

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. PT. Generali Indonesia sebagai Penanggung

Generali adalah perusahaan asuransi internasional asal Italia. Generali secara global telah masuk ke dalam 68 negara, memiliki 80.000 karyawan, dan melayani 65 juta nasabah. Generali kemudian masuk ke Indonesia dengan dibentuknya PT. Generali Indonesia berdiri pada 2009 melalui *bancassurance*, dan pada tahun 2011 memperluas pemasarannya melalui *agency*. Pada tahun 2016, PT. Generali Indonesia memiliki 26.000 agen asuransi yang tersebar di seluruh Indonesia, dan memiliki 112 kantor *agency*.

Salah satu kantor *agency* yang terletak di Semarang adalah Kantor Generali M03 Semarang yang resmi dibuka pada tahun 2011 dan terletak di Jl. Dr. Cipto nomor 151 Semarang. Sampai dengan bulan November 2017, Kantor Agency Generali M03 Semarang memiliki 732 agen terdaftar, tiga orang administrasi, satu orang PIC (*Person in Charge*), 1881 orang nasabah (pemegang polis dan tertanggungnya), 2034 polis, dan telah mengurus seluruh klaim yang masuk.

2. Perjanjian Asuransi Jiwa pada PT. Generali Indonesia

Pada umumnya, agen asuransi memasarkan produk asuransi dan melakukan penawaran awal kepada calon tertanggung untuk melakukan perjanjian asuransi sebagai salah satu cara mengalihkan risiko yang dapat sewaktu-waktu terjadi atas calon tertanggung. Tertanggung atau nasabah membuat perjanjian asuransi sesuai dengan kebutuhan tertanggung dalam berbagai produk asuransi yang disediakan oleh PT. Generali Indonesia melalui agen asuransi. PT. Generali Indonesia tidak memiliki produk asuransi tradisional, dan hanya memiliki produk asuransi *unit link*. Asuransi tradisional adalah perjanjian asuransi dengan premi yang dibayarkan oleh tertanggung akan hangus apabila risiko yang diperjanjikan tidak terjadi, dan premi akan digunakan untuk membayar biaya asuransi selama seumur hidup tertanggung. Sedangkan asuransi *unit link* adalah asuransi yang menggabungkan konsep asuransi tradisional dengan investasi, dengan harapan perkembangan investasi cukup untuk membayar biaya asuransi dari perjanjian pokok asuransi. Produk-produk asuransi tersebut adalah:

a. iPlan

Produk ini adalah produk asuransi yang fungsinya untuk memberikan perlindungan dan proteksi kepada tertanggung apabila terjadi risiko. Risiko yang dijamin adalah risiko kematian, dan dapat ditambahkan dengan asuransi tambahan seperti risiko penyakit kritis, cacat tetap total, maupun risiko biaya rumah sakit untuk rawat inap,

dengan penetapan uang pertanggungan, besarnya manfaat tambahan, dan besarnya premi berkala sesuai dengan kesepakatan kedua belah pihak.

b. UB Rich

Produk ini adalah produk yang fungsinya untuk investasi. Sehingga manfaat asuransinya tidak terlalu besar untuk menekan biaya asuransi, dan dana nasabah dimasukkan ke dalam investasi.

Setelah mengetahui kebutuhan nasabah, agen asuransi wajib membuat ilustrasi perjanjian asuransi, melalui aplikasi yang telah dibuat oleh perusahaan asuransi sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan tertanggung, bukan untuk kepentingan sendiri. Karena ilustrasi tersebut kemudian menjadi dasar perjanjian asuransi yang akan berlaku bagi Penanggung dan Tertanggung. Tertanggung mengikatkan diri pada penanggung untuk melaksanakan perjanjian asuransi. Perjanjian asuransi tersebut dituangkan dalam sebuah perjanjian tertulis yang disebut dengan "Polis". Polis adalah kontrak tertulis antara penanggung dan tertanggung yang memuat persyaratan dan ketentuan perjanjian asuransi. Dalam asuransi jiwa, apabila tertanggung meninggal dunia maka akan mendapatkan dana asuransi yang disebut dengan "Uang Pertanggungan" yang jumlahnya telah diperjanjikan sebelumnya oleh kedua belah pihak.

3. Proses Pembuatan Perjanjian Asuransi pada PT. Generali Indonesia

Proses Permohonan Asuransi Jiwa meliputi beberapa dokumen yang perlu dilengkapi, yaitu:

- 1) Surat Permohonan Asuransi Jiwa

Surat Permohonan Asuransi Jiwa atau yang biasanya disebut dengan SPAJ adalah lembar formulir dari perusahaan yang perlu diisi oleh calon tertanggung dan agen yang bersangkutan. SPAJ berisi mengenai seluruh data calon tertanggung, termasuk riwayat penyakit dan kesehatan. Pengisian SPAJ oleh calon tertanggung dalam asuransi jiwa merupakan salah satu bentuk nyata mengenai syarat khusus terjadinya perjanjian asuransi yaitu mengenai itikad baik dan notifikasi.

2) Ilustrasi atau Proposal Perjanjian Asuransi.

Ilustrasi atau proposal adalah dokumen yang dibuat oleh penanggung dan tertanggung melalui agen asuransi yang berisikan tentang identitas pemegang polis, tertanggung, besarnya premi yang dibayarkan secara berkala, biaya asuransi yang tercipta akibat uang pertanggungan atau asuransi tambahan lainnya, beserta ringkasan manfaat asuransi yang akan diperjanjikan yang dijadikan acuan dasar perjanjian asuransi jiwa.

3) Identitas calon pemegang polis dan calon tertanggung (Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga)

Setelah semua dokumen diajukan, proses selanjutnya adalah:

- a. Pihak *underwriting* dari penanggung akan menilai apakah perjanjian dapat dilaksanakan atau tidak. Penilaian dilakukan berdasarkan berbagai pertimbangan, yaitu yang utama adalah mengenai kondisi kesehatan calon tertanggung. Proses ini menghabiskan waktu sekitar 3 hari kerja.

