. Seluruh ketentuan yang termuat dalam polis disebut *express condition*. Biasanya bagian ketentuan ini mengatur mengenai bagaimana prosedur klaim, pembatalan, dll).

f. Tabel

Bagian ini biasanya mengatur mengenai informasi lengkap tertanggung, biaya yang ditanggung oleh penanggung dan premi yang dibayar oleh tertanggung. Dan dalam bagian ini berupa tabel yang disusun oleh penanggung berdasarkan hal-hal yang dijelaskan di atas.

g. Tandatangan

Bagian ini berisikan tandatangan dari penanggung atau perwakilan dari penanggung yang dilekatkan dalam polis dan bertindak atas nama perusahaan asuransi

h. Spesifikasi

¹³¹ *Policies of Assurance Act 1867*

Bagian ini berisikan mengenai risiko yang rumit dan hal ini terlalu sulit untuk dituangkan secara spesifik dalam bagian tabel, sehingga bagian spesifikasi memuat informasi mengenai risiko yang rumit secara terperinci.

i. *Endorsement*

Endorsement berisikan mengenai klausula-klausula yang ditambahkan yang dapat membatasi atau memperluas objek yang akan diasuransikan. Klausula endorsement ini dapat juga meliputi perubahan data pada polis asuransi.



BAB III

TINJAUAN UMUM MENGENAI ASURANSI KESEHATAN

3.1. Perkembangan Asuransi Kesehatan

3.1.1. Pengertian dan Definisi Asuransi Kesehatan

Istilah asuransi yang berarti pertanggungangan atau perlindungan merupakan suatu kegiatan yang memberikan perlindungan atas objek yang diasuransikan atas suatu risiko. Asuransi merupakan suatu mekanisme peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung, dimana kerugian-kerugian yang terjadi di masa yang diderita oleh tertanggung di masa yang akan datang dialihkan kepada penanggung. Dalam Pasal 246 KUHD dijelaskan bahwa:¹³²

Pertanggungangan adalah perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin dideritanya akibat dari suatu risiko.

Sedangkan pengertian asuransi menurut UU No.2 Tahun 1992 mengenai Usaha Perasuransian, asuransi adalah:¹³³

Asuransi atau pertanggungangan adalah perjanjian antara 2 pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada pihak tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti,

¹³² Pasal 246 KUHD

¹³³ Indonesia, Undang-undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992, TLN No.3467, Pasal 1 ayat (1)

atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.

Sehingga berdasarkan pasal tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa asuransi merupakan peralihan risiko dari penanggung kepada tertanggung dimana tertanggung membayar premi kepada penanggung sebagai wujud dari peralihan risiko yang diambil oleh penanggung tersebut. Dalam Pasal 246 KUHD tidak menjelaskan mengenai asuransi jiwa, dimana dalam UU No.2 Tahun 1992 dinyatakan dengan kalimat “memberikan pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang”.

Terkait dengan asuransi kesehatan, dijelaskan dalam Pasal 4 butir B UU No.2 Tahun 1992 yang menyatakan bahwa:¹³⁴

Perusahaan asuransi jiwa hanya dapat menyelenggarakan usaha dalam bidang asuransi jiwa, dan asuransi kesehatan, asuransi kecelakaan diri, dan usaha anuitas, serta menjadi pendiri dan pengurus dana pensiun sesuai dengan peraturan perundang-undangan dana pensiun yang berlaku.

Dalam Pasal 4 butir B UU No.2 Tahun 1992 tersebut dengan Pasal 1 ayat (1) UU No.2 Tahun 1992, maka asuransi kesehatan merupakan bagian dari ruang lingkup perusahaan asuransi jiwa. Tetapi pengertian asuransi kesehatan secara spesifik dapat diartikan sebagai perjanjian pertanggungjawaban untuk menjamin biaya kesehatan dan biaya rumah sakit karena sakit dan atau risiko karena kecelakaan seperti cedera yang terjadi setelah tanggal berlakunya perjanjian asuransi kesehatan tersebut antara penanggung dan tertanggung. Dalam asuransi kesehatan bentuk pemulihan akibat terjadinya risiko adalah dengan cara pembayaran biaya-biaya perawatan inap di rumah sakit baik dengan cara tertanggung membayar biaya rawat inap di rumah sakit terlebih dahulu kemudian mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi kesehatan

¹³⁴ *Ibid*, Pasal 4 butir B

ataupun dengan cara pihak penanggung membayar ke rumah sakit yang merupakan rekanan dari perusahaan asuransi kesehatan apabila bertanggung di rawat inap di rumah sakit rekanan perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.¹³⁵

3.1.2. Perkembangan Asuransi Kesehatan Secara Umum

Perkembangan asuransi kesehatan dewasa ini berjalan dengan cepat. Asuransi kesehatan yang bermula hanya sebagai suatu lembaga keuangan yang berfungsi untuk membayar klaim tertanggung, telah berubah menjadi suatu lembaga yang memiliki kepentingan terhadap layanan kesehatan.¹³⁶ Dahulu, asuransi kesehatan sangat bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan, sedangkan pada masa kini, hal tersebut sudah tidak terjadi lagi. Saat ini, pemberi pelayanan kesehatan lah yang banyak bergantung pada perusahaan asuransi. Hal ini didasarkan pada asuransi kesehatan yang menguasai pasar pasien dan dana. Pasar pasien dan dana inilah yang menyebabkan terjadinya perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk memberikan efisiensi yang sebaik-baiknya.¹³⁷ Akibat semakin pesatnya perubahan tersebut mengakibatkan perubahan secara besar, tetapi tidak banyak perbedaan secara operasional.¹³⁸ Sebagai contoh adalah adanya asuransi kesehatan yang bersifat komersil dan asuransi kesehatan yang bersifat sosial. Salah satu esensi perbedaan kedua sistem itu adalah kesukarelaan atau kewajiban.

Dalam asuransi kesehatan yang bersifat komersil, prinsip kesukarelaan sangat dipegang teguh. Dalam hal ini kesukarelaan dapat berarti tergantung dari kesediaan

¹³⁵ Radiks Purba, *Memahami Asuransi di Indonesia*, (Jakarta: PT.Pustaka Binaman Pressindo, 1995), hal.357-358

¹³⁶ Zaenal Abidin, dalam skripsi yang berjudul “Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya”, (Depok,1992), hal.32

¹³⁷ Sulastomo, “Bisnis Asuransi Kesehatan di Indonesia”, Kompas, 15 Agustus 1991, hal. 4 (disempurnakan dalam skripsi karya Zaenal Abidin mengenai “Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya”

¹³⁸ Zaenal Abidin, *Op-cit*, hal.33

pihak bertanggung untuk membeli dan preminya ditetapkan dalam bentuk nominal yang sesuai dengan kemampuan dari pihak bertanggung dan sesuai dengan manfaat asuransi yang ditawarkan. Setiap orang berhak memilih penanggung yang dinilai sesuai dengan keinginan bertanggung.¹³⁹ Sedangkan dalam asuransi sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai). Preminya bukan nilai nominal tetapi prosentase upah yang wajib dibayarkan dan manfaat asuransi tersebut sama untuk setiap peserta.¹⁴⁰

Perkembangan asuransi kesehatan dapat kita lihat contohnya di Negara Amerika. Di Amerika, terjadinya asuransi kesehatan nasional sudah terjadi sejak zaman dahulu.¹⁴¹ Di Amerika, asuransi kesehatan nasional hanya berlaku bagi penduduk lanjut usia saja. Sedangkan bagi para penduduk yang berusia di bawah 65 tahun tidak memiliki asuransi kesehatan. Hal ini merupakan kegagalan Amerika dalam membuat program asuransi sosial, dimana di Amerika sebagian besar asuransi kesehatan merupakan asuransi komersil. Sehingga Amerika Serikat merupakan negara yang termasuk gagal dalam mengembangkan asuransi kesehatan nasional.¹⁴² Selain di Amerika, kita dapat melihat perkembangan asuransi kesehatan di Belanda. Di Negara Belanda memberlakukan asuransi kesehatan nasional yang dikelola oleh berbagai badan penyelenggara berskala nasional yang disebut AWBZ. Pelayanan kesehatan yang tidak mahal dikelola oleh berbagai badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial yang bersifat *nirlaba* yang diatur dalam UU Sickness Funds Act(ZFW). Bagi penduduk yang berpenghasilan tinggi diperbolehkan untuk membeli asuransi

¹³⁹ Hasbullah Thabrany, "Sejarah Asuransi Kesehatan", hal.1, http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/Bab_I_Sejarah_Asuransi_Kesehatanedited.pdf, diakses pada tanggal 2 Maret 2010

¹⁴⁰ *Ibid*

¹⁴¹ *Ibid*

¹⁴² *Ibid*

kesehatan komersil.¹⁴³ Sedangkan di Australia, mengeluarkan UU Asuransi Kesehatan Nasionalnya pada Tahun 1973. Sejak tahun 1993 tersebut, seluruh penduduk Australia tidak perlu memikirkan biaya yang dikeluarkan apabila mereka sakit. Karena biaya yang dikeluarkan oleh penduduk Australia apabila mereka menderita penyakit tidak akan membuat mereka jatuh miskin. Pengelolaan asuransi di Australia dikelola oleh *Health Insurance Commisioner* di tingkat negara Federal. Karena baiknya pengelolaan asuransi kesehatan nasional di Australia ini, semakin hari masyarakat semakin sedikit yang membeli asuransi kesehatan yang bersifat komersil.¹⁴⁴

3.1.3. Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia

Di Indonesia, asuransi kesehatan telah ada sejak tahun 1968. Pada masa tersebut, berdasarkan SK Presiden RI No.230 Tahun 1968 ditetapkan bahwa pemerintah menerapkan asuransi kesehatan untuk pegawai negeri, pensiun, beserta keluarganya. Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia didasarkan pada tiga hal, yaitu:¹⁴⁵

- a. Pegawai negeri yang terhimpun dalam Perum Husada Bakti (PHB) dan sekarang telah berubah menjadi PT.ASKES
- b. Buruh dan pegawai swasta yang terhimpun dalam Pelayanan Kesehatan Tenaga Kerja (PKTK) yang berada dibawah PT.Astek dan sekarang telah berganti nama menjadi JAMSOSTEK
- c. Masyarakat swasta yang bergerak dalam bidang informal golongan menengah dapat dijadikan objek bagi perusahaan asuransi swasta

¹⁴³ Schoultz F, *Competition in the Dutch Health Care System*, (Rotterdam, 1995)

¹⁴⁴ Hall Jlourenco RA and Viney R. Carrots and Sticks- The fall and fall of private health insurance in Australia. *Health econ* 8 (8):653-660, 1999

¹⁴⁵ Zaenal Abidin, dalam skripsi yang berjudul “ Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya”, (Depok,1992), hal.36-37

Ketiga hal tersebut diselenggarakan oleh asuransi sosial dan asuransi komersial dalam hal pelaksanaannya. Oleh karena itu, dalam subbab kali ini akan membahas mengenai asuransi sosial dan asuransi komersial terkait dengan asuransi kesehatan yang terdapat di Indonesia.

a. Asuransi Sosial (*compulsory Insurance*)

Asuransi sosial pada dasarnya diselenggarakan oleh pemerintah. Asuransi ini disebut juga asuransi wajib karena memang pelaksanaannya diwajibkan oleh suatu peraturan berdasarkan perintah dari pemerintah. Ciri-ciri dari asuransi sosial adalah:¹⁴⁶

- ³⁵/₁₇ Pihak yang menyelenggarakan pertanggungungan adalah pemerintah
- ³⁵/₁₇ Sifat pertanggungannya adalah wajib bagi seluruh anggota masyarakat
- ³⁵/₁₇ Penentuan penggantian kerugian diatur oleh pemerintah dengan peraturan
- ³⁵/₁₇ Tujuannya adalah untuk memberikan suatu jaminan sosial dan bukan untuk mencari keuntungan

Dasar hukum pengaturan asuransi kesehatan yang berbentuk asuransi sosial ini terdapat dalam Undang-undang Pokok Kesehatan No.9 Tahun 1960. Dalam undang-undang ini ditetapkan bahwa tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan untuk itu seluruh rakyat harus ikut serta dalam usaha-usaha kesehatan pemerintah. Sebagai pelaksanaan dari Undang-undang Pokok Kesehatan No.9 Tahun 1960 tersebut, maka dibuatlah Keputusan Presiden No.230 Tahun 1968 sebagaimana telah dirubah dengan Keputusan Presiden No.13 Tahun 1981. Dalam perjalanannya, aturan tersebut dinilai sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan masyarakat dan tidak dapat mengakomodir mengenai pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil dan anggota keluarganya. Oleh karena itu dibentuklah Peraturan Pemerintah No.22 Tahun 1984 mengenai Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan penerima Pensiun Beserta Anggota Keluarganya yang

¹⁴⁶ Emmy Pangaribuan, *Hukum Pertanggungungan dan Perkembangannya*, (Jogjakarta: Seksi Hukum Dagang Universitas Gajah Mada, 1990), hal.106

diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara. Menurut Peraturan Pemerintah No.23 Tahun 1984 ditetapkan bahwa badan penyelenggara tersebut atau lembaga yang menyelenggarakan asuransi kesehatan ini adalah Perum Husada Bakti (PHB).¹⁴⁷ Dalam asuransi sosial ini, tidak diperlukan suatu polis asuransi kesehatan oleh pihak penanggung. Tetapi secara otomatis bertanggung sudah menjadi anggota asuransi kesehatan berdasarkan suatu peraturan. Dan untuk memperoleh pelayanan terhadap asuransi kesehatan ini, pegawai negeri sipil tersebut harus memiliki kartu peserta PHB. Apabila pegawai negeri sipil tersebut tidak memiliki kartu PHB maka pegawai negeri sipil tersebut tidak dapat dilayani.¹⁴⁸ Tetapi hal tersebut tidak berlaku mutlak, apabila pegawai negeri sipil tersebut belum memiliki kartu PHB karena suatu hal, maka untuk sementara masih dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan surat pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil. Dengan catatan bahwa untuk memperoleh pelayanan kesehatan berikutnya harus mengurus kartu peserta PHB tersebut.¹⁴⁹ Lalu sesuai dengan perkembangan zaman, berdasarkan Peraturan Pemerintah No.6 Tahun 1992, PHB tersebut digantikan dengan Perusahaan Perseroan dalam hal menjalankan tugas seperti yang dilakukan oleh PHB.¹⁵⁰ Pada tahun 2005 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1241/MENKES/XI/2004 ditunjuklah PT.ASKES sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM).¹⁵¹ PT.ASKES sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM)

¹⁴⁷ Indonesia, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.23 tahun 1984 Tentang Perum Husada Bakti, Pasal 2

¹⁴⁸ Zaenal Abidin, dalam skripsi yang berjudul “Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya”, (Depok,1992), hal.49-50

¹⁴⁹ *Ibid*, hal.50

¹⁵⁰ Indonesia, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.6 Tahun 1992 Tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero), LN No.16 Tahun 1992, Pasal 1 ayat (2)

¹⁵¹ <http://www.ptaskes.com/info-perusahaan.php?p=14>, diakses pada tanggal 19 Maret 2010

memiliki tugas antara lain mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dan rujukan. Lalu pada tahun 2008 PJKMM dirubah menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).¹⁵² Berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI No.112/MENKES/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan manajemen kepesertaan JAMKESMAS yang meliputi tata laksana kepesertaan, tata laksana pelayanan, dan tata laksana organisasi dan manajemen.¹⁵³ Pada tahun 2008 dikeluarkanlah UU No.40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana terdapat badan penyelenggara yang juga menyelenggarakan program asuransi kesehatan sesuai dengan program yang diikuti. Sebagai contoh apabila ABRI maka untuk asuransi kesehatan nya mengikuti program yang terdapat dalam ASABRI, apabila pesertanya adalah para pekerja suatu perusahaan maka mengikuti program JAMSOSTEK, dll.¹⁵⁴

b. Asuransi Komersial (*Voluntary Insurance*)

Asuransi komersial pada umumnya dapat diselenggarakan untuk individu, keluarga atau perusahaan yang ingin mengasuransikan karyawannya. Asuransi komersial dalam prakteknya tentu mengandung unsur bisnis atau mencari keuntungan. Hal ini berbeda dengan asuransi sosial yang pada dasarnya tidak mengandung unsur bisnis dan memberikan perlindungan dasar bagi tertanggungnya. Dalam asuransi komersial terdapat beberapa pihak yang berkepentingan dalam perjanjian asuransi kesehatan ini, yaitu:

- a. Penanggung (Perusahaan Asuransi)
- b. Pemegang polis (dalam hal ini pemegang polis dapat berkedudukan sebagai tertanggung)

¹⁵² *ibid*

¹⁵³ *ibid*

¹⁵⁴ Indonesia, Undang-undang No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, LN No. 150 Tahun 2004, Pasal 5 jo Pasal 13

c. Yang dipertanggungkan

Jadi dalam asuransi kesehatan selain pemegang polis yang akan menutup perjanjian asuransi kesehatan dengan pihak penanggung, terdapat pula pihak ketiga yang jiwanya dipertanggungkan. Contohnya adalah ibu yang mengasuransikan kesehatan anaknya pada perusahaan asuransi kesehatan tertentu. Dalam hal ini perusahaan asuransi kesehatan berkedudukan sebagai penanggung, ibu sebagai pemegang polis, dan anak sebagai pihak yang dipertanggungkan jiwanya. Dalam asuransi kesehatan, umumnya pihak penanggung akan mengajukan berbagai syarat yang harus dipenuhi oleh pemegang polis atau pihak yang dipertanggungkan jiwanya. Pada saat perjanjian asuransi kesehatan akan ditutup, maka pihak penanggung akan mengadakan seleksi terhadap kesehatan calon tertanggung dengan tujuan untuk mengurangi beban risiko dari penanggung. Pelaksanaan seleksi ini dilakukan dengan cara berupa pengisian surat permohonan asuransi kesehatan yang formatnya bergantung pada perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Tetapi format asuransi kesehatan tersebut pada umumnya terdiri dari:

- a. Data calon pemegang polis
- b. Data calon tertanggung utama apabila calon tertanggung utama berbeda dengan calon pemegang polis
- c. Data calon tertanggung tambahan dan hubungannya dengan tertanggung utama
- d. Program yang dipilih oleh pemegang polis atau tertanggung
- e. Data kesehatan calon tertanggung
- f. Kegiatan dan kebiasaan pribadi
- g. Pernyataan dan persetujuan

Dalam hal pengisian surat permohonan asuransi kesehatan ini, tertanggung harus mengisi seluruh kolom yang ada dalam surat permohonan tersebut dengan jujur karena hal tersebut akan mempengaruhi penilaian penanggung terhadap calon

tertanggung apakah penanggung mau menerima calon tertanggung tersebut menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan atau tidak.

Dalam asuransi kesehatan tertentu, biasanya ditetapkan suatu masa tunggu terhadap pengajuan klaim atas penyakit-penyakit yang diderita oleh tertanggung. Sebagai contoh, dalam program EKA SEHAT ditetapkan bahwa segala penyakit yang timbul dalam jangka waktu 30 hari pertama dari tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan ini belum dilindungi oleh penanggung kecuali karena kecelakaan, selain itu terhadap penyakit-penyakit seperti asma, pengerasan sumsum tulang, jantung maka klaim baru dapat dilakukan setelah melewati 12 bulan pertama dari tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan tersebut.¹⁵⁵ Selain adanya klausula masa tunggu tersebut, biasanya dalam asuransi kesehatan akan menetapkan suatu pengecualian-pengecualian seperti penanggung tidak menanggung cedera yang ditimbulkan akibat peperangan, kehamilan dan segala komplikasinya, pemeriksaan mata, dll.

Selain itu, pada asuransi kesehatan biasanya terdapat plan-plan yang dapat dipilih oleh tertanggung sesuai dengan kemampuan tertanggung untuk membayar premi. Dan nilai pertanggungannya tersebut tergantung pada kesanggupan tertanggung untuk membayar premi tersebut. Plan-plan ini biasanya memuat mengenai biaya rumah sakit, biaya kamar ICU/ICCU, biaya operasi, biaya kunjungan dokter, dll.

Perusahaan-perusahaan yang wajib mengasuransikan karyawannya melalui asuransi JAMSOSTEK pun juga dapat mengasuransikan karyawannya dengan asuransi komersil ini. Karena JAMSOSTEK hanya melindungi segala risiko akibat pekerjaan, sedangkan risiko yang terjadi di luar pekerjaan tidak dilindungi oleh JAMSOSTEK. Sehingga karyawan-karyawan perusahaan-perusahaan dapat mendaftarkan agar selain dilindungi oleh JAMSOSTEK yang bersifat wajib, tetapi

¹⁵⁵ Pasal 17 ayat 1 butir A Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai pengecualian

juga mendapat perlindungan tambahan melalui asuransi kesehatan komersil tersebut. Dalam Pasal 6 ayat (1) UU No.2 Tahun 1992 dinyatakan bahwa:¹⁵⁶

Penutupan asuransi atas objek asuransi harus didasarkan pada kebebasan memilih penanggung kecuali bagi program asuransi sosial.

Hal ini dimaksudkan agar tertanggung secara bebas memilih perusahaan asuransi yang diinginkan oleh tertanggung sesuai dengan objek yang akan diasuransikan terutama dalam hal ini adalah kesehatan. Apabila kita coba kaitkan peraturan tersebut dengan perusahaan-perusahaan yang diwajibkan untuk mengasuransikan karyawannya, maka pada dasarnya perusahaan tersebut harus mengasuransikan karyawannya melalui program JAMSOSTEK, tetapi diperbolehkan untuk mengasuransikan karyawan-karyawan tersebut kepada asuransi kesehatan komersil asalkan sudah mengasuransikan karyawannya melalui JAMSOSTEK tersebut.

3.2. Syarat Sahnya Perjanjian Asuransi Kesehatan:

Asuransi pada dasarnya merupakan suatu perjanjian. Hal ini dijelaskan dalam Pasal 246 KUHD yang menyatakan bahwa:¹⁵⁷

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tentu.

¹⁵⁶ Indonesia, Undang-Undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992 , TLN No.3467, Pasal 6 ayat (1)

¹⁵⁷ Pasal 246 KUHD

Dalam hal ini jelas bahwa inti dari asuransi adalah perjanjian menurut Pasal 246 KUHD. Dalam hal syarat sah suatu perjanjian, karena asuransi termasuk ke dalam perjanjian, maka syarat sahnya perjanjian pada umumnya juga berlaku untuk asuransi, termasuk asuransi kesehatan. Syarat sahnya suatu perjanjian diatur dalam Pasal 1320 KUHPER. Selain syarat sahnya suatu perjanjian asuransi menurut Pasal 1320 KUHPER tersebut, maka terdapat syarat khusus yang diwajibkan dalam membuat perjanjian asuransi tersebut yaitu syarat *utmost goodfaith* atau azas itikad yang teramat baik yang diatur menurut Pasal 251 KUHD atau disebut juga pemberitahuan (*notification*). Menurut Pasal 1320 KUHPER syarat sah perjanjian terbagi ke dalam empat syarat, yaitu:

1. Kesepakatan:

Dalam hal ini, penanggung dan tertanggung harus sepakat mengenai hal-hal yang pokok dari perjanjian yang diadakan itu.¹⁵⁸ Dalam hal kesepakatan ini, maka kehendak pihak penanggung juga dikehendaki pihak tertanggung. Penanggung dan tertanggung sepakat mengadakan perjanjian asuransi yang kesepakatan tersebut pada pokoknya meliputi:¹⁵⁹

- a. Objek yang diasuransikan, dalam asuransi kesehatan maka objek asuransi tersebut adalah jiwa dari tertanggung
- b. Pengalihan risiko dan pembayaran premi
- c. Syarat-syarat khusus asuransi
- d. Dibuat secara tertulis yang disebut polis

Kesepakatan antara tertanggung dan penanggung dibuat secara bebas. Maksudnya adalah tidak dibawah pengaruh, tekanan, atau paksaan pihak tertentu. Dalam kaitannya dengan dunia perasuransian, dijelaskan dalam Pasal 6 ayat (1) UU

¹⁵⁸ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: PT.Intermasa,2005), hal.17

¹⁵⁹ Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.50

No.2 Tahun 1992 dijelaskan bahwa penutupan asuransi atas objek asuransi harus didasarkan pada kebebasan memilih penanggung kecuali program asuransi sosial.¹⁶⁰ Kebebasan memilih penanggung kecuali dalam asuransi sosial merupakan suatu hal yang sangat penting karena tertanggung adalah pihak yang paling berkepentingan terhadap objek yang diasuransikan terutama jiwa tertanggung dalam asuransi kesehatan. Dalam dunia praktek perasuransian, untuk membuktikan kapan kesepakatan itu terjadi sangat sulit. Karena pengertian kesepakatan yang diatur dalam Pasal 1320 KUHPER hanyalah kesesuaian kehendak. Sehingga tidak ada pengaturan secara terperinci mengenai kapan kesepakatan dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi ini lahir karena pengaturan mengenai kesepakatan ini hanyalah kesesuaian kehendak menurut Pasal 1320 KUHPER. Oleh karena itu, untuk membuktikan kapan kesepakatan itu lahir, perlu dilakukan pengamatan terhadap praktek dunia perasuransian.¹⁶¹

Menurut Ibu Triwati Sri Soedjarworini, kesepakatan dalam asuransi kesehatan terjadi pada saat tertanggung telah membayar premi kepada penanggung dan penanggung dalam hal ini adalah agen menyerahkan surat permohonan asuransi kesehatan yang sudah lengkap dan ditandatangani klien dan agen kepada perusahaan asuransi kesehatan. Hal tersebut merupakan kesepakatan awal. Lalu apabila calon tertanggung telah disetujui, maka agen akan memberitahukan kepada tertanggung bahwa tertanggung tersebut disetujui menjadi nasabah dalam perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Risiko seperti akibat kecelakaan sudah ditanggung oleh penanggung pada saat surat permohonan asuransi kesehatan tersebut disetujui oleh penanggung. Dalam hal ini kesepakatan telah terjadi dengan catatan polis tersebut

¹⁶⁰ Undang-undang Republik Indonesia, UU No.2 Tahun 1992, Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992, Pasal 6 ayat (1)

¹⁶¹ *Ibid*, hal. 55

tidak dibatalkan oleh tertanggung pada saat sudah menerima polis yang bersangkutan.¹⁶²

Menurut Bapak Wiwit Prayitno, kesepakatan dalam asuransi kesehatan pada prinsipnya mengajukan aplikasi terlebih dahulu, apabila calon tertanggung dinyatakan *clean* (riwayat kesehatan bagus), maka biasanya akan disetujui oleh penanggung. Dan apabila ternyata riwayat kesehatan calon tertanggung tidak bagus, maka dilakukan *medical check up* terlebih dahulu untuk disetujui menjadi nasabah dalam perusahaan asuransi kesehatan.¹⁶³

Pada dasarnya perjanjian asuransi menganut azas konsensualisme. Dimana pada saat kesepakatan terjadi, maka perjanjian pertanggung telah lahir. Sehingga dari beberapa pendapat tersebut, penulis berpendapat bahwa proses mencapai kesepakatan dalam asuransi kesehatan pada dasarnya dimulai dengan tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan. Dalam hal calon tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dapat disimpulkan bahwa calon tertanggung pada dasarnya telah setuju mengenai produk atau program yang disampaikan oleh penanggung. Hal ini pada dasarnya tertanggung sudah memiliki keinginan untuk mengasuransikan segala risiko berkaitan dengan kesehatannya kepada pihak penanggung. Tetapi perjanjian asuransi belum lahir pada tahapan ini karena pihak penanggung belum melakukan penyeleksian risiko melalui *underwriting process* untuk menentukan apakah calon tertanggung dapat disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan atau tidak dan risiko tersebut akan di *cover* pihak asuransi kesehatan atau tidak.

Lalu tahapan selanjutnya adalah setelah surat permohonan asuransi kesehatan tersebut diisi oleh calon tertanggung, agen akan *submit* surat permohonan asuransi

¹⁶² Wawancara yang disampaikan secara langsung oleh Ibu Triwati Sri Soedjarworini, Agency Manager dari Asuransi SM, yang dilakukan pada tanggal 6 Maret 2010, pukul 12.00 di Jl. Balam No. A 56 Ciputat

¹⁶³ Wawancara yang dilakukan melalui *telephone* oleh Bapak Wiwit Prayitno, agen dari Asuransi PT. Prudential Life Assurance, pada tanggal 5 maret 2010, pukul 16.00

kesehatan tersebut kepada perusahaan asuransi kesehatan dan dilakukan *underwriting process*. Pada saat surat permohonan asuransi kesehatan tersebut disetujui oleh pihak penanggung dan tertanggung telah membayar premi, maka dalam hal ini pertanggung telah lahir atau dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD disebut dengan penutupan. Sehingga dapat dilihat bahwa kesepakatan yang terjadi dalam asuransi kesehatan adalah pada saat tertanggung ingin mengalihkan risikonya kepada penanggung dengan mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dan pada saat surat asuransi kesehatan tersebut telah disetujui oleh penanggung setelah dilakukan *underwriting process* dan tertanggung telah melakukan pembayaran premi, maka kesepakatan telah terjadi karena adanya kesesuaian kehendak antara tertanggung yang ingin mengalihkan risiko kepada penanggung dan kehendak penanggung yang bersedia menanggung risiko yang akan diderita oleh tertanggung. Dan pada saat kesepakatan dalam asuransi kesehatan tersebut terjadi, maka pertanggung tersebut telah lahir. Hal ini disebut dengan penutupan sesuai yang dijelaskan dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD.

Dan pertanggung tersebut berjalan pada saat tertanggung telah membayar premi kepada penanggung. Dalam prakteknya, pembayaran premi selalu dibayarkan pada saat tertanggung telah mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dan diserahkan uang pembayaran premi kepada agen. Dalam hal ini disebut penitipan pembayaran premi. Pada saat tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan, status penitipan pembayaran premi berubah menjadi pembayaran premi yang sesungguhnya dan pertanggung tersebut berjalan setelah status penitipan pembayaran premi tersebut berubah menjadi pembayaran premi. Dalam hal ini pertanggung dalam asuransi kesehatan telah berjalan. Lalu pada saat polis tersebut diterbitkan oleh penanggung dan tidak dikembalikan oleh tertanggung pada saat telah dipelajari, hal ini juga disebut kesepakatan. Tetapi secara normatif dalam perjanjian asuransi pada saat kesepakatan terjadi antara penanggung dan tertanggung, maka perjanjian asuransi telah lahir dan berjalan apabila tertanggung telah membayar premi

sebagai wujud peralihan risiko sesuai dengan Pasal 246 KUHD. Sehingga dalam hal ini penulis berkesimpulan bahwa kesepakatan yang menyebabkan perjanjian asuransi lahir dan pertanggung jawaban berjalan pada saat penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dan premi telah dibayarkan oleh tertanggung kepada penanggung. Dalam asuransi kesehatan, dari data-data yang dihimpun, penulis berpendapat bahwa pada saat polis tidak dikembalikan oleh tertanggung setelah polis tersebut diterbitkan oleh penanggung, maka hal tersebut bukanlah kesepakatan yang menyebabkan perjanjian asuransi lahir. Karena perjanjian asuransi terutama dalam asuransi kesehatan telah lahir dan berjalan pada saat penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dan premi telah dibayarkan walaupun polis tersebut belum diterbitkan oleh penanggung.

2. Cakap

Cakap dalam perjanjian asuransi atau perjanjian pertanggung jawaban maksudnya adalah pihak penanggung dan tertanggung memiliki kewenangan untuk melakukan perbuatan hukum yaitu mengadakan perjanjian asuransi menurut ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Dalam perjanjian pertanggung jawaban atau asuransi ini, selain cakap menurut Pasal 1320 KUHD yaitu dewasa, sehat pikiran, tidak dalam pengampunan, dan perempuan (menurut UU No.1 Tahun 1974, kedudukan laki-laki dan perempuan sama dalam melakukan perbuatan hukum).¹⁶⁴ Hal tersebut merupakan kecakapan yang bersifat subjektif dalam perjanjian pertanggung jawaban. Kecakapan yang bersifat objektif dalam perjanjian pertanggung jawaban artinya adalah tertanggung memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan.¹⁶⁵ Dalam hal ini pihak yang dapat membuat perjanjian asuransi haruslah sudah cakap dalam melakukan perbuatan hukum. Dalam praktek yang

¹⁶⁴ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: PT. Intermasa, 2005), hal. 17-18

¹⁶⁵ Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, 2006), hal. 50-51

terjadi di asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, pihak yang dapat melakukan perjanjian asuransi dengan pihak penanggung adalah apabila calon tertanggung tersebut telah berusia 17 tahun.

3. Objek Tertentu

Dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi, yang dimaksud dengan objek tertentu adalah objek yang akan diasuransikan. Dalam hal ini objek yang dapat diasuransikan berupa harta kekayaan, atau dapat pula berupa jiwa seseorang. Objek berupa harta kekayaan dan kepentingan yang melekat pada harta kekayaan terdapat dalam perjanjian asuransi kerugian, sedangkan objek berupa jiwa manusia terdapat dalam perjanjian asuransi jiwa.¹⁶⁶ Dalam perjanjian pertanggungan, tertanggung merupakan pihak yang memiliki kepentingan dengan objek yang akan diasuransikan. Dan tertanggung harus memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan tersebut. Dalam hal ini, tertanggung harus dapat membuktikan bahwa dirinya yang memiliki kepentingan terhadap objek yang akan diasuransikan.¹⁶⁷ Apabila tertanggung tidak dapat membuktikan bahwa ia memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan, maka penanggung berhak membatalkan perjanjian pertanggungan tersebut dengan tertanggung. Hal ini dijelaskan dalam Pasal 250 KUHD yang menyatakan:¹⁶⁸

Apabila seseorang yang telah mengadakan suatu pertanggungan untuk diri sendiri, atau apa bila seseorang, yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan, pada saat diadakannya pertanggungan itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan itu, maka si penanggung tidaklah diwajibkan memberikan ganti rugi.

¹⁶⁶ *Ibid*, hal.51

¹⁶⁷ *Ibid*, hal.52

¹⁶⁸ Pasal 250 KUHD

Menurut Pasal 1 butir 2 UU No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian dijelaskan bahwa objek dari asuransi adalah benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggungjawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi, dan atau berkurang nilainya.¹⁶⁹ Dalam asuransi kesehatan, objek yang diasuransikan adalah jiwa dari tertanggung yang berkaitan dengan risiko penyakit dan risiko karena kecelakaan dari tertanggung tersebut. Sebagai contoh dalam asuransi kesehatan, seorang ibu mengasuransikan anaknya. Dalam hal ini, sang ibu memiliki hubungan dengan anak tersebut yaitu hubungan darah dan anak tersebut merupakan objek dari asuransi kesehatan tersebut atau dalam hal ini anak tersebut berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan.

c. Kausa yang Halal

Maksud dari kausa yang halal adalah perjanjian pertanggungan tersebut tidak dilarang oleh undang-undang, tidak bertentangan dengan ketertiban umum, dan tidak bertentangan dengan kesusilaan.¹⁷⁰ Contoh dalam asuransi kesehatan yang bertentangan dengan kausa yang halal adalah seseorang yang mengasuransikan dirinya dalam asuransi kesehatan karena profesinya yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan atau kesusilaan karena orang tersebut takut terkena penyakit-penyakit akibat dari profesinya yang melanggar kesusilaan atau peraturan perundang-undangan tersebut.

d. Pemberitahuan (*Notification*): Teori Objektivitas

Pemberitahuan merupakan suatu hal yang teramat penting yang harus dilakukan oleh pihak tertanggung kepada penanggung pada saat akan mengadakan perjanjian pertanggungan. Adanya pemberitahuan melindungi penanggung dari perbuatan

¹⁶⁹ Indonesia, Undang-undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992, TLN No.3467, Pasal 1 butir 2

¹⁷⁰ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta: PT.Intermasa,2005), hal.19

tertanggung yang tidak jujur. Sebaliknya, tertanggung dituntut untuk menyampaikan informasi mengenai objek yang akan diasuransikan dengan benar. Kelemahan teori objektivitas ini adalah seringkali tertanggung tidak mengetahui kelemahan dalam objek yang akan diasuransikan sehingga dapat dijadikan alasan oleh penanggung untuk membatalkan perjanjian pertanggungan setelah terjadi evanemen walaupun tertanggung telah jujur mengenai keadaan dirinya.¹⁷¹ Sebagai contoh dalam asuransi kesehatan pada saat calon tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan, calon tertanggung harus memaparkan mengenai keadaan-keadaan yang berkaitan dengan kesehatan dirinya seperti usia, jenis kelamin, kegiatan, penyakit-penyakit yang pernah diderita oleh calon tertanggung, dll. Dalam hal ini, calon tertanggung harus memaparkan kondisi-kondisi tersebut dengan benar sesuai dengan keadaan dirinya. Dalam hal teori objektivitas ini, pengaturan mengenai hal tersebut diatur dalam Pasal 251 KUHD yang menyatakan:¹⁷²

Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, atau setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun itikad baik ada padanya, yang demikian sifatnya, sehingga, seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggungan.

Dalam asuransi kesehatan, apabila pada saat pengisian surat permohonan asuransi kesehatan yang diisi oleh calon tertanggung dan calon tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan tersebut secara jujur mengenai kondisi-kondisi yang ada pada dirinya dengan itikad baik. Seandainya tertanggung tidak mengetahui apabila dia mengidap penyakit-penyakit tertentu dan pada saat penutupan perjanjian

¹⁷¹ Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.53

¹⁷² Pasal 251 KUHD

pertanggung jawaban penanggung dapat membuktikan tertanggung mengidap suatu penyakit tertentu, maka penanggung berhak membatalkan perjanjian pertanggung jawaban tersebut dengan tertanggung sesuai dengan Pasal 251 KUHD tersebut. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya salah satu prinsip dalam asuransi adalah *utmost good faith*, dimana menurut Pasal 251 KUHD dapat diambil kesimpulan bahwa tertanggung harus jujur kepada penanggung terhadap segala hal yang disampaikannya kepada penanggung baik pada saat mengisi surat permohonan asuransi kesehatan maupun pada saat akan mengajukan klaim. Menurut Pasal 246 KUHD dinyatakan bahwa premi merupakan suatu wujud peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung. Menurut Pasal 281 KUHD dinyatakan bahwa apabila tertanggung telah melaksanakan perjanjian asuransi dengan penanggung dengan itikad baik dan perjanjian pertanggung jawaban tersebut batal demi hukum seperti contohnya pada saat polis diterima dan tertanggung tidak setuju dengan klausula-klausula yang terdapat dalam polis dalam jangka waktu tertentu sejak polis diterbitkan oleh penanggung, maka pada saat tertanggung membatalkan perjanjian asuransi dengan penanggung, penanggung wajib mengembalikan premi kepada pihak tertanggung untuk seluruhnya atau sebagian. Untuk seluruhnya berarti premi yang telah dibayarkan tersebut kepada penanggung dikembalikan seutuhnya tanpa dikurangi biaya-biaya apapun, sedangkan sebagian maksudnya adalah pengembalian premi tersebut dikurangi dengan biaya-biaya seperti administrasi, biaya pembuatan premi, operasional, dll. Sedangkan menurut Pasal 282 KUHD apabila perjanjian pertanggung jawaban tersebut batal karena *fraud* atau adanya itikad tidak baik dari pihak tertanggung dalam mengajukan klaim, maka dalam Pasal 282 KUHD tersebut penanggung tidak wajib mengembalikan premi yang telah dibayarkan oleh tertanggung kepada penanggung. Sehingga apabila tertanggung tidak jujur dalam melaporkan klaim dan diketahui terdapat fakta yang tidak sesuai dengan kondisi-kondisi yang telah dinyatakan dalam polis, maka premi tidak dikembalikan kepada tertanggung karena peralihan risiko tersebut telah berjalan untuk periode tertentu dan premi merupakan suatu hak dari penanggung yang

diterima dari tertanggung atas peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung.¹⁷³ Karena seperti dijelaskan sebelumnya bahwa dalam perjanjian pertanggunganan atau asuransi, itikad baik atau *utmost good faith* menjadi hal utama dalam perjanjian pertanggunganan tersebut yang perlu diperhatikan baik oleh pihak penanggung maupun pihak tertanggung.