- b. Pihak tertanggung melakukan pembayaran premi pertama kepada pihak penanggung, dan apabila perjanjian pada akhirnya tidak bisa dilaksanakan, premi yang telah dibayarkan akan dikembalikan kepada tertanggung. Apabila diterima atau *approved*, maka pihak penanggung akan menerbitkan polis asuransi yang menjadi dokumen dasar perjanjian asuransi maksimal 14 hari sejak perjanjian dapat dilaksanakan atau *issued*.

4. Isi Perjanjian Asuransi Jiwa PT. Generali berdasarkan Polis

Secara umum isi polis PT. Generali Indonesia adalah sebagai berikut:

- a. Pernyataan Sah Polis Asuransi

Lembar ini berisi mengenai pernyataan pemegang polis dan pemegang polis untuk saling mengikatkan diri dalam perjanjian pertanggungn, serta persetujuan PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia sebagai penanggung untuk membayarkan manfaat asuransi tertanggung sesuai isi polis.

- b. Ringkasan Polis

Isi dari ringkasan polis adalah sebagai berikut:

Nomor SPAJ; nomor polis, identitas pemegang polis, tertanggung, dan penerima manfaat (ahli waris); Jenis produk asuransi; cara pembayaran premi, jangka waktu dan jumlah premi; manfaat asuransi (asuransi pokok dan asuransi tambahan); jenis dan alokasi dana.

- c. Ketentuan Umum Polis Asuransi Jiwa

Ketentuan umum polis asuransi jiwa PT. Generali Indonesia terdiri dari 23 pasal yang mengatur mengenai perjanjian asuransi yang mengatur mengenai:

Pasal 1 mengatur mengenai "Istilah"

Pasal 2 mengatur mengenai "Dasar Asuransi"

Pasal 3 mengatur mengenai "Masa Peninjauan Polis"

Pasal 4 mengatur mengenai "Mulai Berlakunya Asuransi"

Pasal 5 mengatur mengenai "Pembayaran Premi"

Pasal 6 mengatur mengenai "Alokasi Premi"

Pasal 7 mengatur mengenai "Fasilitas Cuti Premi"

Pasal 8 mengatur mengenai "Jenis Dana Investasi"

Pasal 9 mengatur mengenai "Unit"

Pasal 10 mengatur mengenai "Penarikan Dana dan Penebusan"

Pasal 11 mengatur mengenai "Pajak"

Pasal 12 mengatur mengenai "Pilihan/Opsi Pemegang Polis"

Pasal 13 mengatur mengenai "Jenis Dana Investasi"

Pasal 14 mengatur mengenai "Nilai Polis"

Pasal 15 mengatur mengenai "Polis Lewat Waktu"

Pasal 16 mengatur mengenai "Pemulihan Polis"

Pasal 17 mengatur mengenai "Pembayaran Manfaat Asuransi"

Pasal 18 mengatur mengenai "Mulai dan Berakhirnya Asuransi"

Pasal 19 mengatur mengenai "Perubahan Pemegang Polis "

Pasal 20 mengatur mengenai "*Force Majeure* atau Keadaan Darurat"

Pasal 21 mengatur mengenai "Pemberlakuan di Seluruh Dunia"

Pasal 22 mengatur mengenai "Mata Uang"

Pasal 23 mengatur mengenai "Perselisihan"

d. Ketentuan Tambahan mengenai Fasilitas Investasi

Dalam perjanjian asuransi jiwa unit link yang memadukan antara proteksi dan investasi, terdapat tiga pilihan alokasi jenis dana nasabah yang berasal dari premi tertanggung, yaitu Equity (Investasi Agresif); Fixed Income (Investasi Menengah) dan Money Market (Investasi *low risk*). Selain itu juga berisi mengenai fasilitas yang dipilih nasabah untuk pengalokasian dana nasabah.

e. Ketentuan Khusus mengenai Asuransi Tambahan

Dalam perjanjian asuransi jiwa, selain asuransi pokok terdapat juga asuransi tambahan yang dibuat berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dan kebutuhan tertanggung. Asuransi pokok adalah pembayaran manfaat dari penanggung kepada tertanggung berupa uang pertanggungan apabila tertanggung mengalami risiko meninggal dunia. Sedangkan asuransi tambahan adalah manfaat asuransi tambahan yang melekat dengan asuransi pokok.

Asuransi tambahan dalam perjanjian asuransi di PT. Generali Indonesia tersebut adalah: asuransi kesehatan dan rumah sakit; asuransi cacat tetap total; asuransi penyakit kritis; fasilitas cuti premi dalam keadaan tertentu; dan asuransi kecelakaan.

f. Lampiran

Lampiran berisi Ilustrasi yang telah disepakati serta Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang menjadi dasar perjanjian dan telah disepakati oleh kedua belah pihak.

5. Proses Klaim Meninggal Dunia Asuransi Jiwa PT. Generali Indonesia

Sesuai dengan polis asuransi, proses pengajuan klaim membutuhkan syarat dengan berbagai dokumen sebagai berikut:

- 1) Polis Asli PT. Generali Indonesia.
- 2) Surat Keterangan Dokter yang menyatakan waktu dan penyebab meninggalnya tertanggung.
- 3) Form Klaim dari penanggung yang harus diisi dengan sebenarnya.
- 4) Legalisir Akta Kematian
- 5) Surat Kuasa Ahli Waris yang menyatakan bahwa ahli waris yang akan menerima dana asuransi.
- 6) Kartu Keluarga
- 7) Copy Rekening Bank Ahli Waris
- 8) Kartu Tanda Penduduk Ahli Waris
- 9) Surat Kematian dari Rumah Sakit.