3.3. Polis Asuransi Kesehatan:

3.3.1. Jenis Polis Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan memberikan berbagai macam polis untuk calon tertanggung, sehingga dapat membingungkan calon tertanggung, apalagi masing-masing polis itu berbeda-beda satu dengan lainnya. Akan tetapi ada beberapa kategori dasar untuk pengelompokan macam-macam polis asuransi kesehatan tersebut, yaitu:¹⁷⁴

1. Polis terus menerus yang terdiri dari:
 - a. Polis yang tidak dapat dibatalkan
 - b. Polis yang dijamin dapat diperbarui
 - c. Polis yang dapat diperbarui atas pilihan
 - d. Polis yang dapat dibatalkan
2. Polis standar pertanggunganan dapat digolongkan dalam:¹⁷⁵
 - a. Polis industrial

¹⁷³ Wawancara yang disampaikan secara langsung oleh Ibu Manda Purwa Perwita, underwriting casualty di PT.Allianz Utama Indonesia, pada tanggal 23 April 2010, pukul 19.27 WIB di Jalan Banka 10 No.44

¹⁷⁴ Mehr dan Cammack, *Bidang Usaha Asuransi*, sadur. Drs. A. Hasyimi, (Jakarta,1981), hal. 103-106

¹⁷⁵ *Ibid*, hal. 103-106

yaitu polis yang jumlah tanggungannya kecil, baik jumlah dan pembayarannya maupun lamanya pembayaran. Preminya dapat dibayar mingguan yang ditagih di rumah atau di tempat kerja pemegang polis

b. Polis untuk usia tua

disebut juga polis warga senior yaitu untuk orang berusia di atas 60 tahun

c. Polis substandar

polis ini merupakan polis khusus untuk orang yang memiliki cacat fisik atau orang yang terkena penyakit generatif seperti kanker atau penyakit jantung

d. Polis risiko khusus

Polis ini menutup bahaya yang tidak diperoleh dari polis asuransi kesehatan biasa seperti bahaya perang, bahaya kecelakaan pada kelinci percobaan manusia yang digunakan dalam eksperimen ilmiah

3. Polis Terbatas

Polis ini hanya mengganti kerugian jika tertanggung cedera dalam kecelakaan tertentu atau penyakit tertentu yang tercantum dalam polis.

4. Polis Pembayaran¹⁷⁶

Polis ini terdiri dari:

a. Polis ditaksir (valuid)

Tertanggung atau pihak yang berkepentingan menerima sejumlah uang yang dinyatakan dalam polis. Beberapa polis rumah sakit menyediakan jumlah rata-rata perhari untuk jumlah maksimum hari dirawatnya tertanggung di rumah sakit tanpa memandang ongkos yang dibebankan.

¹⁷⁶ Zaenal Abidin, dalam skripsi yang berjudul “Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya”, (Depok,1992), hal.44

b. Polis Penggantian

Penanggung hanya mengganti biaya yang sesungguhnya dikeluarkan oleh tertanggung sampai jumlah maksimum yang tercantum dalam polis. Sebagai contoh dalam Asuransi SM dengan program EKA SEHAT, Asuransi SM hanya mengganti maksimum biaya kamar menginap perhari dan biaya kamar ICU/ICCU maksimal sebesar Plan dari program EKA SEHAT yang dipilih. Apabila tertanggung memilih Plan-A, maka tertanggung akan mendapatkan penggantian biaya kamar menginap perhari maksimum sebesar Rp.100.000 dan biaya kamar ICU/ICCU perhari maksimum sebesar Rp.200.000.¹⁷⁷

c. Polis Pelayanan¹⁷⁸

Pembayaran diberikan kepada rumah sakit dan dokter untuk pelayanan yang diberikannya

5. Polis Kontrak¹⁷⁹

Polis asuransi kesehatan dapat pula digolongkan menurut kontraknya. Polis asuransi kesehatan dapat dibuat sebagai satu polis yang menutup kerugian pendapatan atau biaya perawatan atau keduanya yang disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit.

3.3.2. Isi Polis Asuransi Kesehatan

Polis asuransi kesehatan pada umumnya berisikan:

- a. Deklarasi atau *Declaration* pada intinya memuat pernyataan yang dibuat oleh calon tertanggung mengenai informasi diri tertanggung ataupun kondisi

¹⁷⁷ Tabel Jaminan Polis Eka Sehat mengenai Plan yang disediakan untuk tertanggung

¹⁷⁸ Zaenal Abidin, *op-cit*, (Depok,1992), hal.44

¹⁷⁹ *Ibid*, hal.44

kesehatan tertanggung. Selain informasi mengenai diri tertanggung dan kondisi kesehatan tertanggung, bagian deklarasi ini memuat mengenai segala hal yang berkaitan dengan penutupan perjanjian asuransi kesehatan. Deklarasi pada intinya memuat:¹⁸⁰

1. Identitas, alamat, dan sebagainya
2. Masa pertanggungan
3. Jumlah premi
4. Jenis program yang dipilih oleh tertanggung

Dalam program Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, bagian deklarasi dari polis ini memuat mengenai siapa nama tertanggung, jangka waktu pertanggungan yang umumnya adalah setahun dan dapat diperpanjang, jumlah premi yang dibayarkan yang dapat dilakukan secara tahunan, triwulan, atau bulanan, serta terdapat plan-plan dengan jumlah pertanggungan yang berbeda-beda sesuai dengan plan yang diinginkan oleh tertanggung.¹⁸¹

b. Klausula Pertanggungan.

Dalam klausula pertanggungan ini memuat mengenai risiko apa saja yang ditanggung oleh penanggung. Sebagai contoh adalah dalam asuransi kesehatan terdapat risiko-risiko yang dijamin yang merupakan kewajiban dari penanggung. Dalam program EKA SEHAT yang dikeluarkan oleh Asuransi Jiwa SM, polis asuransi kesehatan milik PT.Cigna dengan program PRO MEDIKA, dan polis Asuransi Kesehatan milik PT.Prudential dengan program *PRUHOSPITAL and SURGICAL* terdapat beberapa risiko yang dijamin oleh pihak asuransi. Risiko-risiko yang dijamin antara lain adalah:

¹⁸⁰ Sri Redjeki Hartono, *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*, (Jakarta:Sinar Grafika,1997), hal.129

¹⁸¹ Polis Asuransi Jiwa SM dengan Program Eka Sehat

1. Segala jenis penyakit yang timbul dalam jangka waktu 30 hari pertama dari tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan ini kecuali yang disebabkan karena kecelakaan¹⁸². Tetapi apabila telah melewati jangka waktu 30 hari sejak tanggal efektif, maka risiko tersebut menjadi dilindungi oleh penanggung. Sedangkan dalam asuransi kesehatan di PT.Cigna segala penyakit seperti demam berdarah, diare, dll yang mengakibatkan tertanggung di rawat inap di rumah sakit pada dasarnya ditanggung, tetapi harus melewati jangka waktu 15 hari sejak mulai berlakunya asuransi kesehatan.
2. Penyakit-penyakit seperti pengerasan sum-sum tulang belakang, asthma, TBC, dll akan ditanggung oleh penanggung setelah melewati jangka waktu 12 bulan pertama dari tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan ini.¹⁸³ Tetapi apabila telah melewati jangka waktu 12 bulan sejak tanggal efektif, maka risiko-risiko tersebut menjadi dilindungi oleh penanggung..
3. Penyakit-penyakit yang telah ada sebelum tertanggung menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan (*pre-existing condition*). Dalam hal ini, penyakit seperti ini juga ditanggung oleh penanggung, hanya saja harus melewati jangka waktu tertentu. Dalam asuransi kesehatan program EKA SEHAT, jangka waktu tersebut adalah 18 bulan sejak tanggal efektif kepesertaan awal tertanggung dalam asuransi kesehatan. Sedangkan dalam program PRO MEDIKA, harus melewati jangka waktu 12 bulan sejak tertanggung diasuransikan di bawah polis.

Jumlah pertanggunganan atas risiko yang diderita oleh tertanggung ini didasarkan pada *plan* yang dipilih oleh tertanggung pada saat akan menutup perjanjian asuransi

¹⁸² Pasal 17 ayat 1a, Polis Asuransi Jiwa SM dengan Program Eka Sehat mengenai Pengecualian dan Pasal 6.4 Polis Asuransi Jiwa Prudential dengan program Pruhospital and surgical

¹⁸³ *Ibid*, Pasal 17 ayat 1b dan Pasal 6.2

kesehatan dengan penanggung.¹⁸⁴ Sebagai contoh dalam tabel Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT:

No.	Jenis Jaminan	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
1	Biaya kamar dan menginap perhari sampai dengan 365 hari	100.000	150.000	200.000	250.000	300.000
2	Biaya kamar ICU/ICCU perhari sampai dengan 60 hari	200.000	300.000	400.000	500.000	600.000
3	Biaya aneka perawatan di rumah sakit	As charged				
4	Biaya operasi	As charged				
5	Biaya kunjungan dokter di rumah sakit, maksimum 1 kunjungan per hari	As charged				

¹⁸⁴ *Ibid*, Pasal 16 mengenai risiko yang dijamin

6	Biaya kunjungan dokter ahli di rumah sakit, maksimum 1 kunjungan perhari	As charged	As charged	As charged	As charged	As charged
7	Biaya pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik 7 hari sebelum perawatan inap di rumah sakit	As charged	As charged	As charged	As charged	As charged
8	Biaya konsultasi lanjutan sampai dengan 30 hari setelah perawatan inap di rumah sakit	As charged	As charged	As charged	As charged	As charged
9	Biaya transportasi dengan mobil ambulance menuju ke rumah sakit (dalam keadaan darurat)	As charged	As charged	As charged	As charged	As charged
Batas Limit Per Kejadian	12.500.000	18.750.000	25.000.000	31.250.000	37.500.000	43.750.000
Batas Maksimum Penggantian Pertahun	50.000.000	75.000.000	100.000.000	125.000.000	150.000.000	175.000.000

Mengenai risiko yang dijamin oleh perusahaan asuransi kesehatan, pada dasarnya segala jenis risiko dijamin oleh pihak penanggung kecuali yang memang benar-benar dikecualikan. Hanya terhadap penyakit-penyakit yang memang pada dasarnya dijamin tersebut harus melewati masa tunggu tertentu untuk mengajukan klaim. Sebagai contoh dalam program Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, penyakit-penyakit seperti demam berdarah, diare, jantung, asthma, dll pada dasarnya dilindungi oleh pihak asuransi, tetapi harus melewati masa tunggu tertentu untuk mengajukan klaim. Selain itu biasanya perusahaan asuransi kesehatan menjamin pula risiko atas kecelakaan yang menyebabkan tertanggung di rawat inap. Sebagai contoh dalam asuransi kesehatan EKA SEHAT, pihak penanggung juga menjamin risiko yang timbul akibat kecelakaan dengan jaminan-jaminan seperti biaya kamar dan menginap, biaya ICU/ICCU, dll seperti yang dijelaskan dalam tabel. Perbedaan dalam hal program asuransi kecelakaan dan program asuransi kesehatan yang menjamin risiko yang timbul akibat kecelakaan adalah dalam program asuransi kecelakaan, penanggung menjamin segala bentuk risiko seperti kehilangan fungsi tubuh, sedangkan dalam asuransi kesehatan yang juga menjamin kecelakaan, tidak menjamin risiko seperti kehilangan fungsi tubuh.¹⁸⁵ Selain itu, perbedaan asuransi kecelakaan dengan asuransi kesehatan yang menjamin risiko kecelakaan adalah dalam program asuransi kecelakaan memberikan santunan kematian atas kecelakaan, sedangkan program asuransi kesehatan yang menjamin risiko kecelakaan tidak memberikan santunan kematian atas kecelakaan.¹⁸⁶

c. Pengecualian-pengecualian

Dalam asuransi kesehatan selalu dimuat pengecualian-pengecualian yang tidak akan ditanggung oleh penanggung apabila terjadi risiko yang diderita oleh tertanggung. Selain risiko-risiko yang dijamin sesuai yang tertuang dalam polis

¹⁸⁵ Pasal 6 ayat 2 Polis Asuransi Jiwa SM Super Protection mengenai Manfaat Asuransi

¹⁸⁶ *Ibid*, Pasal 6 ayat 1 mengenai Manfaat Asuransi

asuransi kesehatan, terdapat pula risiko-risiko yang tidak dijamin dalam asuransi kesehatan. Dari polis dalam program EKA SEHAT milik Asuransi Jiwa SM, polis asuransi kesehatan dengan program PRO MEDIKA milik PT.Asuransi Cigna, dan Polis asuransi kesehatan dengan program *Pruhospital and Surgical* penulis dapat mengambil kesimpulan atas risiko-risiko yang tidak dijamin dalam asuransi kesehatan. Risiko-risiko yang tidak dijamin adalah sebagai berikut:¹⁸⁷

1. Upaya bunuh diri yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri atau setiap percobaan kearah itu.
2. Segala risiko yang ditimbulkan akibat peperangan atau tugas militer
3. Penyakit bawaan atau kelainan sejak lahir
4. AIDS termasuk adanya HIV atau akibat-akibatnya
5. Tertanggung menggunakan obat-obatan terlarang
6. Radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari setiap bahan nuklir
7. Kehamilan, keguguran, dan segala bentuk komplikasinya.
8. Penyakit yang timbul akibat tertanggung mengikuti perlombaan seperti balap motor/mobil, panjat tebing, menyelam, dll
9. Perawatan khusus akibat penambahan atau pengurangan berat badan
10. Operasi plastic selain akibat kecelakaan. Bedah kecantikan oleh sebab apapun
11. Dll

d. Kondisi-kondisi

Dalam polis asuransi kesehatan, terdapat bagian yang berupa kondisi-kondisi tentang apa yang menjadi hak dan kewajiban dari pihak penanggung dan tertanggung. Dari dua polis asuransi kesehatan milik Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, polis milik PT.Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA, serta polis

¹⁸⁷ Pasal 17 Polis Asuransi Jiwa SM dengan Program Eka Sehat mengenai Pengecualian, Pasal 8 Polis Asuransi PT.Asuransi Cigna dengan Program Pro Medika mengenai Pengecualian-pengecualian, dan Pasal 6 Polis Asuransi Jiwa Prudential dengan program Pruhospital and Surgical

milik Asuransi Jiwa Prudential dengan program *Pruhospital and Surgical*, penulis dapat mengambil kesimpulan mengenai kondisi-kondisi yang dimuat dalam polis asuransi kesehatan berdasarkan dua polis tersebut. Kondisi-kondisi tersebut antara lain:

- ³⁵₁₇ Cara pembayaran premi
- ³⁵₁₇ Dasar pertanggungan
- ³⁵₁₇ Penambahan tertanggung
- ³⁵₁₇ Masa pemahaman polis
- ³⁵₁₇ Masa leluasa (*grace period*)
- ³⁵₁₇ Perubahan pemegang polis
- ³⁵₁₇ Peningkatan kelas jaminan
- ³⁵₁₇ Batal dan berakhirnya pertanggungan
- ³⁵₁₇ Periode perawatan inap minimum
- ³⁵₁₇ Perubahan polis
- ³⁵₁₇ Asuransi rangkap
- ³⁵₁₇ Dll

3.4. Klaim dalam Asuransi Kesehatan dan Prosedur Pengajuan Klaim

3.4.1. Klaim dalam Asuransi Kesehatan

Dalam asuransi kesehatan yang ada di Indonesia prosedur pengajuan klaim berbeda dibandingkan dengan asuransi kerugian. Dalam asuransi kerugian contohnya dalam asuransi kendaraan bermotor, tertanggung mengajukan klaim kepada pihak penanggung dan penanggung akan membayar biaya klaim tersebut kepada bengkel yang ditunjuk. Tetapi dalam asuransi kesehatan, proses pengajuan klaim tersebut berbeda. Dalam asuransi kesehatan, tertanggung diwajibkan terlebih dahulu membayar segala biaya atas risiko-risiko yang ia derita kepada pihak rumah sakit. Lalu setelah tertanggung membayar segala biaya tersebut, barulah tertanggung mengajukan *reimburse* kepada pihak asuransi kesehatan untuk proses pengajuan

klaimnya.¹⁸⁸ Dalam asuransi kesehatan terdapat perbedaan-perbedaan terhadap pengajuan klaim atas risiko yang terjadi pada tertanggung. Seperti halnya dalam PT.Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA, dalam asuransi kesehatan tersebut mencantumkan masa tunggu terhadap segala penyakit seperti diare, demam berdarah, dll, yang harus melewati jangka waktu 15 hari sejak tanggal berlakunya asuransi kecuali karena kecelakaan yang langsung di *cover* pada saat tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan. Sedangkan terhadap penyakit-penyakit yang telah ada sebelumnya diberikan suatu masa tunggu untuk mengajukan klaim kepada penanggung setelah melewati masa 12 bulan sejak tanggal efektif polis tersebut.¹⁸⁹ Sedangkan dalam Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT menetapkan syarat untuk mengajukan klaim atas penyakit yang timbul dalam diri tertanggung. Dalam Asuransi Jiwa SM tersebut, tertanggung baru dapat mengajukan klaim atas segala penyakit yang timbul dalam 30 hari pertama sejak tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan ini, kecuali karena kecelakaan asalkan premi telah dibayar oleh tertanggung.¹⁹⁰ Dalam hal ini, misalnya tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan tersebut dan masa perlindungan dimulai pada tanggal 20 Desember 2009 dan pada tanggal 21 Desember tertanggung menderita demam berdarah sehingga mengakibatkan dirawat di rumah sakit dan akan mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi kesehatan, maka apabila melihat pada polis Asuransi Jiwa SM tersebut, risiko atas penyakit tersebut belum dapat diklaim kepada penanggung karena belum melewati masa 30 hari pertama sejak tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan tersebut.

¹⁸⁸ Wawancara yang disampaikan secara langsung oleh Ibu Triwati Sri Soedjarworini, Agency Manager dari Asuransi SM, yang dilakukan pada tanggal 1 Maret 2010, pukul 12.30 di Apartemen Green View, Tower C, Lantai 1

¹⁸⁹ Pasal 9 Polis Asuransi PT.Cigna dengan program PRO MEDIKA mengenai kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya

¹⁹⁰ Pasal 17 ayat 1 butir A Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai pengecualian

Sedangkan terhadap penyakit-penyakit yang bersifat generatif seperti asthma, TBC, jantung, dll yang timbul setelah tertanggung menjadi nasabah Asuransi Jiwa SM baru akan dijamin oleh penanggung setelah melewati jangka waktu 12 bulan pertama sejak tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan tersebut.¹⁹¹ Sebagai contoh, apabila tertanggung telah disetujui menjadi nasabah asuransi kesehatan pada tanggal 20 Desember 2009 dan menderita penyakit jantung pada tanggal 21 Desember, maka tertanggung belum dapat melakukan klaim kepada penanggung atas penyakit jantung tersebut, sehingga penyakit jantung tersebut baru dapat diklaim kepada penanggung apabila tertanggung menderita penyakit jantung tersebut minimal pada tanggal 20 Desember 2010. Lalu dalam polis asuransi kesehatan EKA SEHAT juga dinyatakan bahwa apabila tertanggung menderita penyakit kronis yang telah diderita oleh tertanggung sebelum menjadi tertanggung asuransi EKA SEHAT, maka pihak asuransi SM akan menanggung setelah melewati jangka waktu 18 bulan pertama dari tanggal efektif kepesertaan awal asuransi kesehatan tersebut asalkan selama 18 bulan tersebut tertanggung tidak pernah berkonsultasi, meminta saran dokter dan tidak menerima perawatan maupun pengobatan yang berkaitan dengan penyakit tersebut.¹⁹² Tetapi apabila terjadi suatu risiko cedera karena kecelakaan, maka tertanggung dapat langsung mengajukan klaim kepada penanggung tanpa harus melewati masa tunggu tertentu untuk pengajuan klaim nya.