Setelah persyaratan tersebut di atas dipenuhi, maka prosedur klaim selanjutnya adalah:

- 1) Nasabah, ahli waris, atau keluarga tertanggung membawa dokumen ke kantor cabang PT. Generali Indonesia
- 2) Kantor cabang akan mengirimkan berkas ke kantor pusat di Jakarta dan selanjutnya pihak penanggung akan melakukan pengecekan mengenai

data tertanggung. Apabila ada kekurangan akan diberitahukan kepada pengaju klaim dan pihak pengaju klaim harus melengkapi dokumen tersebut.

- 3) Pihak penanggung akan melakukan investigasi dalam 60 hari kerja, mengenai kecocokan data yang ada dan dalam hal ini berkaitan erat dengan itikad baik dan notifikasi, apakah informasi yang diberikan oleh tertanggung sama dengan kenyataan atau tidak. Dalam hal ini pihak investigasi penanggung akan melakukan krocek ke Rumah Sakit dan juga ke pihak asuransi lain mengenai riwayat penyakit tertanggung dan mengenai keadaan yang sudah ada sebelumnya (*pre existing condition*). Apabila ditemukan bahwa pihak tertanggung dengan sengaja atau tidak dengan sengaja menginformasikan hal yang salah mengenai keadaan objek asuransi dalam hal ini riwayat penyakit dan kondisi kesehatan tertanggung, maka klaim tidak dapat dibayarkan dan perjanjian menjadi batal dengan sendirinya mengingat tidak terpenuhinya syarat itikad baik dan notifikasi
- 4) Apabila seluruh data telah sesuai (*approved*), maka dana akan segera dicairkan ke rekening bank ahli waris.

6. Hasil Wawancara

Wawancara yang berkaitan dengan pembuatan perjanjian asuransi dan penolakan klaim tertanggung dengan nomor Polis 00052145, dilakukan kepada bagian administrasi (Debora Grace), agen penutup (Lindawati), dan

adik bertanggung (Listiyawati) yang mengurus perjanjian asuransi dari awal pembentukan perjanjian sampai akhir pengurusan klaim.

Hasil wawancara dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:



No	Pertanyaan	Hasil Wawancara		
		Administrasi Kantor ¹⁸	Agen Penutup ¹⁹	Adik Tertanggung ²⁰
1.	Kapan perjanjian asuransi diadakan?	Perjanjian asuransi antara tertanggung dan penanggung mulai berlaku sejak diterbitkannya polis, yaitu pada tanggal 30 Oktober 2014.	Saya menjelaskan dan memberikan penawaran kepada nasabah dengan ilustrasi pada tanggal 24 Oktober 2014, pada waktu yang sama pula nasabah telah menyetujui untuk melakukan perjanjian asuransi dengan mengisi dan menandatangani Surat Perjanjian Asuransi Jiwa (SPAJ)	Agen datang ke rumah pada tanggal 24 Oktober 2014. Memberikan penawaran kepada kakak saya dan kakak saya menyetujui penawaran tersebut dan memutuskan untuk ikut asuransi.
2.	Bagaimana proses terjadinya perjanjian asuransi tersebut?	Proses perjanjian asuransi adalah, agen penutup melakukan penawaran perjanjian asuransi berdasarkan ilustrasi dan produk perusahaan. Ilustrasi tersebut seharusnya dibuat berdasarkan kebutuhan dan kepentingan nasabah. Setelah kedua pihak setuju mengenai manfaat dan premi sesuai dengan ilustrasi, maka nasabah	Pada waktu itu, agen penutup bertemu dengan tertanggung dan memberikan penawaran kepada nasabah pada tanggal 20 Oktober 2014, dan tertanggung tertarik untuk mengadakan perjanjian asuransi. Setelah agen membuat ilustrasi yang sesuai dengan kebutuhan nasabah, agen melakukan penawaran dan	Pada waktu itu agen datang ke rumah pada tanggal 20 Oktober 2014, kakak saya (tertanggung) tidak menikah, sehingga saya dipanggil untuk ikut mendengarkan penjelasan agen karena saya juga menjadi ahli waris atas perjanjian asuransi yang kakak saya. Setelah itu saya juga menerima dan

¹⁸ Hasil Wawancara dengan Administrasi Kantor pada tanggal 23 Desember 2017

¹⁹ Hasil Wawancara dengan Agen Penutup pada tanggal 20 Desember 2017

²⁰ Hasil Wawancara dengan Adik Tertanggung pada tanggal 19 Desember 2017

		serta agen penutup mengisi dan menandatangani Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) . Setelah dokumen persyaratan lengkap, maka SPAJ akan dikirimkan ke kantor pusat di Jakarta, dan nasabah wajib melakukan pembayaran premi pertama yang ditransfer ke rekening <i>virtual account</i> perusahaan. Apabila <i>approved</i> atau diterima, maka polis akan terbit maksimal 7 hari kerja setelah persetujuan.	perjanjian penutupan pada tanggal 24 Oktober 2014, kemudian memberikan dokumen yang dibutuhkan dan SPAJ ke kantor. Nasabah melakukan pembayaran pada hari yang sama, dan seminggu kemudian polis terbit, dan polis tersebut diantar oleh agen penutup ke nasabah pada hari yang sama.	membaca polis yang telah terbit pada tanggal 30 Oktober 2014.
3.	Bagaimana proses terjadinya resiko dan pengajuan klaim?	Tertanggung meninggal dunia pada tanggal 11 April 2016 akibat serangan jantung. Seluruh dokumen pengajuan klaim dilengkapi oleh keluarga tertanggung sebulan setelahnya karena memerlukan berbagai proses, surat pengajuan klaim dan dokumen dikirim ke kantor pusat pada tanggal 13 Mei 2016, dan pihak investigasi perusahaan melakukan penelahaan terhadap klaim dari tanggal tersebut sampai dikeluarkannya surat penolakan klaim pada tanggal 11 Juli 2016.	Nasabah meninggal pada tanggal 11 April 2016, agen penutup diberi kabar oleh keluarga nasabah pada sore hari dan diminta tolong untuk menguruskan proses klaim. Pengurusan dokumen dilakukan oleh saya bersama dengan adik tertanggung (Listiyawati), mengenai surat kematian dan dokumen lainnya. Pengurusan dokumen dilakukan kurang lebih sebulan karena waktu pengurusan dan penerbitan surat kematian yang tidak sebenar. Setelah	Kakak saya tiba-tiba tidak sadarkan diri di kantor, lalu dibawa ke UGD Telogorejo Semarang dan dinyatakan meninggal akibat serangan jantung. Sore harinya saya mengabari agen untuk melakukan pengurusan klaim juga. Saya bersama agen mengurus dokumen yang dibutuhkan dan formulir pengajuan klaim beserta dokumennya saya serahkan ke agen untuk diurus. Sekitar dua bulan kemudian diberitahukan