3.4.2. Prosedur Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan

Pengajuan klaim merupakan suatu hak yang dimiliki oleh tertanggung atas risiko yang dijamin oleh penanggung. Klaim tentu berkaitan erat dengan risiko yang dialami oleh tertanggung selama dalam perlindungan asuransi yang diadakan oleh pihak penanggung. Dijelaskan dalam Pasal 8 butir L Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 dinyatakan bahwa polis harus memuat syarat dan tata cara

¹⁹¹ *Ibid*, Pasal 17 ayat 1 butir B

¹⁹² *Ibid*, Pasal 17 ayat 1 butir C

pengajuan klaim, termasuk bukti pendukung yang diperlukan untuk mengajukan klaim.¹⁹³ Keberadaan dokumen-dokumen pendukung untuk mengajukan klaim dibutuhkan oleh penanggung untuk mengetahui secara terperinci risiko yang dialami oleh tertanggung dan klaim yang diajukan oleh tertanggung atas risiko yang diderita benar-benar dialami oleh tertanggung. Dari tiga polis yang penulis dapatkan yaitu polis asuransi kesehatan EKA SEHAT, polis asuransi kesehatan PRO MEDIKA, serta polis asuransi kesehatan dengan program *Prumedical and Surgical* mengenai prosedur pengajuan klaim asuransi kesehatan penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa untuk mengajukan klaim asuransi kesehatan terdapat beberapa hal yang dibutuhkan antara lain:¹⁹⁴

- a. Polis Asuransi Kesehatan
- b. Formulir klaim asuransi yang diisi dan ditandatangani oleh pemegang polis atau tertanggung dan dokter yang merawat serta dokter bedah (bila ada pembedahan)
- c. Kwitansi asli dari rumah sakit
- d. Perincian biaya perawatan di rumah sakit
- e. Bukti diri pemegang polis seperti Kartu Tanda Pengenal
- f. Tembusan-tembusan hasil test diagnostik dan ringkasan catatan medik dari dokter yang memeriksa atau merawat tertanggung dimulai dari perawatan inap atau operasi di rumah sakit
- g. Dokumen-dokumen lain yang dibutuhkan oleh pihak penanggung

Dalam hal terjadi suatu risiko yang dipertanggungkan, maka tertanggung dalam jangka waktu tertentu harus segera mengajukan pemberitahuan secara tertulis

¹⁹³ Pasal 8 butir L Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi

¹⁹⁴ Pasal 22 Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, Pasal 12 Polis Asuransi PT.Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA, dan Pasal 9 Polis Asuransi Jiwa Prudential dengan program Prumedical and Surgical

kepada pihak penanggung. Sebagai contoh dalam asuransi kesehatan milik PT.CIGNA, pihak tertanggung harus segera memberitahukan kepada pihak penanggung apabila terjadi suatu risiko yang dipertanggungkan dalam jangka waktu 30 hari kalender sejak terjadinya risiko yang dipertanggungkan tersebut. Sedangkan dalam asuransi kesehatan milik SM, pemberitahuan tersebut harus diberitahukan kepada pihak penanggung dalam jangka waktu maksimal 20 hari sejak perawatan inap atau operasi di rumah sakit.¹⁹⁵ Lalu mengenai dokumen-dokumen yang perlu dilampirkan pada saat polis tersebut belum terbit, pihak penanggung juga memberikan tenggang waktu bagi tertanggung untuk menyampaikan dokumen-dokumen tersebut secara lengkap kepada penanggung agar klaim dari tertanggung dapat segera diproses. Seperti dalam polis asuransi kesehatan milik PT.CIGNA dinyatakan bahwa dokumen-dokumen seperti yang telah dijelaskan di atas harus disampaikan kepada pihak penanggung paling lama 30 hari kalender setelah tertanggung atau pihak yang mengajukan klaim menerima formulir-formulir pengajuan bukti klaim tersebut. Sedangkan dalam polis asuransi kesehatan milik SM, dokumen-dokumen tersebut harus disampaikan kepada pihak penanggung paling lambat 90 hari sejak tertanggung keluar dari menjalani rawat inap di rumah sakit.¹⁹⁶ Apabila dokumen-dokumen tersebut baru disampaikan oleh tertanggung melewati jangka waktu yang ditetapkan tersebut, maka penanggung memiliki hak untuk menolak klaim tertanggung.

Dalam hal proses penyelesaian klaim asuransi, menurut Pasal 23 ayat (1) PP No.73 Tahun 1992 dinyatakan bahwa:¹⁹⁷

Perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim, atau tidak

¹⁹⁵ *Ibid*, Pasal 22 ayat 2 dan Pasal 12 ayat 1

¹⁹⁶ *Ibid*

¹⁹⁷ Indonesia, Peraturan Pemerintah No.73 Tahun 1992 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, LN No.120 Tahun 1992, TLN No.3506, Pasal 23 ayat (1)

melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan yang dapat mengakibatkan kelambatan penyelesaian atau pembayaran klaim.

Tetapi dalam Pasal 23 ayat (1) PP No.73 Tahun 1992 tersebut tidak dijelaskan jangka waktu maksimal proses penyelesaian atau pembayaran klaim yang harus dilakukan oleh penanggung terhadap tertanggung, sehingga dalam hal ini menimbulkan interpretasi yang berbeda-beda bagi perusahaan asuransi terutama asuransi kesehatan dalam penyelesaian klaim kepada tertanggung. Dalam asuransi kesehatan, apabila seluruh dokumen-dokumen tersebut telah terpenuhi dan diterima oleh penanggung, maka apabila tidak diperlukan suatu pemeriksaan atau investigasi atas risiko yang terjadi, maka penanggung akan melakukan pembayaran klaim kepada tertanggung selambat-lambatnya dalam jangka waktu tertentu. Dalam polis asuransi kesehatan milik PT.Asuransi Cigna, dijelaskan bahwa apabila seluruh dokumen-dokumen telah diterima oleh penanggung dan tidak membutuhkan pemeriksaan atau investigasi atas risiko yang diderita tertanggung, maka klaim akan dibayarkan kepada tertanggung selambat-lambatnya dalam jangka waktu 14 hari kerja setelah pihak penanggung menerima seluruh dokumen yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim. Tetapi apabila dibutuhkan suatu pemeriksaan atau investigasi lebih lanjut atas klaim yang diajukan oleh tertanggung, maka jangka waktu 14 hari tersebut dapat disimpangi.¹⁹⁸ Sedangkan dalam polis asuransi kesehatan milik Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT tidak menjelaskan mengenai pembayaran klaim kepada tertanggung, tetapi dalam Surat Keputusan No.040/AJS-SK/IV/2009 tentang Program Asuransi Kesehatan Individu Eka Sehat dinyatakan bahwa proses penyelesaian klaim yang diajukan kepada penanggung akan diselesaikan selambat-lambatnya dalam jangka waktu 14 hari kerja sejak dokumen diterima oleh

¹⁹⁸ Pasal 12 ayat 2 butir A dan butir B polis asuransi PT.Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA

penanggung secara lengkap.¹⁹⁹ Hal ini berlaku untuk kasus yang *clean case*, sedangkan apabila terjadi hal-hal yang perlu dilakukan pemeriksaan ulang atau investigasi, maka proses penyelesaian klaim dapat melewati jangka waktu 14 hari tersebut.

3.5. Penyelesaian Sengketa Klaim Asuransi Kesehatan

Dalam suatu perjanjian pertanggungan atau asuransi terutama asuransi kesehatan, sengketa mungkin saja terjadi antara penanggung dan tertanggung. Sengketa dapat terjadi bisa saja apabila tertanggung merasa hak-haknya seperti klaim yang tidak dibayarkan oleh penanggung atau bisa saja sengketa tersebut terjadi karena tertanggung mengajukan klaim yang tidak benar. Dalam hal ini, menurut Pasal 8 butir M Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 dinyatakan bahwa polis asuransi harus memuat mengenai pemilihan tempat penyelesaian perselisihan.²⁰⁰ Dari dua polis yang penulis dapatkan, apabila terjadi perselisihan antara penanggung dan tertanggung mengenai masalah-masalah yang diakibatkan oleh hal-hal yang terkait dengan polis tersebut, maka perselisihan atau perbedaan pendapat tersebut pertama-tama akan diselesaikan melalui musyawarah antara penanggung dan tertanggung. Dalam Pasal 25 ayat (1) Polis Asuransi Jiwa SM dengan Program EKA SEHAT, dinyatakan bahwa apabila terjadi sengketa antara penanggung dan tertanggung terkait pelaksanaan polis, maka pertama-tama akan diselesaikan secara musyawarah untuk mencapai mufakat.²⁰¹ Sedangkan dalam Pasal 13 ayat 8 Polis asuransi PT.Asuransi Cigna dinyatakan bahwa apabila terjadi perselisihan atau perbedaan pendapat antara perusahaan dengan tertanggung mengenai masalah yang timbul sehubungan dengan

¹⁹⁹ Keputusan No.040/AJS-SK/IV/2009 tentang Program Asuransi Kesehatan Individu Eka Sehat

²⁰⁰ Pasal 8 butir M Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi

²⁰¹ Pasal 25 ayat (1) Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai Perselisihan dan Domisili Hukum

polis ini, baik yang timbul sebelum ataupun setelah pengakhiran polis ini, perselisihan atau perbedaan pendapat tersebut akan diusahakan untuk diselesaikan secara musyawarah antara para pihak.²⁰² Tetapi apabila setelah diadakan musyawarah ternyata para pihak masih bersengketa, maka dalam asuransi kesehatan terdapat beberapa pilihan untuk menyelesaikan sengketa tersebut. Dalam polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT dinyatakan bahwa apabila penyelesaian sengketa antara penanggung dan tertanggung berkaitan dengan pelaksanaan polis tersebut tidak dapat diselesaikan melalui musyawarah mufakat, maka perselisihan tersebut diselesaikan melalui pengadilan negeri sesuai dengan domisili kantor pihak penanggung yang terdekat dengan domisili pemegang polis atau sesuai dengan domisili pemegang polis.²⁰³ Lain halnya dengan penyelesaian sengketa dalam program PRO MEDIKA milik PT.Asuransi Cigna, dalam polis tersebut dinyatakan bahwa apabila perselisihan antara penanggung dan tertanggung tidak dapat diselesaikan melalui musyawarah dalam jangka waktu 60 hari kalender sejak perundingan dimulai, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui pengadilan atau diserahkan kepada badan arbitrase dalam hal ini BANI, dan hal ini diserahkan kepada pilihan tertanggung.²⁰⁴ Sehingga dalam hal ini penulis dapat menyimpulkan bahwa apabila terjadi perselisihan antara penanggung dan tertanggung mengenai pelaksanaan polis, maka cara penyelesaian sengketa yang utama dilakukan adalah musyawarah untuk mencapai mufakat terlebih dahulu. Apabila musyawarah atas perselisihan antara penanggung dan tertanggung tidak mencapai suatu kemufakatan, maka perselisihan tersebut diselesaikan melalui pengadilan negeri atau melalui badan arbitrase dalam hal ini adalah BANI.

²⁰² Pasal 13 ayat 8 polis asuransi PT.Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA mengenai Ketentuan-ketentuan Umum Polis Lainnya

²⁰³ *Op-cit*, Pasal 25 ayat (2)

²⁰⁴ *Op-cit*, Pasal 13 ayat (8)

3.6. Proses Penutupan Asuransi Kesehatan

3.6.1. Proses Penutupan Asuransi Kesehatan secara Langsung

Penutupan dalam asuransi kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting. Apabila penutupan ini tidak dilakukan, maka pertanggung jawaban tersebut menjadi tidak berjalan dan tidak ada perjanjian asuransi antara penanggung dan tertanggung. Proses penutupan asuransi kesehatan secara langsung dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

a. Pemegang Polis yang Berkedudukan Sebagai Tertanggung

Dalam hal pemegang polis adalah pihak yang berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan, maka proses penutupan pertama-tama dilakukan dengan cara pihak penanggung yang diwakili oleh agen asuransi kesehatan mempromosikan produk dari asuransi kesehatan yang terdapat dalam perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Pada saat calon tertanggung yang berkedudukan sebagai calon pemegang polis setuju dengan presentasi produk yang dilakukan oleh agen asuransi kesehatan tersebut, maka calon tertanggung atau pemegang polis mengisi surat permohonan asuransi kesehatan. Dalam surat permohonan asuransi kesehatan tersebut berisi mengenai data calon pemegang polis yang berisi identitas pemegang polis seperti nama, nama ibu kandung No.KTP, tempat dan tanggal lahir. Selain data calon pemegang polis yang wajib diisi dalam surat permohonan asuransi kesehatan, calon pemegang polis yang berkedudukan juga sebagai calon tertanggung juga wajib mengisi jenis program asuransi yang diinginkan. Misalnya calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung memilih program asuransi kesehatan dengan *Plan-C*, maka nanti dalam kolom data usulan asuransi, calon tertanggung atau calon pemegang polis wajib mengisi plan yang diinginkan, besarnya premi dalam plan tersebut dan cara pembayaran. Selain itu setelah calon pemegang polis yang juga berkedudukan sebagai calon tertanggung mengisi identitas dan data usulan asuransi, maka calon pemegang polis atau calon tertanggung mengisi data

kesehatan tertanggung berupa fakta material kesehatan calon tertanggung atau calon pemegang polis. Kolom data kesehatan calon tertanggung berisikan mengenai segala hal yang berkaitan dengan kesehatan diri calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung. Selain itu calon tertanggung atau calon pemegang polis juga wajib mengisi kegiatan sehari-hari dan kebiasaan yang dilakukan oleh calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung seperti apakah calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung merokok atau tidak, apakah memiliki kebiasaan meminum minuman beralkohol atau tidak, dll. Lalu setelah kolom tersebut diisi, maka calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung mengisi kolom persetujuan dengan membubuhkan tanda tangan sebagai tanda persetujuan untuk membeli produk asuransi kesehatan yang ditawarkan dan ingin risiko atas kesehatannya tersebut dialihkan kepada pihak penanggung. Dan calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung menipkan pembayaran premi melalui agen asuransi kesehatan tersebut, namun umumnya yang terjadi di asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, calon tertanggung melakukan pembayaran premi dengan cara mentransfer atau menyetor pembayaran premi tersebut ke rekening perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.²⁰⁵

Setelah calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung mengisi seluruh kolom yang terdapat dalam surat permohonan asuransi kesehatan yang berisi fakta material dari calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung, setelah itu agen asuransi kesehatan akan *submit* surat permohonan asuransi kesehatan tersebut kepada perusahaan untuk dilakukan *underwriting*

²⁰⁵ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

process untuk menentukan apakah calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung tersebut dapat menjadi tertanggung atau nasabah dalam perusahaan asuransi kesehatan tersebut atau tidak. Apabila setelah *underwriting process* calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung telah dinyatakan *clean* dan disetujui dan telah membayar premi, maka calon pemegang polis yang berkedudukan sebagai calon tertanggung tersebut telah resmi menjadi pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Atau dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD tahapan ini disebut dengan telah terjadinya penutupan dan perjanjian asuransi telah lahir pada tahapan ini. Dalam asuransi kesehatan pembayaran premi yang bersifat mengikat dan sesungguhnya menurut perjanjian asuransi adalah pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan. Pada saat premi telah disetor ke kas perusahaan asuransi kesehatan, pemegang polis akan memperoleh bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi oleh agen sebagai bukti bahwa tertanggung sudah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan dan perjanjian asuransi kesehatan sudah lahir dan berjalan sejak saat itu atau pembayaran premi dapat dilakukan dengan cara mentransfer atau menyetor secara langsung ke rekening perusahaan asuransi kesehatan tanpa menitipkan pembayaran premi kepada agen asuransi kesehatan yang bersangkutan.²⁰⁶ Tetapi apabila ternyata penanggung membutuhkan dokumen-dokumen pendukung sebagai dasar bagi penanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung seperti dokumen hasil *medical check up*, maka hal tersebut belum terjadi kesepakatan. Kesepakatan baru terjadi pada saat tertanggung telah dinyatakan secara resmi menjadi tertanggung atau nasabah dalam asuransi kesehatan dan pertanggunganan berjalan apabila tertanggung telah membayar premi. Dalam hal ini, apabila tertanggung telah dinyatakan secara resmi menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan, maka secara normatif

²⁰⁶ *Ibid*

kesepakatan dalam asuransi kesehatan telah terjadi dan perjanjian asuransi telah lahir atau menurut Pasal 257 ayat (1) KUHD dinyatakan dengan penutupan. Menurut Pasal 257 ayat (2) KUHD, pada saat kesepakatan dalam perjanjian asuransi telah lahir, maka pihak penanggung memiliki kewajiban untuk segera menerbitkan polis dan menyerahkan kepada tertanggung.²⁰⁷ Pada prakteknya, tahapan setelah disetujuinya pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan tersebut, maka pihak penanggung memiliki kewajiban untuk segera menerbitkan polis asuransi kesehatan dan menyerahkannya kepada tertanggung agar tertanggung mengetahui *terms and conditions* dalam asuransi kesehatan tersebut. Menurut Pasal 259 ayat (1) KUHD, apabila penutupan dilakukan secara langsung antara penanggung dan tertanggung tanpa menggunakan perantara/makelar, maka polis tersebut harus terbit dalam jangka waktu 24 jam setelah diminta ditandatangani kecuali apabila ditetapkan waktu yang lebih lama menurut ketentuan undang-undang.²⁰⁸ Dalam praktek asuransi kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan menerapkan jangka waktu penerbitan polis adalah maksimal 14 hari sejak surat permohonan asuransi kesehatan ditandatangani oleh calon tertanggung, tetapi pada kenyataannya, polis akan diterbitkan dalam jangka waktu 7 hari sampai 14 hari kerja sejak calon tertanggung disetujui menjadi tertanggung karena harus menunggu kelengkapan dokumen-dokumen lain apabila diperlukan dan calon tertanggung benar-benar dinyatakan resmi sebagai tertanggung. Setelah polis tersebut diterbitkan dan diserahkan kepada pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung, maka penanggung memberikan waktu tertentu, misalnya dalam asuransi kesehatan dengan program EKA SEHAT memberi waktu pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung untuk mempelajari isi polis dalam jangka waktu 21 hari setelah polis diterbitkan. Apabila polis tersebut dalam jangka waktu

²⁰⁷ Pasal 257 ayat (2) KUHD

²⁰⁸ Pasal 259 KUHD

21 hari tidak dikembalikan oleh pemegang polis yang berkedudukan sebagai tertanggung, maka asuransi kesehatan tersebut berjalan.

b. Pemegang Polis Tidak Berkedudukan Sebagai Tertanggung

Dalam hal pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan, maka proses penutupan asuransi kesehatan tersebut pada dasarnya tidak jauh berbeda dengan proses penutupan asuransi kesehatan dimana pemegang polis berkedudukan sebagai tertanggung. Dalam hal pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan, maka pemegang polis adalah pihak yang memiliki kewajiban membayar premi.²⁰⁹ Sedangkan dalam hal pemegang polis yang juga berkedudukan sebagai tertanggung, selain ia memiliki kewajiban membayar premi, ia juga berkedudukan sebagai tertanggung yang risiko atas kesehatannya dijamin oleh perusahaan asuransi kesehatan dan memperoleh manfaat dari asuransi kesehatan tersebut. Sedangkan apabila pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung, maka pemegang polis ini yang memiliki kewajiban membayar premi, sedangkan manfaat dari asuransi kesehatan tersebut tidak ia peroleh, melainkan diberikan kepada pihak yang dipertanggungjawabkan dalam asuransi kesehatan. Dalam hal ini, antara pemegang polis dan tertanggung harus memiliki *insurable interest*. Sebagai contoh adalah seorang ibu yang mengasuransikan anaknya dalam asuransi kesehatan. Dalam hal ini ibu tersebut memiliki *insurable interest* atas anak tersebut yaitu hubungan darah ibu dan anak. Dalam hal ini, *insurable interest* dijelaskan dalam Pasal 250 KUHD dan Pasal 264 KUHD. Dalam hal ini Ibu tersebut berkedudukan sebagai pemegang polis yang memiliki kewajiban membayar premi kepada penanggung, sedangkan anak dari ibu tersebut merupakan pihak yang dipertanggungjawabkan dan memperoleh manfaat dalam asuransi kesehatan tersebut.