			dokumen lengkap, formulir pengajuan klaim dan dokumen lainnya diberikan ke kantor. Dua bulan kemudian dikabarkan bahwa klaim ditolak oleh perusahaan.	bahwa klaim tidak dapat dicairkan.
4.	Apa alasan penolakan klaim?	Berdasarkan Surat Pemberitahuan dari Generali Indonesia, klaim ditolak karena tertanggung memiliki riwayat <i>Efusi Pleura</i> (cairan rongga paru) dan <i>Congestif Heart Failure</i> (Penyakit Jantung) sejak 8 April 2013, sebelum polis diterbitkan dan tidak dinyatakan dan diberitahukan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ), sedangkan penyebab meninggal tertanggung adalah karena serangan jantung, berhubungan erat dengan penyakit yang diderita sebelumnya dan tidak diberitahukan, sehingga melanggar ketentuan pasal 2 polis akibatnya polis dinyatakan batal sejak awal.	Berdasarkan email yang diterima, alasan penolakan adalah adanya penyakit yang telah diderita sebelumnya yang tidak diberitahukan dan dinyatakan kepada penanggung dalam pengisian SPAJ, yaitu penyakit jantung yang pernah dilakukan pengecekan di salah satu rumah sakit di Semarang pada tanggal 8 April 2013. Saya sebagai agen juga tidak mengetahui dengan pasti bahwa tertanggung mengidap penyakit tersebut dan tertanggung telah menyatakan bahwa beliau sehat.	Pada waktu itu diberitahukan bahwa klaim ditolak akibat tertanggung dalam SPAJ tidak memberitahukan bahwa dia pernah didiagnosa menderita penyakit jantung dan paru-paru, sedangkan hal tersebut ditanyakan dalam SPAJ. Oleh karena itu klaim yang dilakukan ditolak oleh perusahaan dan kami hanya mendapatkan uang sisa investasi dari premi yang telah dibayarkan setelah dipotong pinalti.
5.	Apakah asas mengenai itikad baik dan kewajiban untuk	Dalam <i>training</i> yang diadakan kantor untuk agen, tiap saat telah dijelaskan dan diingatkan mengenai prinsip itikad baik dalam	Saya sebagai agen mengetahui dan selalu menjelaskan bahwa pengisian SPAJ harus sebenarnya dan riwayat penyakit serta data	Pada saat itu saya juga kurang paham, karena pengisian SPAJ dilakukan oleh agen dan almarhum kakak saya. Namun

	<p>memberitahukan keadaan yang sesungguhnya sudah dijelaskan kepada tertanggung/nasabah?</p>	<p>perjanjian asuransi. Hal tersebut juga terpampang dalam presentasi dan <i>power point training</i> perusahaan. Pihak kantor juga sudah mengingatkan kembali pada saat pengembalian SPAJ mengenai kebenaran pengisian terutama mengenai data kesehatan dan riwayat penyakit karena dapat mempengaruhi penilaian asuransi oleh <i>underwriting</i> perusahaan</p>	<p>kesehatan harus diisi dengan sebenarnya, karena apabila itikad baik tersebut tidak dilaksanakan, akan terjadi perselisihan di belakang terutama mengenai klaim. Sedangkan perselisihan tersebut dapat menimbulkan hubungan saya dan tertanggung sebagai kerabat menjadi tidak enak. Pada saat itu saya mengejar target untuk pencapaian reward dari perusahaan sehingga tidak terlalu memperhatikan, sedangkan saya juga tidak mengetahui bahwa tertanggung telah mengidap penyakit tertentu. Pengisian SPAJ dilakukan oleh tertanggung dan saya hanya mendampingi saja.</p>	<p>saya tidak mengetahui juga kalau hal semacam itu, diagnosa penyakit dan data kesehatan yang telah lalu harus disertakan juga apabila ada. Agen penutup tidak memberitahukan kepada saya, namun saya juga tidak tahu apakah kakak saya mengerti atau tidak.</p>
<p>6.</p>	<p>Bagaimana penyelesaian perselisihan penolakan klaim?</p>	<p>Sepengetahuan saya perselisihan tersebut diselesaikan secara kekeluargaan, karena pihak keluarga tertanggung tidak mengetahui bahwa hal tersebut harus dinyatakan dan disertakan dalam pengisian SPAJ. Agen juga mengatakan bahwa telah menjelaskan hal tersebut kepada tertanggung.</p>	<p>Saya merasa sangat tidak enak kepada nasabah sampai sekarang, karena apa yang dijanjikan dalam polis tidak dapat dicairkan karena alasan yang harusnya dapat dicegah dengan pengisian SPAJ yang tepat dan sebenarnya. Namun saya juga tidak bisa melakukan apa-apa sebagai agen karena hal tersebut memang</p>	<p>Saya sudah merelakan kepergian kakak saya, serta uang pertanggungan yang telah beliau siapkan untuk kami karena adanya ketidaktahuan dan mungkin kelalaian dari pihak kami sebagai tertanggung dan keluarga tertanggung serta agen yang adalah teman kakak saya. Masalah telah diselesaikan</p>

			<p>melanggar dan memang benar bahwa tertanggung telah mengidap penyakit tersebut. Karena rasa tidak enak tersebut saya mengembalikan komisi yang telah saya terima kepada keluarga tertanggung, dan masalah telah selesai dengan kekeluargaan.</p>	<p>dengan pengertian untuk menghindari rasa tidak enak dalam hubungan kami sebagai teman.</p>
7.	<p>Apakah penolakan klaim yang diakibatkan oleh pelanggaran etikad baik banyak terjadi di Generali Semarang?</p>	<p>Tidak banyak, hanya sekitar 10% dari total klaim yang ditolak. Banyak pengajuan klaim yang diterima dan hal tersebut sangat tergantung pada agen dan tertanggung. Apabila dokumen yang dibutuhkan lengkap dan etikad baik itu ada, maka perusahaan pasti akan membayarkan klaim, seperti contohnya pada Surat Pemberitahuan Generali Indonesia No.002498/GI/CLMINDV/X/2016 mengenai penerimaan dan pencairan klaim nasabah sebesar Rp. 204.144.705,00. Dalam kasus tersebut etikad baik dan kelengkapan dokumen dilaksanakan sehingga uang pertanggungan dapat dicairkan tanpa masalah dan cepat.</p>		

B. Pembahasan

1. Pelaksanaan prinsip *utmost good faith* dalam kewajiban pemberitahuan yang dipenuhi melalui pengisian Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) sebagai proses terjadinya perjanjian asuransi jiwa di PT. Generali Indonesia Regional Semarang

Berdasarkan Pasal 1320, Pasal 1321, Pasal 1323, Pasal 1328 dan Pasal 1338 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHpd) tentang syarat sahnya perjanjian dan perjanjian itu sendiri dan Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) tentang pemberitahuan atau notifikasi, prinsip itikad baik merupakan salah satu syarat penting yang harus dipenuhi dalam sebuah perjanjian. Apabila prinsip itikad baik tidak dipenuhi, maka akibat hukumnya adalah perjanjian dapat dibatalkan. Begitu pula dalam perjanjian asuransi di Indonesia. Perjanjian asuransi dapat dibatalkan dan ditolak klaimnya karena terbukti bahwa prinsip itikad baik tidak dipenuhi, khususnya dalam hal pemberitahuan atau notifikasi mengenai keadaan objek asuransi.

Tertanggung sebagai pemilik objek asuransi dianggap sebagai pihak yang paling mengerti mengenai keadaan objek asuransi. Sedangkan penanggung tidak mengetahui secara mendalam mengenai keadaan objek asuransi. Oleh karena itu, dasar paling utama dalam perjanjian asuransi adalah kepercayaan. Dalam perjanjian asuransi jiwa, kepercayaan dibangun oleh agen perusahaan penanggung dengan tertanggung sebagai nasabah dari awal sejak penawaran dilakukan. Atas dasar kepercayaan tersebut maka perjanjian dapat dilakukan.

Objek asuransi memiliki kondisi tertentu yang mempengaruhi tingkat terjadinya risiko. Misalnya dalam asuransi kerugian kebakaran dengan objek

pabrik. Tingkat risiko terjadinya kebakaran pada pabrik kembang api akan lebih tinggi dibandingkan dengan pabrik makanan ringan. Hal tersebut menjadi dasar penentuan dan penilaian oleh penanggung untuk menerima pengalihan risiko dari tertanggung.

Dalam perjanjian asuransi jiwa pada khususnya, objek asuransi adalah jiwa, yang berarti adalah nyawa manusia. Dalam kehidupan pada masa sekarang, manusia perlu bertahan hidup dengan memenuhi kebutuhan pokok, sekunder, dan tersier yang dapat diperoleh dengan bekerja dan menghasilkan uang. Selain memenuhi kebutuhan diri sendiri, manusia pada umumnya menikah dan memiliki keluarga. Sehingga kebutuhan bukan hanya menjadi kebutuhan individu, melainkan menjadi kebutuhan keluarga yang lebih kompleks. Oleh karena dalam proses pemenuhan kebutuhan keluarga dibutuhkan penghasilan keluarga yang dapat diukur dengan uang. Hasil kerja tersebut disimpan dalam bentuk aset, baik rumah, mobil, dan aset lainnya. Asuransi jiwa bertujuan untuk melindungi penghasilan dan aset tersebut agar kehidupan keluarga paling tidak tetap sama seperti sebelumnya apabila pencari nafkah (tertanggung) mengalami risiko kematian ataupun risiko lain yang menyebabkan dirinya tidak bisa bekerja dan tidak memiliki penghasilan. Biaya pengganti tersebut disebut dengan Uang Pertanggungan yang jumlahnya sesuai dengan kesepakatan.

Kewajiban penanggung dan tertanggung yang dalam utama perjanjian asuransi jiwa adalah sejumlah uang pertanggungan yang akan dibayarkan oleh penanggung apabila terjadi risiko sesuai perjanjian, dan besarnya premi atau

iuran yang harus dibayar oleh tertanggung. Penentuan besarnya uang pertanggungan dan premi yang harus dibayarkan dihitung berdasarkan besar kecilnya risiko yang mungkin terjadi. Contohnya dalam hal usia. Semakin tua usia seseorang, maka risiko kematian yang terjadi meningkat. Oleh karena itu premi yang harus dibayarkan oleh orang yang berusia lebih tua pasti lebih mahal daripada orang yang berusia muda dengan besar uang pertanggungan yang sama. Faktor lain yang sangat penting adalah kondisi kesehatan. Apabila tertanggung mengidap penyakit tertentu, maka pasti akan mempengaruhi kemungkinan terjadinya risiko kematian, oleh karena itu, keputusan solusi untuk kondisi kesehatan harus dinilai dan diteliti secara kasus demi kasus. Kemungkinan solusi yang ditawarkan adalah:

a. Pengecualian penyakit tertentu

Perjanjian asuransi akan tetap berjalan, namun apabila tertanggung mengalami penyakit tertentu dan diberitahukan, maka segala risiko yang terjadi atas dasar penyakit tersebut akan dikecualikan, sehingga klaim tidak dapat dibayarkan apabila tertanggung mengalami risiko yang timbul dari penyakit tersebut.