²⁰⁹ *Ibid*

Proses penutupan asuransi kesehatan dimana pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung dapat dilakukan dengan dua cara. Tentunya dalam hal ini memperhatikan Pasal 1320 KUHPER mengenai salah satu syarat mengadakan perjanjian yaitu kecakapan, dimana menurut Pasal 1330 KUHPER orang-orang yang belum dewasa belum dapat mengadakan perjanjian.²¹⁰ Proses penutupan asuransi kesehatan dapat dilakukan apabila tertanggung telah memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP), maka tertanggung yang mengisi surat permohonan asuransi kesehatan tersebut. Tetapi apabila tertanggung belum memiliki KTP, maka pemegang polis yang mengisi surat permohonan asuransi kesehatan atas nama calon tertanggung tersebut. Dan untuk proses penutupannya sama dengan proses penutupan dalam asuransi kesehatan dimana pemegang polis berkedudukan sebagai tertanggung.²¹¹

Proses penutupan asuransi kesehatan dimana pemegang polis tidak berkedudukan sebagai tertanggung diawali dengan pengisian surat permohonan asuransi kesehatan yang berisikan identitas calon pemegang polis. Sebagai ilustrasi adalah seorang ibu yang akan mengasuransikan anaknya yang masih dibawah umur dalam asuransi kesehatan. Dalam hal ini sang ibu yang berkedudukan sebagai pemegang polis mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dimulai dengan data calon pemegang polis yaitu identitas dari ibu tersebut. Lalu setelah itu, ibu tersebut mengisi data calon tertanggung utama yaitu sang anak yang akan diasuransikan dalam asuransi kesehatan. Lalu sang ibu mengisi data usulan asuransi berisikan *Plan* yang akan diambil, jumlah pembayaran premi dan cara pembayaran premi. Setelah itu, sang ibu yang berkedudukan sebagai pemegang polis mengisi data kesehatan calon tertanggung

²¹⁰ Pasal 1320 dan Pasal 1330 KUHPER

²¹¹ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

yaitu data-data kesehatan anak yang berkedudukan sebagai calon tertanggung seperti keadaan kesehatan anak yang berkedudukan sebagai calon tertanggung, kegiatan dan kebiasaan sehari-hari dari anak yang berkedudukan sebagai calon tertanggung tersebut dan terakhir adalah sang ibu yang berkedudukan sebagai pemegang polis menandatangani surat permohonan asuransi kesehatan tersebut sebagai tanda persetujuan ingin anaknya diasuransikan dalam program asuransi kesehatan yang disediakan oleh penanggung tersebut, selain itu apabila anak tersebut telah memiliki KTP, maka anak tersebut juga harus menandatangani surat permohonan asuransi kesehatan tersebut. Dan dalam asuransi kesehatan pembayaran premi pertama kali dilakukan dengan cara menitipkan pembayaran premi tersebut kepada agen asuransi kesehatan tersebut atau dengan cara transfer atau menyetor ke rekening perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.²¹²

Setelah surat permohonan asuransi kesehatan tersebut diisi secara jujur oleh calon pemegang polis yang tidak berkedudukan sebagai calon tertanggung, maka setelah itu agen asuransi kesehatan akan *submit* surat permohonan asuransi kesehatan tersebut kepada perusahaan untuk dilakukan *underwriting process* untuk menentukan apakah tertanggung tersebut dapat menjadi tertanggung atau nasabah dalam perusahaan asuransi kesehatan tersebut atau tidak. Apabila setelah *underwriting process* tertanggung telah dinyatakan *clean* dan disetujui dan calon tertanggung telah membayar premi, maka calon tertanggung tersebut telah resmi menjadi tertanggung atau nasabah dalam asuransi kesehatan perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Apabila diaktikan dengan Pasal 257 ayat (1) KUHD tahapan ini disebut dengan penutupan dan asuransi telah lahir pada tahapan ini. Dalam asuransi kesehatan pembayaran premi yang bersifat mengikat dan sesungguhnya menurut perjanjian asuransi adalah pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan. Pada saat premi telah disetor ke kas perusahaan asuransi kesehatan, pemegang polis akan memperoleh bukti

²¹² *Ibid*

transfer atau bukti setor pembayaran premi oleh agen sebagai bukti bahwa tertanggung sudah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan dan perjanjian asuransi kesehatan sudah lahir dan berjalan sejak saat itu, tetapi bisa juga tertanggung mentransfer atau menyetor sejumlah uang untuk pembayaran premi ke rekening penanggung tanpa menitipkan pembayaran premi melalui agen asuransi kesehatan, tetapi umumnya yang terjadi di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT adalah calon tertanggung melakukan transfer atau menyetor pembayaran premi kepada rekening perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.²¹³

Tetapi apabila penanggung membutuhkan dokumen-dokumen lain yang menjadi dasar bagi penanggung agar mau menanggung tertanggung contohnya adalah membutuhkan dokumen *medical check up*, maka pertanggungan belum terjadi sampai penanggung benar-benar setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung tersebut. Dan apabila tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan, maka dalam hal ini secara normatif menurut Pasal 257 ayat (1) KUHD kesepakatan dalam asuransi kesehatan telah terjadi dan pertanggungan telah lahir.²¹⁴

Menurut Pasal 257 ayat (2) KUHD, pada saat telah terjadi kesepakatan dalam asuransi, maka pihak penanggung memiliki kewajiban untuk menerbitkan polis dan menyerahkan kepada tertanggung.²¹⁵ Pada prakteknya, tahapan setelah disetujuinya calon tertanggung menjadi tertanggung atau nasabah dalam asuransi kesehatan tersebut, maka pihak penanggung memiliki kewajiban untuk segera menerbitkan polis asuransi kesehatan dan menyerahkannya kepada tertanggung agar tertanggung mengetahui *terms and conditions* dalam asuransi kesehatan

²¹³ *Ibid*

²¹⁴ Pasal 257 ayat (1) KUHD

²¹⁵ Pasal 257 ayat (2) KUHD

tersebut. Menurut Pasal 259 ayat (1) KUHD, apabila penutupan dilakukan secara langsung antara penanggung dan tertanggung tanpa menggunakan perantara/makelar, maka polis tersebut harus terbit dalam jangka waktu 24 jam setelah diminta ditandatangani kecuali apabila ditetapkan waktu yang lebih lama menurut ketentuan undang-undang.²¹⁶ Jangka waktu antara penandatanganan surat permohonan asuransi kesehatan sampai terbit polis adalah maksimal 14 hari kerja, tetapi dalam prakteknya, polis asuransi kesehatan akan diterbitkan dalam jangka waktu 7 hari sampai 14 hari kerja setelah calon tertanggung disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan apabila seluruh dokumen-dokumen yang dibutuhkan telah diterima dan aplikasi disetujui, karena apabila dokumen-dokumen tambahan yang menjadi dasar bagi penanggung untuk menanggung tertanggung belum dipenuhi, maka penanggung belum mau menanggung calon tertanggung sampai dokumen-dokumen yang dibutuhkan dipenuhi. Setelah polis tersebut diterbitkan dan diserahkan kepada pemegang polis yaitu dalam hal ini adalah ibu dari si tertanggung tersebut, maka penanggung memberikan waktu tertentu, misalnya dalam asuransi kesehatan dengan program EKA SEHAT memberi waktu bagi pemegang polis untuk mempelajari isi polis dalam jangka waktu 21 hari setelah polis diterbitkan. Apabila polis tersebut dalam jangka waktu 21 hari tidak dikembalikan oleh pemegang polis, maka asuransi kesehatan tersebut berjalan.²¹⁷

Tetapi apabila tertanggung utama telah memiliki KTP, maka pengisian surat permohonan asuransi kesehatan tersebut dilakukan langsung oleh tertanggung utama dan pengisian surat permohonan asuransi kesehatan tersebut tidak dilakukan oleh pemegang polis. Sehingga dalam hal ini, pemegang polis identik

²¹⁶ Pasal 259 KUHD

²¹⁷ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

dengan pihak yang melakukan pembayaran premi, sedangkan tertanggung adalah pihak yang memperoleh manfaat dari asuransi kesehatan tersebut.

c. Proses Penutupan Asuransi Kesehatan secara Kumpulan/*Group*

Proses penutupan asuransi kesehatan secara kelompok merupakan suatu hal yang sering dilakukan oleh perusahaan-perusahaan. Dalam hal penutupan asuransi kesehatan secara kelompok dilakukan minimal dengan tertanggung sebanyak 25 anggota. Proses penutupan asuransi kesehatan secara kelompok, dimana pengisian formulir surat permohonan asuransi kesehatan merupakan data dari perusahaan. Dalam hal ini surat permohonan asuransi kesehatan tersebut harus diisi sesuai dengan benefit yang diinginkan oleh perusahaan tersebut.²¹⁸ Sebagai contoh perusahaan dapat memilih program asuransi kesehatan berupa rawat inap, rawat jalan, perawatan gigi, melahirkan, dll. Sedangkan perbedaan dengan asuransi kesehatan secara individu adalah apabila asuransi kesehatan secara individu pada dasarnya hanya ada program rawat inap dan tidak terdapat program rawat jalan. Dalam hal ini apabila perusahaan memilih seluruh program tersebut, maka seluruh benefit dari program tersebut akan didapatkan oleh perusahaan terutama karyawan perusahaan tersebut.

Dalam pengisian surat permohonan asuransi kesehatan secara kelompok, perusahaan berkedudukan sebagai pemegang polis dan karyawan yang berjumlah minimal 25 orang dan juga keluarganya yang berkedudukan sebagai tertanggung. Dalam hal ini apabila terdapat *pre-existing condition* dari karyawan perusahaan tersebut maka wajib disebutkan dalam surat permohonan asuransi kesehatan tersebut bahwa terdapat kondisi-kondisi dari karyawan yang menderita penyakit tertentu. Setelah surat permohonan asuransi kesehatan tersebut diisi, lalu akan diadakan *underwriting process*. *Underwriting process* atas asuransi kesehatan kelompok didasarkan pada latar belakang keadaan kelompok, jenis dan tipe kelompok,

²¹⁸ *Ibid*

stabilitas, jumlah peserta, jenis usaha, usia, dan kelamin.²¹⁹ Hal ini yang akan diperhatikan oleh *underwriter* untuk memutuskan apakah perusahaan tersebut dapat menjadi pemegang polis dengan bertanggung karyawan-karyawan perusahaan tersebut. Setelah *underwriting process* disetujui oleh pihak *underwriter*, maka pihak asuransi kesehatan akan menerbitkan *summary cover* sebagai bukti permulaan tertulis yang diserahkan kepada pihak perusahaan sebagai pemegang polis. Dalam hal ini *summary cover* hanya diberikan apabila penutupan asuransi kesehatan dilakukan secara kelompok, sedangkan apabila proses penutupan asuransi kesehatan secara individu tidak diberikan *summary cover* sebagai pegangan pemegang polis pada saat polis belum diterbitkan oleh penanggung. Sebagai contoh dalam *summary cover* asuransi kesehatan secara kelompok apabila memilih rawat inap, dalam *summary cover* tersebut akan dijelaskan mengenai benefit yang dipilih oleh perusahaan yaitu rawat inap dengan program seperti kamar inap, kamar ICU, konsultasi dokter, dll. Hal ini yang menjadi pegangan pemegang polis yaitu perusahaan apabila polis belum diterbitkan. Karena untuk menerbitkan polis dalam asuransi kesehatan kelompok membutuhkan waktu sekitar 30 hari kerja setelah disetujui oleh pihak asuransi kesehatan.

Setelah polis diterbitkan oleh pihak asuransi kesehatan, maka perusahaan akan mendapatkan polis. Karena dalam hal ini perusahaan berkedudukan sebagai pemegang polis dan karyawan perusahaan tersebut berkedudukan menjadi bertanggung. Lalu polis hanya akan diberikan untuk perusahaan tersebut, sedangkan karyawan menggunakan kartu. Kartu asuransi kesehatan ini nantinya digunakan bagi karyawan apabila dirawat di rumah sakit dan karyawan tersebut tinggal menunjukkan kartu asuransi kesehatannya tersebut kepada pihak rumah sakit rekanan pihak asuransi. Dalam hal ini berbeda halnya dengan asuransi kesehatan individu dimana

²¹⁹ Eddy KA Berutu, Ketua Departemen Pendidikan, Pelatihan, dan Pengembangan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), 2 April 2009, <http://www.mybrilliantagency.com/cetak.php?id=72>, diakses pada tanggal 8 April 2010

tertanggung harus membayar terlebih dahulu biaya rumah sakit atas perawatan inap tertanggung. Dalam asuransi kesehatan kelompok, tertanggung atau karyawan tidak membayar biaya rawat inap terlebih dahulu, tetapi pihak asuransi kesehatan yang langsung membayar biaya rawat inap kepada pihak rumah sakit rekanan asuransi kesehatan sesuai dengan plafon atau plan dari karyawan yang bersangkutan.²²⁰

3.6.2. Proses Penutupan Asuransi Kesehatan Melalui Pialang

Proses penutupan asuransi dapat dilakukan secara langsung seperti yang telah dijelaskan dalam sub bab sebelumnya ataupun menggunakan jasa pialang atau sering juga disebut dengan broker. Menurut Pasal 1 butir 8 UU No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan perusahaan pialang asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penutupan asuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi asuransi dengan bertindak untuk kepentingan tertanggung.²²¹ Sehingga dari pasal tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa perusahaan pialang asuransi bertindak untuk memerantari penutupan antara penanggung dan tertanggung dengan melakukan kegiatannya untuk kepentingan tertanggung. Pialang asuransi bukanlah pihak yang memberikan pertanggungan layaknya perusahaan asuransi, tetapi merupakan penunjang usaha asuransi yang memerantari antara penanggung dan tertanggung dalam menutup perjanjian asuransi dan perusahaan pialang asuransi hanya dapat menyelenggarakan usaha dengan bertindak mewakili tertanggung dalam rangka transaksi yang berkaitan dengan kontrak asuransi.²²²

²²⁰ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

²²¹ Indonesia, Undang-undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992, TLN No.3467, Pasal 1 butir 7

²²² *Ibid*, Pasal 3 butir B angka 1 dan Pasal 5 butir A

Dalam asuransi kesehatan, jasa pialang atau broker asuransi juga diperlukan untuk memerantari penutupan antara penanggung dan tertanggung. Pada umumnya, perusahaan atau *group* yang menggunakan jasa pialang untuk memerantari penutupan tersebut, sedangkan perorangan atau individu sangat jarang menggunakan jasa broker karena biayanya menjadi mahal apabila hanya individu saja, sedangkan apabila penutupan asuransi kesehatan dimana tertanggung adalah perusahaan dan calon tertanggung nya banyak, maka berlaku pula prinsip ekonomi dalam hal ini.²²³

Penggunaan jasa broker disebabkan karena calon tertanggung tidak mengetahui perusahaan asuransi yang mana yang terbaik untuk menanggung kesehatan karyawan dari perusahaan yang akan diasuransikan tersebut. Dalam hal ini jasa broker sangatlah dibutuhkan untuk memberikan saran dan memerantari penutupan asuransi kesehatan tersebut karena brokerlah yang mengetahui perusahaan asuransi mana saja yang terbaik dan bonafit terkait kebutuhan calon tertanggung tersebut.

Dalam hal proses penutupan asuransi kesehatan melalui jasa pialang, pertamanya pialang akan datang ke kantor perusahaan (calon tertanggung) yang membutuhkan jasanya untuk memerantari penutupan asuransi kesehatan dengan perusahaan asuransi kesehatan tertentu. Dalam hal ini pialang akan melakukan diskusi dengan calon tertanggung mengenai hal-hal yang akan diasuransikan. Sebagai contoh apabila akan melakukan penutupan dalam asuransi kesehatan, pialang dan juga calon tertanggung akan berdiskusi mengenai apa saja yang ingin diasuransikan oleh perusahaan tersebut terkait kesehatan karyawannya. Misalnya mengenai kesanggupan membayar premi perusahaan tersebut kepada penanggung, berapa jumlah karyawan yang akan diasuransikan, jaminan perawatan apa saja yang diinginkan, dll.²²⁴

²²³ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Bapak Tokol M. Kartasmita, Vice President Director PT. Proteksindo Insurance Brokers, pada tanggal 23 Maret pukul 14.00 WIB di Grand Wijaya Center Blok G No.1

²²⁴ *Ibid*

Pada saat calon tertanggung telah menyatakan mengenai hal-hal apa saja yang ingin diasuransikan dalam asuransi kesehatan seperti contohnya calon tertanggung ingin mengambil program seperti rawat jalan, rawat inap, dll, maka pialang akan membuat proposal mengenai hal-hal yang ingin diasuransikan tersebut dan proposal ini nantinya akan diserahkan ke perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan yang menurut pialang bonafit dan terbaik dalam menanggung risiko kesehatan tersebut. Tentunya pialang asuransi harus dapat memberikan gambaran yang jelas dan baik mengenai produk-produk yang ditawarkan oleh perusahaan-perusahaan asuransi tersebut kepada calon tertanggung agar dalam pemilihan penanggung, tertanggung dapat memilih penanggung yang sesuai dan terbaik. Dalam hal perusahaan-perusahaan asuransi merespon proposal tersebut, pialang mengeluarkan *quotation slip* yang berisikan program dan jaminan yang diajukan oleh perusahaan asuransi kesehatan tersebut melalui pialang.²²⁵ Pialang asuransi akan memberitahukan kepada calon tertanggung mengenai isi dari *quotation slip* tersebut yang berisikan program dan jaminan yang diajukan oleh perusahaan asuransi kesehatan. Apabila calon tertanggung tidak setuju atas isi dari *quotation slip* tersebut, tertanggung dapat melakukan negosiasi atas isi *quotation slip* tersebut dengan menggunakan perantara pialang. Nantinya pialang yang akan menyampaikan hasil negosiasi atas *quotation slip* tersebut kepada pihak asuransi kesehatan. Lalu dalam hal ini pihak asuransi kesehatan akan merespon kembali *quotation slip* tersebut. Apabila calon tertanggung telah setuju atas isi *quotation slip* tersebut dan telah membayarkan premi, maka penanggung akan melakukan penyeleksian risiko atas calon tertanggung, dan apabila calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan premi telah dibayarkan, maka telah terjadi penutupan menurut hukum asuransi. Hal ini sesuai dengan azas konsensualisme dalam asuransi yang menyatakan bahwa perjanjian pertanggungan telah lahir pada saat dicapainya kesepakatan antara

²²⁵ *Ibid*

penanggung dan bertanggung atau dalam hal ini disebut telah terjadi penutupan.²²⁶ Setelah calon bertanggung setuju atas *quotation slip* tersebut, maka pialang membuat *closing advice* kepada perusahaan asuransi.²²⁷ *Closing advice* ini berisikan persetujuan bertanggung atas isi dari *quotation slip* tersebut yaitu program dan jaminan yang diajukan oleh penanggung tersebut. Pialang memerintahkan perusahaan asuransi kesehatan untuk menerbitkan polis. Dalam hal polis tersebut belum terbit, maka pialang akan meminta kepada perusahaan asuransi kesehatan untuk segera menerbitkan *summary cover* yang berisikan ringkasan polis asuransi kesehatan tersebut sebagai pegangan bagi bertanggung untuk mengetahui jaminan apa saja yang diberikan oleh penanggung atas risiko kesehatan yang disepakati.²²⁸

Menurut Pasal 260 KUHD dinyatakan bahwa apabila penutupan asuransi menggunakan jasa perantara/makelar, maka polis harus diserahkan dalam jangka waktu 8 hari sejak penutupan asuransi tersebut.²²⁹ Dalam hal penutupan asuransi kesehatan melalui jasa pialang, biasanya polis akan diterbitkan dalam jangka waktu minimal 30 hari kerja setelah penutupan asuransi kesehatan.²³⁰ Dalam asuransi kesehatan biasanya polis hanya ada satu buah dan atas nama perusahaan, sedangkan

²²⁶ Pasal 257 ayat (1) KUHD

²²⁷ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Bapak Tokol M. Kartasasmita, Vice President Director PT. Proteksindo Insurance Brokers, pada tanggal 23 Maret pukul 14.00 WIB di Grand Wijaya Center Blok G No.1

²²⁸ Dalam penutupan asuransi kesehatan melalui pialang, pialang dapat meminta kepada perusahaan asuransi kesehatan untuk menerbitkan *summary cover* sebelum polis terbit. Sedangkan apabila penutupan asuransi kesehatan dilakukan secara individu (bukan kelompok) dan tidak melalui jasa pialang/broker, bertanggung tidak dapat meminta perusahaan asuransi kesehatan untuk menerbitkan *summary cover* pada saat polis belum terbit

²²⁹ Pasal 260 KUHD

²³⁰ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Bapak Tokol M. Kartasasmita, Vice President Director PT. Proteksindo Insurance Brokers, pada tanggal 23 Maret pukul 14.00 WIB di Grand Wijaya Center Blok G No.1

karyawan-karyawan akan diberikan semacam kartu kepesertaan asuransi kesehatan.²³¹

Setelah polis tersebut diterbitkan oleh penanggung dan diserahkan kepada pialang, pialang wajib menjelaskan isi polis tersebut kepada tertanggung yaitu perusahaan mengenai isi polis tersebut.²³² Hal ini bertujuan agar tertanggung mengetahui dengan pasti segala ketentuan yang terdapat dalam isi polis tersebut sehingga tertanggung mengetahui hak dan kewajibannya dalam asuransi kesehatan tersebut.