b. Penambahan premi yang harus dibayarkan

Risiko kematian yang mungkin terjadi akan meningkat apabila tertanggung mengalami penyakit tertentu. Akibat semakin tingginya risiko tersebut, maka penanggung meminta penambahan iuran premi atau *extra premium* yang wajib dibayarkan tertanggung kepada penanggung dalam jangka waktu yang telah diperjanjikan dalam ilustrasi.

c. Perjanjian asuransi tidak dapat dijalankan

Dalam keadaan tertentu, penanggung tidak mampu untuk menerima pengalihan risiko akibat penyakit tertentu yang berada dalam kategori kritis dan vital, seperti penyakit jantung. Penyakit semacam itu akan meningkatkan risiko kematian secara drastis, sehingga pihak *underwriting* bertanggung tidak akan mampu menjalankan sebuah perjanjian asuransi, sehingga Permohonan Asuransi Jiwa akan ditolak.

Dalam perjanjian asuransi jiwa yang objek pertanggungannya adalah jiwa atau nilai hidup seseorang, penanggung memiliki kriteria dan penilaian yang dihitung dan diperkirakan secara matang oleh seorang aktuaria dan tim *underwriting*. Usia, kondisi kesehatan, jenis kelamin, nilai keuangan, serta faktor lain yang mempengaruhi penentuan risiko setiap orang berbeda-beda. Oleh karena itu, penilaian tidak bisa dilakukan dengan sama rata, dan harus kasus demi kasus atau *case by case*, karena kondisi jiwa seseorang berbeda-beda, pada khususnya adalah kondisi kesehatan dan riwayat kesehatan tertanggung yang sangat mempengaruhi kemungkinan terjadinya risiko. Oleh karena itu profesi dokter diperlukan dalam tim *underwriting* perusahaan asuransi jiwa sebagai penanggung. Sehingga mengenai pemberitahuan kondisi objek pertanggungan, yang dalam hal ini adalah riwayat kesehatan, harus benar-benar diberitahukan secara jujur oleh tertanggung. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara pemberitahuan dan kenyataan, maka prinsip itikad baik telah dilanggar baik secara sengaja maupun tidak sengaja, dan menyebabkan perjanjian asuransi jiwa batal serta klaim tidak dibayar.

PT. Generali Indonesia, merupakan salah satu perusahaan asuransi Jiwa di Indonesia, dan memiliki kantor cabang dengan kode M03 di kota Semarang yang terletak di Jalan Dr. Cipto 151 sejak tahun 2011. Kantor M03 telah mengerjakan berbagai urusan perjanjian asuransi, salah satunya adalah klaim uang pertanggungan dari seorang tertanggung di Semarang dengan nomor polis 00052145. Tertanggung yang tidak menikah mengalami risiko meninggal dunia pada bulan April 2016, adik tertanggung yang ditunjuk menjadi ahli waris asuransi mengajukan klaim dan diurus oleh agen penutup serta kantor M03 dan pada akhirnya surat pemberitahuan No. 02025/GI/CLM-INDV/VII/2016 yang menyatakan bahwa klaim ditolak karena alasan pelanggaran Pasal 2 polis, yang menyatakan bahwa:

Pasal 2

Dasar Asuransi

1. Apabila di kemudian hari ternyata bahwa Surat Permohonan Asuransi Jiwa beserta keterangan lain yang di maksud dalam Pasal 1 Ketentuan Umum Polis ini tidak benar atau kurang lengkap yang apabila hal tersebut diketahui oleh Penanggung sehingga dapat mempengaruhi pertimbangan seleksi risiko sedangkan Polis sudah berlaku atau jika ternyata usia Tertanggung yang sebenarnya pada saat pengajuan asuransi tidak memenuhi syarat untuk diasuransikan, maka:
 - 1.1. Jika terkait dengan Asuransi Dasar, maka seluruh manfaat di dalam Polis dinyatakan batal sejak awal dengan cara membatalkan Unit terakhir dengan menggunakan Harga Unit pada Tanggal Perhitungan Unit saat Polis dibatalkan oleh Penanggung. Penanggung tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apabila terjadi klaim.
 - 1.2. Jika Terkait dengan Asuransi Tambahan, maka Asuransi Tambahan yang terkait dengan ketidakbenaran dan/atau kurang lengkapnya tersebut dinyatakan batal sedangkan Asuransi Dasar serta Asuransi Tambahan lainnya tetap berlaku.

Dalam pasal tersebut dapat diketahui bahwa prinsip itikad baik tidak terlaksana karena adanya perbedaan antara keterangan yang harus

diberitahukan saat perjanjian asuransi dilakukan dengan kenyataan yang ada. Maka dari itu perjanjian dapat dibatalkan karena perjanjian tidak dilakukan berdasarkan itikad baik. Dalam pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, dalam pelaksanaannya itikad baik dalam pemberitahuan atau notifikasi tersebut tidak mempertimbangkan unsur kesengajaan karena unsur kesengajaan dalam pemberitahuan atau notifikasi sulit dibuktikan.

Pelanggaran atas pasal tersebut dibuktikan dengan berdasarkan fakta dari hasil investigasi bahwa:

Setelah melakukan proses verifikasi pada seluruh dokumen klaim yang diterima dan berdasarkan semua data maupun informasi yang ada dapat kami sampaikan sebagai berikut:

- b. Tanggal berlakunya Asuransi Dasar adalah pada tanggal 30 Oktober 2014.
- c. Tertanggung meninggal pada tanggal 11 April 2016 dengan diagnosa Death On Arrival.
- d. Berdasarkan dari hasil penelusuran data medis, kami menemukan bahwa Tertanggung telah mempunyai riwayat diagnosa Efusi Pleura (cairan pada rongga paru) dan Congestif Heart Failure (penyakit jantung) sejak 08 April 2013, sebelum Polis terbit yang tidak dinyatakan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ)

Asuransi Dasar yang dimaksud adalah asuransi jiwa yaitu uang pertanggungan. Sehingga apabila tertanggung meninggal dunia, maka akan dibayarkan uang pertanggungan sebesar Rp. 60.000.000,00 (enam puluh juta rupiah) sesuai perjanjian yang dituangkan dalam polis. Asuransi tersebut tidak dapat dibayarkan karena mengenai kondisi kesehatan tertanggung, sesuai dengan data di atas, hal tersebut tidak diberitahukan pada saat pembuatan perjanjian asuransi jiwa dalam pengisian Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ). Sehingga dana yang dikembalikan adalah premi bersih yang telah

dibayarkan oleh tertanggung dan masuk dalam dana investasi, dengan potongan biaya asuransi dan denda sesuai dengan ketentuan perusahaan.

Dalam pengisian SPAJ, pihak penanggung mencantumkan keadaan kesehatan calon tertanggung yang harus diisi dengan keadaan yang sebenarnya oleh tertanggung. Pemberitahuan keadaan kesehatan calon tertanggung tercantum dalam SPAJ Generali halaman keempat dan kelima, yang menanyakan kondisi kesehatan calon tertanggung secara khusus dengan mencentang pilihan YA dan TIDAK. Pilihan tersebut dengan jelas dicantumkan dan secara khusus mengenai perawatan kesehatan di rumah sakit, serta kondisi kesehatan secara khusus ditanyakan per organ manusia. Apabila tertanggung pernah mengalami atau didiagnosa penyakit dan menjawab YA, maka perjanjian asuransi harus direview ulang oleh pihak *underwriting* karena kemungkinan terjadinya risiko berubah dan berakibat penghitungan premi serta kemungkinan perjanjian asuransi dapat dijalankan juga berbeda.

Dalam pengisian SPAJ oleh tertanggung dengan nomor SPAJ 0267836 yang menjadi dasar terbitnya perjanjian dalam polis asuransi nomor 00052145 seperti dalam lampiran, diketahui bahwa tertanggung memberitahukan bahwa tertanggung selama lima tahun terakhir tidak pernah rawat inap dan menerima tindakan pembedahan, serta tidak pernah didiagnosa penyakit apapun pada jantung dan paru-parunya. Namun setelah dilakukan investigasi oleh pihak penanggung, tertanggung terbukti pernah melakukan tindakan pembedahan paru-paru basah, rawat inap, dan diagnosa penyakit jantung sejak 08 April

2013, jauh sebelum perjanjian asuransi dibuat yaitu pada tanggal 30 Oktober 2014, sehingga polis asuransi dibatalkan dan klaim tidak dapat dibayar.

Seorang agen asuransi sesuai dengan standar tugas dan kewajiban, harus memenuhi salah satu kewajibannya, yaitu memenuhi prinsip itikad baik dengan mendampingi tertanggung atau nasabah pada saat proses pembuatan perjanjian asuransi jiwa khususnya dalam pengisian formulir surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ).

Pihak kantor juga telah menyediakan fasilitas pelatihan dan pertemuan minimal satu minggu sekali, pada hari senin. Dalam pelatihan tersebut, pengetahuan dan etika agen dijelaskan kembali untuk mengingatkan agen bahwa kepentingan nasabah jauh lebih penting dari kepentingan agen, sehingga segala hal mengenai proses pembuatan perjanjian asuransi harus sangat diperhatikan, khususnya dalam hal pemberitahuan atau notifikasi kondisi kesehatan yang sering diabaikan oleh agen.

Dalam kejadian ini, adik tertanggung merasa tidak mengetahui dengan pasti pada saat pengisian form SPAJ dilakukan. Agen asuransi menganggap bahwa tertanggung sehat-sehat saja sehingga tidak memperhatikan tertanggung saat pengisian SPAJ dan tidak menanyakan lebih lanjut mengenai kondisi kesehatan yang sebenarnya sangat penting untuk diberitahukan. Pada waktu proses perjanjian asuransi dilakukan, agen juga dikejar target untuk *reward* tertentu dari kantor, sehingga mengabaikan unsur penting dalam perjanjian asuransi yaitu mengenai kondisi kesehatan tertanggung.

Menurut data sesuai dengan pernyataan bagian administrasi kantor, kasus serupa yaitu klaim tidak dibayar, terjadi 10-20% dari total jumlah klaim. Apabila segala persyaratan dipenuhi dan kelengkapan dokumen lengkap, klaim sangat mudah untuk dicairkan. Perbandingannya adalah seorang tertanggung dengan nomor polis 00038436, yang mengalami risiko meninggal dunia pada tanggal 30 September 2016. Klaim sebesar Rp. 204.144.702,78,00 dibayarkan kepada ahli waris atau penerima manfaat pada tanggal 24 Oktober 2016 melalui Surat Pemberitahuan PT. Generali Indonesia No. 002498/GI/CLM-INDV/X/2016. Tertanggung memenuhi semua persyaratan khususnya dalam itikad baik, serta dokumen yang dibutuhkan lengkap sehingga klaim dapat dicairkan dengan cepat.

Sesuai dengan pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, kelalaian dalam pelanggaran prinsip itikad baik mengenai pemberitahuan atau notifikasi kondisi kesehatan, baik sengaja atau tidak sengaja, berakibat perjanjian asuransi dibatalkan dan klaim tidak dapat dibayarkan. Hak tertanggung yang seharusnya diterima tidak dapat dipenuhi oleh penanggung akibat tidak terpenuhinya prinsip itikad baik yang menjadi hal mendasar dari perjanjian asuransi, saat pengisian formulir SPAJ.