²³¹ *Ibid*

²³² Indonesia, Peraturan Pemerintah No.73 Tahun 1992 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, LN No.120 Tahun 1992, TLN No.3506, Pasal 24 ayat (1)

BAB IV
ANALISIS ATURAN PENERBITAN POLIS TERKAIT KLAIM
ASURANSI KESEHATAN

4.1. Kedudukan Polis dalam Asuransi Kesehatan Menurut Peraturan Perundang-undangan

Asuransi merupakan suatu perjanjian dimana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung untuk mengalihkan risiko yang akan diderita tertanggung, dan atas peralihan risiko tersebut, penanggung berhak memperoleh premi dari tertanggung.²³³ Dari pasal 246 KUHD tersebut, dapat dilihat bahwa pada dasarnya asuransi adalah suatu perjanjian. Dalam perjanjian asuransi dijelaskan dalam Pasal 255 KUHD bahwa suatu pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu tulisan yang disebut polis.²³⁴ Dalam hal ini polis seolah-olah sebagai suatu syarat agar pertanggungan atau asuransi terjadi. Menurut Prof.Subekti, pada dasarnya syarat sahnya perjanjian adalah sepakat, cakap, hal tertentu, dan sebab yang halal.²³⁵ Suatu tulisan bukanlah sebagai suatu syarat sahnya untuk terciptanya suatu perjanjian atau dalam hal perjanjian asuransi, polis bukanlah suatu syarat sah terjadinya perjanjian pertanggungan antara penanggung dan tertanggung.

Pada dasarnya asuransi menganut asas konsensualisme. Asas ini terkait dengan asuransi adalah dimana pada saat para pihak sepakat untuk mengadakan perjanjian asuransi, maka perjanjian asuransi tersebut lahir. Permasalahan yang timbul adalah mengenai kapan kesepakatan tersebut timbul dan menyebabkan perjanjian asuransi lahir. Dalam Pasal 1320 KUHPER tidak dinyatakan secara tegas kapan kesepakatan terjadi. Menurut Prof.Abdulkadir Muhammad,S.H. dinyatakan

²³³ Pasal 246 KUHD

²³⁴ Pasal 255 KUHD

²³⁵ Lihat Pasal 1320 KUHPER mengenai syarat sahnya perjanjian

bahwa kesepakatan adalah kesesuaian kehendak. Secara normatif dinyatakan bahwa kesepakatan terjadi pada saat penanggung setuju untuk menanggung risiko tertanggung dan tertanggung setuju membayar premi. Dalam hal ini kesepakatan yang menyebabkan perjanjian asuransi lahir, pada saat perjanjian asuransi lahir, maka hak dan kewajiban para pihak beralih sejak saat itu. Memang dalam hal ini perjanjian asuransi telah lahir, tetapi belum berjalan. Perjanjian asuransi baru berjalan pada saat tertanggung telah membayar premi kepada penanggung sebagai wujud dari peralihan risiko tersebut. Tetapi dalam praktek dalam asuransi kesehatan perlu ditelusuri lebih lanjut kesepakatan yang mana yang menciptakan atau melahirkan perjanjian asuransi ini.

Dalam asuransi kesehatan, kesepakatan yang menyebabkan terjadinya perjanjian pertanggungan adalah pada saat surat permohonan asuransi kesehatan tersebut dilakukan *underwriting process* dan dinyatakan calon tertanggung disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan tertanggung telah membayar premi. Disinilah kesepakatan dalam asuransi kesehatan yang melahirkan perjanjian pertanggungan. Dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD pada tahapan ini telah terjadi penutupan dan melahirkan perjanjian pertanggungan. Tetapi kesepakatan dalam asuransi kesehatan juga dapat terjadi pada saat polis terbit dan tidak dikembalikan oleh tertanggung. Ini disebut juga sebagai kesepakatan.²³⁶ Menurut penulis, tahap ini memang disebut sebagai kesepakatan, tetapi seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa asuransi menganut asas konsensualisme dimana pada saat para pihak sepakat mengadakan perjanjian asuransi, maka perjanjian asuransi tersebut telah lahir. Dalam tahap ini, memang disebut kesepakatan, tetapi dalam hal ini bukanlah kesepakatan yang terdapat dalam asuransi terutama asuransi kesehatan karena pada saat polis belum terbitpun penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung.

²³⁶ Wawancara yang disampaikan secara langsung oleh Ibu Triwati Sri Soedjarworini, Agency Manager dari Asuransi SM, yang dilakukan pada tanggal 6 Maret 2010, pukul 12.00 di Jl. Balam No. A 56 Ciputat

Pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan tertanggung telah membayar premi kepada penanggung sebagai wujud peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung, maka telah terjadi penutupan dan asuransi telah terjadi. Dalam hal ini penanggung memiliki kewajiban untuk menanggung risiko dari tertanggung. Dalam hal pembayaran premi, pembayaran premi yang sesungguhnya bersifat mengikat adalah pada saat calon tertanggung disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan. Hal ini didasarkan pada Pasal 246 KUHD yang menyatakan bahwa asuransi merupakan suatu perjanjian dimana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung untuk menanggung risiko dan atas peralihan risiko tersebut, penanggung berhak memperoleh premi. Dalam hal ini premi yang mengikat menurut Pasal 246 KUHD adalah pada saat tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan.

Dari penjelasan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa polis bukanlah suatu syarat mutlak untuk terjadinya suatu perjanjian asuransi terutama asuransi kesehatan. Tetapi bukan berarti bahwa polis tidak penting. Polis merupakan bukti tertulis yang menyatakan telah terjadinya perjanjian pertanggungan atau asuransi antara penanggung dengan tertanggung. Sebagai alat bukti tertulis, isi yang tercantum dalam polis harus jelas, tidak boleh mengandung kata-kata atau kalimat-kalimat yang dapat menimbulkan penafsiran yang berbeda atau perbedaan interpretasi sehingga mengakibatkan tertanggung mengalami kesulitan dalam memperoleh haknya terutama hak tertanggung yaitu mengajukan klaim apabila risiko kesehatan tersebut terjadi dan juga dalam polis memuat kewajiban penanggung dan tertanggung.²³⁷ Selain itu, polis juga memuat kesepakatan mengenai syarat-syarat khusus dan janj-

²³⁷ Indonesia, Peraturan Pemerintah Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, PP No.73 Tahun 1992, LN No.120 Tahun 1992, Pasal 19 ayat (1)

janji khusus yang menjadi dasar pemenuhan hak dan kewajiban untuk mencapai tujuan asuransi.²³⁸

Keberadaan polis menjadi suatu hal yang sangat penting. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa perjanjian asuransi lahir setelah tercapainya kesepakatan antara penanggung dan tertanggung. Secara normatif menurut Pasal 246 KUHD, maka pada saat perjanjian asuransi telah lahir, perjanjian tersebut belum berjalan. Agar perjanjian asuransi tersebut berjalan, maka tertanggung harus membayar premi kepada penanggung sebagai wujud dari peralihan risiko tersebut. Dalam praktek asuransi kesehatan, pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan telah membayar premi, maka perjanjian asuransi telah lahir dan berjalan. Dalam praktek, keadaan seperti ini disebut polis aktif. Polis aktif berbeda dengan polis terbit. Polis aktif adalah suatu keadaan dimana tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan telah membayar premi dan juga tertanggung telah masuk ke dalam masa perlindungan asuransi oleh penanggung.²³⁹ Dalam keadaan polis aktif, maka penanggung yaitu perusahaan asuransi kesehatan sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dan apabila polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung dan terjadi suatu risiko yang menimpa tertanggung, maka pihak penanggung sudah memiliki kewajiban untuk menanggung risiko tersebut. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya pertanggung dalam asuransi kesehatan telah terjadi walaupun polis belum diterbitkan.

Kedudukan polis dalam asuransi kesehatan sangat penting untuk membuktikan telah terjadinya pertanggung antara penanggung dan tertanggung dalam perjanjian pertanggung. Dalam praktek yang terjadi contohnya dalam

²³⁸ Abdul Kadir Muhammad, Hukum Asuransi Indonesia, (PT.Citra Aditya Bakti, 2006), hal.59

²³⁹ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

asuransi kesehatan yang diadakan oleh Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, apabila telah terjadi penutupan dimana asuransi telah terjadi dan berjalan pada tahap ini, sebagai bukti tertulis telah terjadinya pertanggung jawaban antara pihak penanggung dan tertanggung hanya terdapat dalam polis.²⁴⁰ Dalam asuransi kesehatan contohnya Asuransi Jiwa SM, tidak terdapat bukti tertulis yang memuat janji dari pihak penanggung kepada tertanggung apabila polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Sehingga dalam hal ini kedudukan polis dalam asuransi kesehatan terutama Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT sangat penting untuk membuktikan adanya pertanggung jawaban antara penanggung dan tertanggung yang memuat janji dari pihak penanggung kepada tertanggung dalam asuransi kesehatan. Oleh karena itu, walaupun secara normatif asuransi telah lahir sejak detik tercapainya kesepakatan antara penanggung dan tertanggung, dalam hal ini untuk membuktikan adanya perjanjian asuransi antara penanggung dan tertanggung tersebut wajib dimuat secara tertulis dalam polis karena apabila polis tidak ada, pembuktian akan adanya asuransi yang terjadi antara penanggung dan tertanggung akan menjadi sulit.

4.2. Tanggungjawab Penanggung dan Tertanggung Pada Saat Polis Belum Terbit

Tanggungjawab merupakan suatu hal yang sangat penting dalam sebuah perjanjian. Tanggungjawab berisikan kewajiban-kewajiban yang harus dilakukan oleh salah satu pihak terhadap pihak lain ataupun juga sebaliknya. Dalam perjanjian asuransi terutama asuransi kesehatan, dimana dalam hal polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung, pada dasarnya para pihak dalam asuransi kesehatan yaitu penanggung dan tertanggung telah memiliki tanggungjawab yang dipikul oleh masing-masing pihak dan bertimbang balik. Dalam asuransi kesehatan terdapat beberapa tahapan-tahapan yang dilalui oleh pihak penanggung dan tertanggung dalam

²⁴⁰ Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 30 Juni 2010 pukul 12.24 WIB

penutupan asuransi kesehatan pada saat polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Dan pada tahapan-tahapan pada saat polis belum terbit tersebut telah melahirkan suatu tanggungjawab bagi penanggung dan tertanggung dalam asuransi kesehatan. Tahapan-tahapan pada saat polis tersebut belum terbit tersebut antara lain:

a. Tahap Pertama:

Tahap pertama dalam mengadakan perjanjian asuransi terutama asuransi kesehatan adalah pada saat pihak penanggung biasanya dalam hal ini adalah agen asuransi kesehatan mempresentasikan atau memaparkan produk asuransi kesehatan kepada calon tertanggung. Apabila memperhatikan ketentuan dalam Pasal 27 ayat (4) UU No.2 Tahun 1992 dinyatakan bahwa agen asuransi kesehatan harus menjelaskan dengan benar dan jelas mengenai produk asuransi dan ketentuan isi polis dengan benar dan jelas, serta hak dan kewajiban tertanggung.²⁴¹ Apabila dikaitkan dengan kondisi yang terjadi dalam asuransi kesehatan, maka apa yang disampaikan oleh agen asuransi kesehatan pada saat mempresentasikan produknya harus disampaikan dengan jelas dan benar, karena hal inilah yang menjadi dasar bagi calon tertanggung untuk mau mengadakan perjanjian pertanggungan terutama asuransi kesehatan dengan penanggung. Pada saat mempresentasikan produknya, agen asuransi kesehatan perlu menjelaskan kepada calon tertanggung mengenai kewajiban tertanggung seperti pembayaran premi, prosedur pembayaran, kewajiban memahami isi polis, dll. Selain menjelaskan mengenai kewajiban, agen asuransi kesehatan juga perlu menjelaskan mengenai hak yang akan diperoleh oleh calon tertanggung seperti apabila memilih program asuransi kesehatan ini dengan *Plan* tertentu, maka manfaat yang akan diperoleh oleh calon tertanggung adalah sebesar nominal atau nilai tertentu, lalu misalnya apabila terjadi risiko akibat kecelakaan maka sudah di *cover* oleh pihak penanggung sejak aplikasi disetujui sedangkan risiko akibat penyakit-penyakit khusus harus melewati masa tunggu tertentu, dll. Lalu ketentuan isi polis

²⁴¹ Indonesia, Peraturan Pemerintah No.73 Tahun 1992 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, LN No.120 Tahun 1992, TLN No.3506, Pasal 27 ayat (4)

juga harus dijelaskan oleh agen asuransi kesehatan dengan jelas dan benar. Karena hal ini bersifat signifikan bagi calon tertanggung dimana polis merupakan bukti tertulis yang memuat janji dari pihak penanggung dan tertanggung. Hal ini juga perlu dijelaskan oleh agen asuransi kesehatan pada saat akan memaparkan produk asuransi kesehatannya karena klausula-klausula dalam polis bersifat signifikan bagi tertanggung dalam memperoleh haknya atas asuransi kesehatan yang ia ikuti. Dalam hal ini menurut Ibu Triwati Sri Soedjarworini dalam asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM, agen harus menjelaskan seluruh produk asuransi kesehatan yang ditawarkan kepada calon tertanggung, dan apabila agen tidak menjelaskan dengan benar isi polis asuransi kesehatan pada saat akan mempresentasikan produk dan ternyata mengakibatkan kerugian bagi tertanggung di kemudian hari dalam memperoleh haknya, perusahaan memiliki aturan dan akan memberikan sanksi berupa surat peringatan kepada agen yang bersangkutan. Apabila agen tidak menjelaskan isi polis pada saat akan mempresentasikan produknya dengan benar dan jelas dan mengakibatkan kerugian materiil terhadap tertanggung dikemudian hari, maka selain surat peringatan, apabila kerugian materiil besar, agen akan dikeluarkan dari perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.²⁴² Tetapi memang dalam prakteknya hal ini kerap diabaikan, dimana sering sekali agen asuransi kesehatan dalam memaparkan produknya hanya menjelaskan mengenai premi, *plan* yang tersedia, serta manfaat yang akan diperoleh dari calon tertanggung apabila memilih *plan* tersebut dan jarang sekali agen asuransi kesehatan menjelaskan dengan jelas dan benar mengenai isi polis asuransi kesehatan tersebut secara lengkap. Apabila apa yang disampaikan oleh agen pada saat akan memaparkan produk asuransi kesehatan tidak sesuai dengan apa yang dimuat di dalam polis asuransi kesehatan dan ternyata membawa akibat yang merugikan bagi tertanggung, maka tertanggung dapat menuntut agen asuransi kesehatan tersebut dengan dasar perbuatan melawan hukum

²⁴² Disadur dari wawancara melalui telephone kepada Ibu Triwati Sri Soedjarworini, Agency Manager, Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 8 April 2010, pukul 13.45 WIB

menurut Pasal 1365 KUHPER yang menyatakan bahwa tiap perbuatan melanggar hukum yang mengakibatkan kerugian kepada orang lain, maka orang yang mengakibatkan kerugian tersebut harus mengganti kerugian tersebut kepada pihak yang dirugikan. Dalam hal ini tentu agen harus mengganti kerugian akibat tidak dijelaskannya isi polis asuransi kesehatan dengan benar dan jelas pada saat mempresentasikan produk asuransi kesehatan kepada calon tertanggung

Setelah seluruh ketentuan-ketentuan tersebut dijelaskan oleh agen asuransi kesehatan, maka apabila calon tertanggung telah setuju atas produk asuransi kesehatan yang disampaikan oleh agen asuransi kesehatan, maka sebagai wujud dari pernyataan kehendak dari tertanggung atas apa yang disampaikan oleh agen yang mewakili penanggung adalah dengan cara calon tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan yang disediakan oleh penanggung. Apabila dikaitkan dengan Pasal 251 KUHD mengenai azas itikad yang teramat baik atau disebut juga *utmost goodfaith* dalam asuransi, maka dalam hal ini telah terjadi suatu kewajiban bagi tertanggung yaitu mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dengan benar sesuai dengan kondisi kesehatan dari calon tertanggung dan seluruh kondisi kesehatan dari calon tertanggung wajib disampaikan kepada penanggung melalui pengisian surat permohonan asuransi kesehatan tersebut.²⁴³ Dalam asuransi kesehatan dijelaskan bahwa apabila tertanggung tidak mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dengan benar dan sesuai dengan kondisi kesehatan dirinya, maka pihak penanggung berhak untuk membatalkan perjanjian asuransi kesehatan dengan tertanggung tersebut dan risiko-risiko yang timbul yang akan diderita oleh tertanggung tidak akan dijamin oleh pihak penanggung serta klaim yang diajukan oleh tertanggung tidak akan dibayarkan oleh pihak penanggung. Surat permohonan asuransi kesehatan yang harus diisi oleh calon tertanggung dengan benar sesuai dengan kondisi kesehatan calon tertanggung beisikan mengenai:²⁴⁴

²⁴³ Pasal 251 KUHD

²⁴⁴ Surat Permohonan Asuransi Kesehatan Asuransi Jiwa SM

1. Calon data pemegang polis
2. Data calon tertanggung utama
3. Data kesehatan calon tertanggung seperti berat badan, tinggi badan, adanya penyakit-penyakit tertentu yang pernah diderita atau sedang diderita oleh calon tertanggung, riwayat penyakit, dll
4. Kegiatan dan kebiasaan pribadi dari calon tertanggung
5. Pernyataan dan persetujuan dari calon tertanggung

Pada asuransi kesehatan, pada saat calon tertanggung telah mengisi surat permohonan asuransi kesehatan tersebut yang berisikan fakta material calon tertanggung, maka calon tertanggung akan diminta melakukan pembayaran premi pertama. Pembayaran premi dapat dilakukan dengan menitipkan pembayaran premi kepada agen atau mentransfer pembayaran premi melalui bank kepada rekening perusahaan asuransi kesehatan.²⁴⁵ Dalam hal penitipan pembayaran premi melalui agen asuransi kesehatan, nantinya agen asuransi kesehatan akan mentransfer atau menyetor pembayaran premi tersebut ke rekening perusahaan asuransi kesehatan dan bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi tersebut akan diserahkan kepada calon tertanggung dalam asuransi kesehatan.²⁴⁶ Tetapi apabila calon tertanggung melakukan transfer langsung atau menyetor pembayaran premi melalui bank kepada rekening perusahaan asuransi kesehatan, maka calon tertanggung secara langsung dapat memperoleh bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi tersebut. Bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi tersebut merupakan bukti pembayaran dan tanda terima yang sah.²⁴⁷ Menurut Ibu Triwati Sri Soedjarworini prakteknya dalam asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT cara

²⁴⁵ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

²⁴⁶ *Ibid*

²⁴⁷ *Ibid*

pembayaran premi dilakukan dengan cara calon tertanggung mentransfer atau menyeter pembayaran premi tersebut ke rekening perusahaan asuransi kesehatan. Pembayaran premi dalam asuransi kesehatan harus dibayarkan oleh calon tertanggung terlebih dahulu karena berlaku sebagai syarat bagi penanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung dalam asuransi kesehatan.²⁴⁸

Dalam tahap ini pada dasarnya calon tertanggung telah memiliki keinginan untuk mengasuransikan risikonya kepada penanggung yaitu perusahaan asuransi kesehatan, tetapi dalam hal ini belum melahirkan kesepakatan dalam asuransi. Hal ini disebabkan karena pihak penanggung belum setuju untuk menanggung risiko dari calon tertanggung dalam asuransi kesehatan tersebut. Pembayaran premi pada tahap ini pun belum dihitung sebagai pembayaran premi yang sesungguhnya karena pihak penanggung belum setuju untuk mengikatkan diri untuk menanggung risiko kesehatan dari calon tertanggung yang bersangkutan. Menurut Pasal 246 KUHD perjanjian pertanggungan adalah perjanjian dimana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung, dan atas peralihan risiko dari tertanggung tersebut, penanggung berhak memperoleh pembayaran premi dari tertanggung.²⁴⁹ Dalam tahapan ini apabila mengajukan klaim pada tahapan ini, maka pihak penanggung akan menolak klaim yang diajukan oleh calon tertanggung tersebut karena dalam tahapan ini belum melahirkan suatu pertanggungan antara penanggung dan tertanggung dalam asuransi kesehatan.

b. Tahap kedua:

Tahap kedua adalah tahap dimana surat permohonan asuransi kesehatan tersebut diserahkan dari agen kepada pihak perusahaan asuransi kesehatan untuk dilakukan *underwriting process*. Dalam hal ini, pihak penanggung melakukan penyeleksian risiko untuk menentukan apakah calon tertanggung tersebut dapat

²⁴⁸ *Ibid*

²⁴⁹ Pasal 246 KUHD

disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan atau tidak dan apakah risiko yang berkaitan dengan kesehatan calon tertanggung tersebut nantinya disetujui untuk dialihkan dari calon tertanggung kepada penanggung dalam asuransi kesehatan. Dalam hal ini apabila pada saat *underwriting process*, kondisi calon tertanggung dinyatakan tidak bermasalah didasarkan pada fakta material dalam surat permohonan asuransi kesehatan yang diisi oleh calon tertanggung, maka pihak penanggung akan menyetujui untuk menanggung risiko dari calon tertanggung tersebut. Asuransi menganut asas konsensualisme dimana pada saat terjadi kesepakatan, maka perjanjian pertanggungan telah lahir.²⁵⁰ Dalam asuransi kesehatan, pada saat penutupan terjadi, maka perjanjian pertanggungan lahir, tapi pertanggungan tersebut baru berjalan apabila tertanggung telah membayar premi kepada penanggung sebagai wujud peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung.²⁵¹ Seperti diketahui bahwa pembayaran premi dalam asuransi kesehatan selalu diminta terlebih dahulu sebelum calon tertanggung disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan. Dalam Pasal 246 KUHD dinyatakan bahwa pertanggungan adalah perjanjian dimana tertanggung mengalihkan risiko kepada penanggung dan sebagai wujud dari peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung tersebut, penanggung berhak memperoleh premi atas peralihan risiko tersebut.²⁵² Sehingga dari Pasal 246 KUHD tersebut pembayaran premi yang mengikat antara penanggung dan tertanggung adalah pada saat penanggung setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung. Pada tahap dimana penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung atau tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan dan premi telah dibayarkan, maka hal ini disebut kesepakatan dalam asuransi dan perjanjian asuransi telah terjadi menurut Pasal 257 ayat (1) KUHD. Pada tahapan ini, secara

²⁵⁰ Djoko Prakoso, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2000), hal.62

²⁵¹ Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung: PT.Citra Aditya Bakti, 2006), hal.103

²⁵² Pasal 246 KUHD

normatif pihak penanggung sudah memiliki tanggungjawab untuk menanggung risiko apabila risiko tersebut diderita oleh tertanggung.

Pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan, maka menurut Pasal 257 ayat (2) KUHD, pihak penanggung memiliki kewajiban untuk menandatangani dan menyerahkan polis kepada tertanggung dalam waktu yang ditentukan.²⁵³ Dalam hal ini pada saat kesepakatan telah terjadi yang mengakibatkan penutupan dan pertanggungan telah terjadi sejak saat itu, pihak penanggung memiliki tanggungjawab untuk menerbitkan polis, menandatangani dan menyerahkan kepada tertanggung. Hal ini bertujuan agar tertanggung mengetahui mengenai syarat dan ketentuan yang terdapat dalam polis asuransi kesehatan tersebut. Dalam asuransi kesehatan contohnya Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, seluruh pernyataan kehendak pihak penanggung untuk menanggung risiko tertanggung secara tertulis hanya terdapat dalam polis. Sehingga dalam hal ini, pihak penanggung memiliki kewajiban untuk menerbitkan dan menyerahkan polis kepada tertanggung agar tertanggung mengetahui klausula-klausula dalam polis tersebut.

Menurut Pasal 259 KUHD dinyatakan bahwa apabila suatu pertanggungan ditutup secara langsung antara penanggung dan tertanggung, maka polis haruslah diserahkan dalam jangka waktu 24 jam setelah tertanggung meminta agar polis tersebut ditandatangani oleh penanggung. Dan dalam Pasal 261 KUHD dinyatakan apabila melewati jangka waktu tersebut, penanggung harus mengganti kerugian yang diderita oleh tertanggung.

Dalam Pasal 259 KUHD terdapat kata ditandatangani. Interpretasi gramatikal dari kata tersebut adalah polis tersebut harus terbit terlebih dahulu barulah polis tersebut ditandatangani oleh penanggung. Menurut Pasal 257 ayat (2) KUHD dinyatakan bahwa ditutupnya perjanjian menerbitkan kewajiban bagi penanggung untuk menandatangani dan menyerahkan polis kepada tertanggung pada waktu yang

²⁵³ Pasal 257 ayat (2) KUHD

ditentukan. Keterkaitan antara Pasal 257 ayat (2) KUHD dan Pasal 259 KUHD adalah agar polis diterbitkan oleh penanggung, maka haruslah terjadi penutupan asuransi terlebih dahulu antara penanggung dan tertanggung. Secara normatif penutupan dalam asuransi terjadi apabila para pihak telah sepakat untuk mengadakan perjanjian asuransi, dimana penanggung setuju menanggung risiko dan tertanggung telah membayar premi, maka perjanjian asuransi lahir dan berjalan. Sehingga dalam Pasal 259 KUHD dan Pasal 261 KUHD dapat dijelaskan bahwa apabila polis ditutup secara langsung antara penanggung dan tertanggung, maka polis tersebut harus diterbitkan dan diserahkan dalam jangka waktu 24 jam setelah penutupan tersebut. Sehingga dalam hal ini apabila polis tidak diterbitkan dan diserahkan dalam jangka waktu 24 jam setelah penutupan kepada tertanggung, risiko yang timbul akibat terlambatnya penyerahan polis tersebut haruslah ditanggung oleh penanggung.

Menurut Ibu Triwati Sri Soedjarworini, pada Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, polis diterbitkan oleh pihak penanggung dalam jangka waktu 14 hari kerja setelah surat permohonan asuransi kesehatan ditandatangani oleh tertanggung, tetapi hal tersebut juga tidak berlaku mutlak, seringkali polis diterbitkan dalam jangka waktu 7-14 hari kerja setelah calon tertanggung disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan.²⁵⁴ Apabila dalam jangka waktu yang diperjanjikan polis belum juga diterbitkan dan diserahkan oleh pihak penanggung dan terjadi risiko yang mengakibatkan tertanggung di rawat inap di rumah sakit karena kelalaian dari pihak penanggung yang belum menerbitkan polis dalam jangka waktu yang diperjanjikan, maka menurut Pasal 261 KUHD penanggung harus memberikan ganti rugi kepada tertanggung akibat kelalaiannya tersebut.

Dalam Pasal 261 KUHD dinyatakan bahwa apabila penanggung lalai menerbitkan polis dan mengakibatkan suatu kerugian bagi tertanggung dalam waktu

²⁵⁴ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

yang diperjanjikan, maka penanggung harus memberikan ganti rugi akibat kelalaian penerbitan polis tersebut. Tetapi dalam Pasal 261 KUHD tidak menyebutkan berapa jumlah ganti rugi yang diberikan dari pihak penanggung kepada tertanggung apabila terjadi suatu risiko apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Dalam asuransi terdapat asas yang dinamakan dengan asas indemnitas. Menurut Emmy Pangaribuan Simanjuntak, yang menjadi dasar prinsip indemnitas dalam perjanjian asuransi adalah asas dalam hukum perdata yaitu larangan memperkaya diri tanpa hak.²⁵⁵ Pengaturan mengenai asas indemnitas dalam asuransi diatur dalam Pasal 253 KUHD dimana suatu pertanggungan hanyalah sah sampai jumlah tersebut.²⁵⁶ Sehingga berdasarkan Pasal 253 KUHD mengenai asas indemnitas tersebut, bentuk pemberian manfaat yang diberikan oleh penanggung dalam hal ini pihak asuransi kesehatan adalah sebesar biaya yang dikeluarkan oleh pihak tertanggung pada saat di rawat inap di rumah sakit.

Dalam asuransi kesehatan, menurut Ibu Triwati Sri Soedjarworini pada praktek yang terjadi dalam asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, pada saat calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan telah membayar premi dan polis terlambat diterbitkan dan diserahkan oleh pihak penanggung dalam jangka waktu 14 hari kerja tersebut, maka risiko seperti cedera yang menyebabkan tertanggung di rawat inap di rumah sakit akan ditanggung oleh pihak asuransi kesehatan, tetapi apabila risiko yang dikecualikan terjadi apabila polis terlambat diterbitkan dan diserahkan oleh pihak penanggung kepada tertanggung, maka tertanggung tidak dapat mengajukan klaim karena risiko yang dikecualikan tersebut bukanlah risiko yang ditanggung oleh pihak

²⁵⁵ Emmy Pangaribuan Simanjuntak, *Hukum Pertanggungan (Pokok-Pokok Pertanggungan, Kerugian, Kebakaran, dan Jiwa)*, cet.5, (Yogyakarta : Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum UGM, 1982) hal.6 Dalam Kometa Helleya, "Penerapan Prinsip Indemnitas Dalam Asuransi Kendaraan Bermotor Pada PT Asuransi Intra Asia (Studi Kasus:Tuntutan Ganti Rugi Rulianti,)" (Skripsi Sarjana Universitas Indonesia), Jakarta 2007, hal 52

²⁵⁶ Pasal 253 KUHD

asuransi kesehatan. Pemberian manfaat dari penanggung kepada tertanggung atas risiko yang tidak dikecualikan apabila seandainya penanggung terlambat menerbitkan dan menyerahkan polis dalam jangka waktu yang disepakati tersebut adalah sebesar biaya yang benar-benar dikeluarkan oleh tertanggung pada saat tertanggung di rawat inap di rumah sakit. Pemberian manfaat juga didasarkan atas kwitansi asli dari rumah sakit beserta perincian biaya yang dikeluarkan.²⁵⁷ Sehingga dalam hal ini, dapat disimpulkan bahwa pemberian manfaat yang diberikan penanggung kepada tertanggung adalah sesuai dengan biaya-biaya yang benar-benar dikeluarkan oleh pihak tertanggung pada saat tertanggung di rawat inap di rumah sakit dan hal ini tentu terkait dengan asas indemnitas dalam asuransi dan tertanggung tidak dapat meminta kepada penanggung ganti rugi yang melebihi dari biaya yang sesungguhnya dikeluarkan oleh pihak tertanggung pada saat tertanggung di rawat di rumah sakit.

Dalam Pasal 260 KUHD dinyatakan bahwa apabila penutupan menggunakan perantara makelar/pialang, maka polis harus diserahkan oleh pialang kepada tertanggung dalam jangka waktu 8 hari sejak ditutupnya perjanjian dan dalam Pasal 261 KUHD dinyatakan bahwa apabila polis ditandatangani dan diserahkan melewati jangka waktu tersebut, maka makelar/pialang harus mengganti kerugian dari tertanggung tersebut. Dari interpretasi gramatikal pasal tersebut seolah-olah bahwa apabila polis tidak ditandatangani oleh penanggung dan diserahkan kepada tertanggung dalam jangka waktu 8 hari oleh pialang, maka pihak pialang yang wajib mengganti kerugian dari tertanggung tersebut. Dalam hal ini kedudukan pialang menggantikan kedudukan penanggung dalam menanggung risiko apabila polis diserahkan melewati jangka waktu lebih dari 8 hari sejak penutupan. Dalam prakteknya, menurut Bapak Tokol M.Kartasmita prakteknya pada PT. Proteksindo Insurance Brokers, penutupan dalam asuransi kesehatan menggunakan jasa pialang terjadi apabila *quotation slip* yang diserahkan oleh pialang yang berisikan

²⁵⁷ Pasal 22 ayat 1 butir 1.3 Polis Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai prosedur klaim

kesanggupan penanggung menanggung risiko disertai program dan jaminan yang ditawarkan disetujui oleh tertanggung dan tertanggung telah membayar premi, maka disitulah telah terjadi kesepakatan yang melahirkan pertanggungan.²⁵⁸ Sehingga dalam hal ini apabila polis belum diserahkan pialang kepada tertanggung dalam jangka waktu 8 hari sejak penutupan asuransi kesehatan atau apabila melewati jangka waktu tersebut, maka apabila terjadi risiko yang menimpa tertanggung yang memang akibat kelalaian dari pihak pialang karena terlambat menyerahkan polis melewati jangka waktu 8 hari sejak penutupan asuransi kesehatan, dalam hal ini pialang akan menghubungi pihak penanggung agar penanggunglah yang tetap membayarkan klaim kepada tertanggung atas keterlambatan penyerahan polis dari pialang kepada tertanggung.

Seperti telah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa pada dasarnya saat *quotation slip* yang program dan jaminan dari penanggung disertai syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan disetujui oleh pihak tertanggung dan pihak penanggung telah melakukan penyeleksian risiko dan tertanggung telah disetujui dan juga telah membayarkan premi, maka secara normatif kewajiban menanggung risiko sudah menjadi tanggungjawab dari pihak penanggung walaupun polis belum diterbitkan dan penanggung akan menyerahkan *summary cover* sebagai bukti permulaan tertulis yang berisikan ringkasan polis kepada tertanggung melalui pialang tersebut apabila polis belum diterbitkan. Sehingga apabila polis tersebut terlambat diserahkan oleh pihak pialang kepada tertanggung dalam jangka waktu 8 hari sejak terjadinya penutupan, dalam praktek di PT. Proteksindo Insurance Brokers, maka pihak pialang akan menghubungi penanggung agar risiko yang terjadi akibat kelalaian penyerahan polis tersebut tetap ditanggung oleh pihak penanggung yaitu perusahaan asuransi kesehatan dan pembayaran klaim akibat kelalaian pialang dalam menyerahkan polis kepada

²⁵⁸ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Bapak Tokol M. Kartasmita, Vice President Director PT. Proteksindo Insurance Brokers, pada tanggal 23 Maret pukul 14.00 WIB di Grand Wijaya Center Blok G No.1

tertanggung akan tetap dibayarkan oleh pihak penanggung. Selain itu pihak pialang memiliki posisi yang kuat atas penanggung, dimana pihak pialang yang sering mencarikan calon tertanggung kepada penanggung, sehingga apabila polis tersebut terlambat diserahkan kepada tertanggung dalam jangka waktu 8 hari sejak penutupan asuransi kesehatan, pihak penanggung yang akan tetap menanggung risiko dari tertanggung tersebut.²⁵⁹

4.3. Dampak Dari Belum Diterbitkannya Polis oleh Penanggung Terhadap Pengajuan Klaim oleh Tertanggung

Salah satu kepentingan tertanggung dalam sebuah perjanjian asuransi adalah kepentingan untuk mengajukan klaim asuransi pada perusahaan asuransi sebagai penanggungnya. Pengajuan klaim asuransi tersebut tertanggung lakukan apabila risiko yang dipertanggungkan terjadi dan menimbulkan kerugian pada tertanggung. Tertanggung memiliki hak untuk mendapatkan manfaat dari perjanjian asuransi tersebut. Mengenai dampak yang ditimbulkan akibat belum diterbitkannya polis dalam asuransi kesehatan merupakan suatu permasalahan serius yang perlu diperhatikan. Apabila kita melihat contoh dalam Pasal 22 polis asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT mengenai prosedur klaim dimana salah satu dokumen yang dibutuhkan untuk mengajukan klaim adalah polis asuransi. Interpretasi dari Pasal 22 polis asuransi kesehatan tersebut adalah apabila polis belum terbit, maka klaim tidak dapat dilakukan oleh pihak tertanggung apabila risiko yang dipertanggungkan terjadi karena salah satu syarat untuk dapat melakukan klaim adalah pemegang polis atau tertanggung harus melampirkan polis sebagai salah satu dokumen yang perlu dilampirkan oleh tertanggung dalam hal pengajuan klaim.²⁶⁰

Dalam asuransi, polis memegang peranan sebagai bukti tertulis yang paling sempurna akan adanya perjanjian pertanggungangan antara penanggung dan tertanggung.

²⁵⁹ *Ibid*

²⁶⁰ Pasal 22 Polis Asuransi Jiwa SM Dengan program EKA SEHAT mengenai prosedur klaim

Tetapi bukan berarti apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung mengakibatkan tertanggung tidak dapat mengajukan klaim apabila terjadi suatu risiko pada saat polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung dalam asuransi kesehatan. Secara normatif apabila dikaitkan dengan Pasal 257 ayat (1) KUHD, maka hak tertanggung yaitu mengajukan klaim sudah bisa dilakukan pada saat ia telah disetujui menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan walaupun polis belum diterbitkan oleh penanggung asalkan tertanggung telah membayar premi sebagai wujud peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung selama risiko tersebut tidak dikecualikan dalam polis asuransi kesehatan. Pada dasarnya secara normatif untuk membuktikan telah terjadinya kesepakatan atau terjadinya penutupan dalam asuransi kesehatan dapat menggunakan bukti permulaan tertulis seperti yang diatur dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD pada saat polis belum diterbitkan oleh penanggung. Dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD dapat dibagi ke dalam 2 bagian:

1. Untuk membuktikan hal ditutupnya perjanjian asuransi diperlukan pembuktian dengan tulisan
2. Namun demikian, bukti-bukti lain boleh digunakan juga apabila telah ada permulaan pembuktian dengan tulisan

Dalam tahap pertama tentu untuk membuktikan ditutupnya perjanjian asuransi yang dilakukan antara penanggung dan tertanggung diperlukan suatu pembuktian dengan tulisan. Dalam hal ini tentu saja yang dimaksud dengan pembuktian dengan tulisan adalah polis. Karena polis merupakan bukti adanya pertanggunganan antara pihak penanggung dan tertanggung yang memuat janji dari pihak penanggung kepada tertanggung. Selain itu menurut Pasal 255 KUHD, polis merupakan alat bukti tertulis yang bersifat paling sempurna dalam asuransi. Tetapi apabila polis tersebut masih dalam proses dan belum diterbitkan oleh penanggung, maka sulit bagi tertanggung membuktikan telah terjadinya penutupan asuransi terutama asuransi kesehatan antara penanggung dan tertanggung seperti contohnya dalam asuransi kesehatan dari Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT karena tidak adanya bukti tertulis

yang menyatakan telah terjadinya pertanggung antara penanggung dengan tertanggung selain dalam polis.

Dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD dinyatakan bahwa apabila polis belum diterbitkan, maka kita dapat membuktikan penutupan asuransi tersebut dengan alat bukti lain asalkan sudah ada permulaan pembuktian dengan tulisan. Alat bukti lain yang dapat digunakan apabila permulaan pembuktian dengan tulisan sudah ada yaitu alat bukti seperti yang dijelaskan dalam Pasal 1866 KUHPER seperti persangkaan-persangkaan, sumpah, dll.²⁶¹

Menurut Pasal 258 ayat (1) KUHD, dalam asuransi terdapat permulaan pembuktian dengan tulisan yang dapat digunakan oleh tertanggung untuk membuktikan adanya pertanggung antara penanggung dan tertanggung apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Permulaan pembuktian dengan tulisan tersebut apabila dikaitkan dengan Pasal 1902 ayat (2) KUHPER adalah permulaan pembuktian dengan tulisan yang diserahkan oleh penanggung kepada tertanggung apabila polis belum diterbitkan. Permulaan pembuktian dengan tulisan yang diserahkan oleh pihak penanggung kepada tertanggung berisikan pernyataan bahwa penanggung setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung tersebut. Permulaan pembuktian dengan tulisan tersebut dapat berupa *cover note* (nota penutupan asuransi), catatan, surat perhitungan, telegram, dll.²⁶² Dalam hal ini permulaan pembuktian dengan tulisan tersebut dapat digunakan oleh tertanggung apabila terjadi suatu risiko dan tertanggung akan mengajukan klaim, maka tertanggung dapat membuktikan telah adanya pertanggung tersebut dengan pihak penanggung dengan menggunakan permulaan pembuktian dengan tulisan tersebut apabila polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung.

Menurut Ibu Triwaty Sri Soedjarworini pada asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, pada saat calon tertanggung telah disetujui

²⁶¹ Pasal 1866 KUHPER

²⁶² Abdul Kadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (PT.Citra Aditya Bakti,2006), hal.57

menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan dan telah membayar premi, maka pada saat polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung, tertanggung dapat mengajukan klaim apabila terjadi risiko yang disebabkan karena kecelakaan seperti cedera yang mengakibatkan tertanggung di rawat inap di rumah sakit. Dalam hal ini secara normatif telah terjadi kesepakatan atau penutupan yang melahirkan suatu pertanggung jawaban dimana pihak penanggung setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dalam asuransi kesehatan.

Dalam asuransi kesehatan contohnya dalam asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT tidak terdapat permulaan pembuktian dengan tulisan yang diberikan oleh pihak penanggung kepada tertanggung apabila polis tersebut belum diterbitkan seperti *covernote*, catatan, surat perhitungan, dll. Tetapi dalam asuransi kesehatan di Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, tertanggung dapat menggunakan bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi untuk pembuktian telah terjadinya asuransi atau pertanggung jawaban kepada penanggung pada saat polis belum diterbitkan.²⁶³ Apabila dikaitkan dengan ketentuan Pasal 258 ayat (1) KUHD, maka bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi berlaku pula sebagai permulaan pembuktian dengan tulisan apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung. Sehingga apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung dalam asuransi kesehatan dan pada saat polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung dan terjadi suatu risiko yang menimpa tertanggung, maka tertanggung dapat mengajukan klaim kepada penanggung dengan menunjukkan bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tersebut seperti yang terjadi di asuransi kesehatan yang diadakan oleh Asuransi Jiwa SM.

²⁶³ Disadur dari wawancara secara langsung yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 1 April 2010 pukul 10.00 WIB di Apartement Green View Tower C, Lantai 1

Dalam hal ini, penulis berpendapat walaupun bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi dapat dijadikan bukti permulaan pembuktian dengan tulisan seperti yang dijelaskan dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD, tetapi dalam hal ini sulit bagi tertanggung untuk mengetahui pernyataan kehendak atau janji secara tertulis dari penanggung kepada tertanggung untuk menanggung risiko apabila polis tersebut belum diterbitkan. Hal ini disebabkan karena dalam asuransi kesehatan dari Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT bukti tertulis telah terjadinya pertanggung yang memuat janji dari pihak penanggung untuk menanggung risiko hanya terdapat dalam polis.²⁶⁴ Sedangkan bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi adalah suatu bentuk kewajiban dari pihak tertanggung kepada penanggung sebagai wujud dari peralihan risiko tertanggung tersebut dan dalam bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tidak termuat pernyataan kehendak atau janji dari pihak penanggung untuk menanggung risiko.

Apabila dikaitkan antara Pasal 258 ayat (1) KUHD dengan Pasal 1902 ayat (2) KUHPER, maka bukti permulaan tertulis haruslah berasal dari pihak penanggung, dan dalam hal ini bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi bukanlah bukti permulaan tertulis yang berasal dari pihak asuransi kesehatan contohnya Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT. Tetapi dalam prakteknya, contohnya dalam Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT karena tidak adanya bukti permulaan tertulis yang menyatakan bahwa penanggung setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung pada saat polis belum diterbitkan, maka bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi termasuk pula sebagai bukti permulaan tertulis apabila polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung dan bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tersebut dapat

²⁶⁴ Disadur dari wawancara melalui *telephone* yang disampaikan oleh Ibu Triwati Sri Sudjarworini, Agency Manager PT.Asuransi Jiwa SM, pada tanggal 30 Juni 2010 pukul 12.24 WIB

digunakan oleh tertanggung untuk mengajukan klaim kepada penanggung pada saat polis tersebut belum diterbitkan.²⁶⁵

Sehingga dalam hal ini dampak belum diterbitkannya polis oleh pihak penanggung dalam asuransi kesehatan terkait pengajuan klaim oleh tertanggung contohnya dalam asuransi kesehatan dari Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT adalah apabila terjadi suatu risiko yang mengakibatkan tertanggung di rawat di rumah sakit pada saat polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung, maka pihak tertanggung dapat mengajukan klaim kepada penanggung dengan menunjukkan bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi kepada penanggung apabila terjadi suatu risiko yang dipertanggung sehingga mengakibatkan tertanggung di rawat inap di rumah sakit karena bukti transfer atau bukti setor pembayaran premi berlaku sebagai permulaan pembuktian dengan tulisan pada saat polis belum diterbitkan seperti yang dijelaskan dalam Pasal 258 ayat (1) KUHD, hanya saja dalam hal ini apabila polis belum diterbitkan oleh pihak penanggung dalam asuransi kesehatan contohnya Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT akan sulit mengetahui pernyataan kehendak atau janji dari pihak penanggung kepada tertanggung secara tertulis untuk menanggung risiko apabila polis tersebut belum diterbitkan oleh pihak penanggung, karena dalam asuransi kesehatan contohnya dalam Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT, bukti tertulis yang memuat pernyataan kehendak atau janji dari pihak penanggung kepada tertanggung untuk menanggung risiko hanyalah terdapat dalam polis asuransi kesehatan.

²⁶⁵ *Ibid*

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Dari uraian bab-bab sebelumnya, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dari penelitian ini bahwa:

1. Pengaturan dan kedudukan polis dalam asuransi kesehatan:
 - a. Pengaturan mengenai kedudukan polis dalam peraturan perundang-undangan diatur dalam Pasal 1320 KUHPER, Pasal 255 KUHD, Pasal 257 KUHD dan Pasal 19 ayat (1) PP No.73 Tahun 1992.
 - b. Kedudukan polis dalam asuransi kesehatan adalah penting karena merupakan bukti tertulis yang utama yang menyatakan bahwa telah terjadi pertanggung jawaban antara penanggung dengan tertanggung. Selain itu dalam asuransi kesehatan tertentu, janji dari pihak penanggung untuk menanggung risiko tertanggung hanya terdapat dalam polis.
2. Tanggung jawab penanggung dan tertanggung pada saat polis belum terbit adalah:
 - a. Pada tahap pertama, agen harus mempresentasikan produk asuransi kesehatan dengan jelas dan terperinci dan calon tertanggung harus mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dengan benar terkait asas itikad baik dalam asuransi. Selain itu, calon tertanggung harus melakukan pembayaran premi kepada penanggung sebagai salah satu syarat berlakunya pertanggung jawaban.
 - b. Pada tahap kedua, penanggung memiliki tanggung jawab untuk menanggung risiko dan menerbitkan polis. Apabila penanggung terlambat menerbitkan polis dan terjadi suatu risiko pada tertanggung, maka penanggung akan memberikan ganti rugi atau manfaat kepada tertanggung sesuai dengan biaya yang dikeluarkan

oleh tertanggung pada saat di rawat inap di rumah sakit. Sedangkan apabila penutupan menggunakan perantara pialang, apabila pialang tersebut terlambat menyerahkan polis kepada tertanggung dan terjadi suatu risiko pada saat polis tersebut terlambat diserahkan oleh pialang kepada tertanggung, secara normatif penanggunglah yang wajib membayar klaim apabila terjadi suatu risiko apabila polis terlambat diserahkan oleh pialang kepada tertanggung, namun dalam prakteknya pialang akan menghubungi penanggung untuk membayarkan klaim kepada tertanggung apabila pialang terlambat menyerahkan polis kepada tertanggung karena kedudukan pialang yang cukup kuat atas penanggung.

3. Dampak belum diterbitkannya polis terkait pengajuan klaim oleh tertanggung dalam asuransi kesehatan, dalam hal ini tertanggung dapat mengajukan klaim apabila polis belum diterbitkan oleh penanggung dengan menggunakan bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi, walaupun bukti transfer pembayaran premi atau bukti setor pembayaran premi tidak memuat janji atau pernyataan kehendak dari pihak penanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung.

5.2. Saran

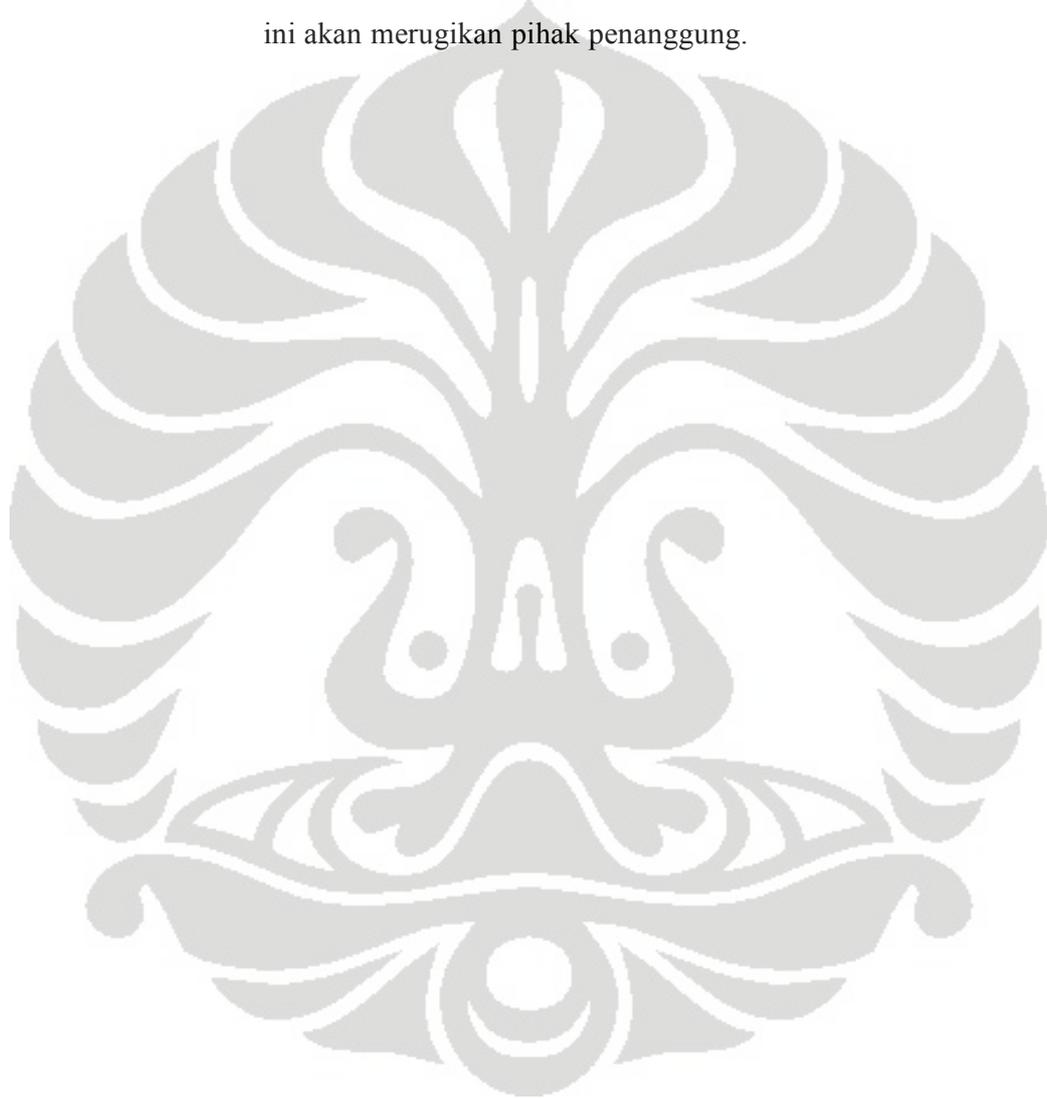
Saran penulis atas permasalahan-permasalahan yang dijelaskan dalam bab-bab sebelumnya adalah:

1. Sebaiknya dalam peraturan perundang-undangan mengatur ketentuan mengenai bagaimana tanggungjawab dari penanggung kepada tertanggung dengan terperinci sebelum polis diterbitkan

agar tertanggung menjadi jelas mengenai hak yang akan diperolehnya sebelum polis diterbitkan oleh penanggung.

2. Sebaiknya diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan agar menerbitkan polis dalam jangka waktu tertentu setelah calon tertanggung telah disetujui menjadi tertanggung terutama dalam asuransi kesehatan dan mengatur hukuman apabila polis tidak diterbitkan dalam jangka waktu tertentu tersebut. Hal ini agar tertanggung memperoleh kepastian atas hak nya.
3. Perusahaan asuransi kesehatan contohnya dalam Asuransi Jiwa SM dengan program EKA SEHAT sebaiknya merubah ketentuan Pasal 22 Polis Asuransi Jiwa SM mengenai salah satu dokumen yang harus dilampirkan apabila akan mengajukan klaim yaitu polis. Karena apabila memperhatikan ketentuan pasal tersebut, seolah-olah pengajuan klaim baru dapat dilakukan apabila polis telah diterima oleh pemegang polis yang berarti polis tersebut harus diterbitkan terlebih dahulu oleh penanggung.
4. Bagi tertanggung dalam asuransi kesehatan contohnya Asuransi Jiwa SM, sebaiknya dapat berperan aktif dalam hal meminta bukti tertulis seperti ikhtisar pertanggungan atau *cover note* pada saat telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan untuk membuktikan adanya pernyataan kehendak dari pihak penanggung untuk menanggung risiko dari tertanggung apabila polis belum diterbitkan.
5. Bagi agen asuransi kesehatan dan pialang asuransi wajib menjelaskan ketentuan dalam isi polis asuransi kesehatan kepada tertanggung dengan sejas-jelasnya, tidak hanya informasi yang dibutuhkan oleh tertanggung saja, tetapi informasi-informasi lainnya yang berguna bagi kepentingan tertanggung dalam

memperoleh haknya. Selain itu sebaiknya pihak pialang segera menyerahkan polis kepada tertanggung apabila polis telah diterbitkan oleh pihak penanggung karena apabila terjadi risiko akibat kelalaian pihak pialang menyerahkan polis, maka pihak penanggung yang tetap menanggung risiko tersebut dan tentu hal ini akan merugikan pihak penanggung.



DAFTAR REFERENSI

1. Peraturan Perundang-Undangan

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (Burgerlijk Wetboek). Diterjemahkan oleh R. Subekti dan R. Tjitrosudibio. Cet. 27. Jakarta: PT Pradnya Paramita, 2002.

Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Undang-Undang Kepailitan, [Wetboek Van Koephandel en Faillissements Verordening]. Diterjemahkan oleh R. Subekti dan R. Tjitrosudibio. Cet. 27. Jakarta : Pradnya Paramita, 2002.

Indonesia. *Undang-Undang Tentang Usaha Perasuransian* . UU No. 2 Tahun 1992. LN No. 13 Tahun 1992. TLN No. 3467.

Indonesia. *Undang-undang Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. UU No.40 Tahun 2004. LN No.150 Tahun 2004. TLN No.4456

_____. *Peraturan Pemerintah Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian*. PP No. 73 Tahun 1992. LN No. 120 Tahun 1992 TLN No. 3506.

_____. *Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi Dan Perusahaan Reasuransi*. KMK Nomor 422/KMK.06/2003.

_____. *Peraturan Pemerintah Tentang Perum Husada Bhakti*. PP No.23 Tahun 1984.

_____. *Peraturan Pemerintah tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero)*. PP No.6 Tahun 1992. LN. 16 Tahun 1992.

_____. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1241/MENKES/XI/2004*.

_____. *Surat Menteri Kesehatan RI No.112/MENKES/II/20008*.

2. Buku

Subekti, R. *Hukum Perjanjian*. Jakarta: Penerbit PT Intermassa, 2005.

Diacon, S.R. dan R.L. Carter. *Insurance 3rd Edition*. Hodder Education, 2008.

Sembiring, Sentosa. *Asuransi Jaminan Sosial*. Jakarta: Nuansa Aulia, 2006.

- Ali, H.Zainudin. *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika, 2009.
- Soekanto, Soerjono. *Pengantar Penulisan Hukum*. Jakarta: UI Press, 1986.
- Prakoso, Djoko. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta, 2000
- Prakoso, Djoko. *Asuransi di Indonesia*. Jakarta: Dahara Prize, 1991
- Hartono, Sri Rejeki. *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta: PT Citra Aditya Bakti, 1997.
- Mamudji, Sri *et. al.* *Metode Penelitian dan Penulisan Hukum*. Depok : Badan Penerbit Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2005.
- Muhammad, Abdulkadir. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2006.
- Simanjuntak, Emmy Pangaribuan. *Hukum Pertanggung (Pokok-Pokok Pertanggung, Kerugian, Kebakaran, dan Jiwa)*. Cet.5. Yogyakarta : Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum UGM, 1982.
- Soekanto, Soerjono dan Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*. Cet. 3. Jakarta: Rajawali Pers, 1995.
- Bennett, C. *Dictionary of Insurance: second edition*. Pearson Education Limited, 2004.
- Mahdi, Sri Soesilowati, Surini Ahlan Sjarif, dan Akhmad Budi Cahyono. *Hukum Perdata: Suatu Pengantar*. Jakarta: Gitama Jaya Jakarta, 2005.
- Rusli, Hardijan. *Hukum Perjanjian Indonesia Dan Common Law*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1996.
- Purba, Radiks. *Memahami Asuransi di Indonesia*. Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
- Schoultz, F. *Competition In the Dutch Health Care System*. Rotterdam, 1995.
- RA, Hall Jlourenco and Viney.R. *The Fall of Private Health Insurance In Australia*, 1999

3. Skripsi

- Dewo, Gunawan Sapt. "Tinjauan Yuridis Polis Asuransi Jiwa Dalam Praktek Perasuransian di Kabupaten Majalengka. Skriipsi Sarjana Universitas Indonesia. Depok 1992.

4. Sumber Internet

Life! Asuransi dari bisnis. “Tantangan Penerapan *Compulsory Insurance*”, <http://web.bisnis.com/laporan-khusus/inhealth1.html>. Diakses pada tanggal 29 Januari 2010.

Asnoer. “Asuransi Syariah”. <http://www.badilag.net/data/enskiklomeia/asuransi%20syariah>. Diakses pada tanggal 29 Januari 2010.

<http://www.agenasuransi.net/2008/02/20/kecewa-pengajuan-pembatalan-pendaftaran-polis-asuransi-bumiputera-1912/>. Diakses pada tanggal 28 maret 2010 pukul 13.00.

Made Murdayaso. http://www.madeallianz.com/pmain.php?id_hal.17. Diakses pada tanggal 29 Maret 2010.

http://www.aaji.or.id/index.php?option=com_glossary&catid=36&func=display&search=binding. Diakses pada tanggal 29 Maret 2010.

Pojokasuransi.com. “Prinsip indemnity”. <http://pojokasuransi.com/content/view/28/42/>. Diakses pada 14 September 2009 pukul 11.10.

WealthIndonesia.com. “Polis Asuransi”. <http://www.asuransiallianz.com/polis-asuransi/artikel-asuransi/>. Diakses pada tanggal 9 februari 2010

Soni Wasita. “Perikatan dan Perjanjian”. <http://soniwasita.wordpress.com/2008/09/04/perikatan-dan-perjanjian/>. Diakses pada tanggal 12 Februari 2010

Cover Note. <http://www.stgeorge.com.au/loans/home-loans/faqs/glossary-of-real-estate-terms/>. Diakses pada tanggal 26 Februari 2010.

Istilah Asuransi. http://www.konsultanasuransi.com/pmain.php?id_hal=17. Diakses pada tanggal 26 Februari 2010.

Hasbullah Thabrany. “Sejarah Asuransi Kesehatan”. http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/Bab_I_Sejarah_Asuransi_Kesehatanedited.pdf. Diakses pada tanggal 2 Maret 2010

<http://www.ptaskes.com/info-perusahaan.php?p=14>. Diakses pada tanggal 19 Maret 2010

Eddy KA Berutu, Ketua Departemen Pendidikan, Pelatihan, dan Pengembangan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). <http://www.mybrilliantagency.com/cetak.php?id=72>. Diakses pada tanggal 8 April 2010

Fivriadhi,S.H.<http://www1.kompas.com/suratpembaca/readtanggapan/13119>. Diakses pada tanggal 8 Juni 2010

5. Wawancara

Wawancara dengan Ibu Triwati Sri Soedjarworini (Agency Manager Asuransi Jiwa SM). Pada tanggal 28 Februari 2010 di Apartement Green View Tower C, Lantai 1.

Wawancara dengan Ibu Manda Purwa Perwita (*Underwriting Casualty Allianz*). Pada tanggal 23 April 2010 di Jalan Banka 10 No.44

Wawancara dengan Bapak Wiwit Prayitno (Agen PT.Prudential Life Assurance). Pada tanggal 5 maret 2010 melalui *telephone*.

Wawancara dengan Bapak Tokol M.Kartasmita (Vice President Director PT.Proteksindo Insurance Brokers). Pada tanggal 23 Maret 2010 di Grand Wijaya Center Blok G No.1

6. Sumber Lainnya

Polis Asuransi Kesehatan PT. Asuransi Jiwa SM dengan Program EKA SEHAT

Polis Asuransi Kesehatan PT. Asuransi Cigna dengan program PRO MEDIKA

Polis Asuransi Kesehatan PT. Prudential Life Assurance dengan program PRUHOSPITAL AND SURGICAL

Polis Asuransi Kecelakaan Diri PT.Asuransi Jiwa SM dengan Program SUPER PROTECTION

Sertifikat Polis Asuransi Kecelakaan Diri PT. Asuransi Cigna

Kartu Asuransi Kecelakaan Diri Pengemudi PT.Asuransi Bhakti Bhayangkara

Kompas. Surat Pembaca dari Djauhery mengenai Kerjasama Citibank dan Prudential akibat keterlambatan penyerahan polis asuransi kesehatan. Rabu 26 Mei 2010.



Universitas Indonesia



LAMPIRAN