Oleh karena pelanggaran tersebut, maka ada cacat kehendak dalam perjanjian asuransi dengan nomor polis 00052145. Maka hal yang dapat dilakukan adalah penanggung seharusnya meminta pembatalan kepada pengadilan terlebih dahulu, tidak dengan pembatalan sepihak. Namun dalam

kejadian ini pihak penanggung telah menunjukkan itikad baiknya yaitu dengan pengembalian sejumlah premi setelah dipotong biaya.

Letak kelalaian yang mengakibatkan cacat kehendak dalam kasus ini terdapat pada agen asuransi sebagai perwakilan dari penanggung. Oleh karena itu seharusnya agen asuransi diberikan sanksi sesuai dengan peraturan yaitu dikeluarkan karena itikad baik tersebut sebenarnya juga belum muncul dari penanggung akibat kesalahan agen asuransi sebagai perwakilan perusahaan penanggung.

2. Faktor pendukung dan penghambat pemenuhan prinsip itikad baik atau *utmost good faith* dalam perjanjian asuransi jiwa di PT. Generali Indonesia Regional Semarang

Pemenuhan prinsip itikad baik merupakan hal yang sangat penting dalam sebuah perjanjian. Pasal 1338 ayat (3) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata menyatakan bahwa perjanjian harus dilakukan berdasarkan itikad baik. Apabila itikad baik tidak dipenuhi, maka dapat berakibat hukum perjanjian dapat dibatalkan, hal tersebut juga ditegaskan dalam perjanjian polis asuransi PT Generali Indonesia pada Pasal 2 mengenai Ketentuan Umum. Dalam pelaksanaan perjanjian, tidak menutup kemungkinan bahwa salah satu atau kedua pihak dengan sadar dan sengaja memiliki itikad tidak baik untuk melakukan perjanjian demi keuntungan dan kepentingan pribadi. Hal tersebut tentu menimbulkan kerugian pada pihak yang beritikad baik, sehingga perjanjian tersebut dapat dibatalkan apabila terbukti prinsip itikad baik tidak dipenuhi.

Dalam perjanjian asuransi jiwa pada khususnya, berlaku pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD). Tujuan Pasal 251 KUHD adalah untuk melindungi penanggung atau membebaskannya dari risiko yang secara tidak adil diperalihkan kepadanya, sehingga dalam Pasal 251 KUHD itu tidak menjadi pertimbangan apakah pada tertanggung terdapat itikad baik atau tidak. Dengan demikian, penyembunyian atau mendiamkan suatu keadaan tentang benda pertanggung itu tidaklah dipersoalkan apakah itu terjadi dengan disengaja oleh tertanggung ataukah karena tertanggung tidak mengetahui keadaan itu atau karena menganggap keadaan itu tidak penting. Tidak perlu apakah tertanggung sudah mengetahui sebelumnya seperti yang disyaratkan dalam Hukum Perdata mengenai kekeliruan.²¹

Dalam praktek, dalam perjanjian asuransi jiwa PT Generali Indonesia di Kantor Regional Semarang M03, banyak tertanggung maupun agen asuransi yang tidak mengetahui, atau mengabaikan pemenuhan prinsip dari Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang. berdasarkan observasi dan hasil penelitian, data mengenai faktor-faktor pendukung dan penghambat pemenuhan prinsip itikad baik di kantor Generali M03 Semarang adalah:

a. Faktor Pendukung Pemenuhan Prinsip Itikad Baik

1) Kelulusan Ujian Lisensi AAJI agen asuransi jiwa

Seseorang wajib memiliki lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) untuk dapat melakukan aktivitasnya sebagai agen asuransi jiwa. Persyaratan untuk mendapatkan lisensi tersebut adalah

²¹ Emmy Pangaribuan Simanjuntak, 1982, Hukum Pertanggung (Pokok-pokok Pertanggung Kerugian Kebakaran dan Jiwa), Yogyakarta: Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada) hal 47.

lulus ujian sertifikasi AAJI, dengan mendaftar dan membayar biaya Rp. 350.000,00, melengkapi persyaratan seperti KTP, dan lulus ujian AAJI yang diselenggarakan oleh panitia AAJI setiap minggu. Ujian dilakukan secara tertulis, dengan menjawab 100 pertanyaan dalam sebuah lembar jawab komputer. Pihak kantor dalam hal ini kantor Generali M03 Semarang selalu memberikan pelatihan privat yang dilakukan oleh karyawan kantor kepada calon agen yang akan mengikuti ujian agar dapat lulus. Dalam ujian AAJI, soal yang diberikan 30% adalah mengenai tugas dan etika seorang agen asuransi. Sehingga jika seorang agen asuransi jiwa telah lulus ujian dan memiliki lisensi AAJI, maka agen tersebut seharusnya telah mengerti mengenai prinsip itikad baik.

Selain itu pihak kantor juga terus mengajarkan dan membimbing agen dalam mengisi SPAJ. Serta selalu mengingatkan saat penyerahan SPAJ yang sudah diisi, apakah data yang dimasukkan dalam SPAJ sudah benar dan sesuai kenyataan atau belum. Pihak kantor tidak bertanggung jawab apabila ada masalah yang timbul akibat pengisian SPAJ yang salah. Salah satu masalah yang timbul adalah pembatalan perjanjian, serta penolakan klaim yang diakibatkan oleh tidak terpenuhinya prinsip itikad baik dalam hal pemberitahuan atau notifikasi dalam pengisian SPAJ mengenai kondisi tertanggung yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya.

2) Pelatihan dan *training* agen asuransi

Kantor Generali M03 rutin melaksanakan *training* dan pelatihan yang rutin diadakan minimal 3 bulan sekali dengan nama Genesis. Pelatihan Genesis membahas mengenai 4 hal, yaitu konsep dasar asuransi, *company profile*, simple produk & *approaching*. Peserta pelatihan tersebut adalah agen yang telah memiliki lisensi AAJI dan memiliki kode agen dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan agen asuransi sehingga menjadi agen asuransi yang sukses dan berintegritas.

Dalam pelatihan tersebut selain diajarkan mengenai teori asuransi dan keuangan, dalam pembahasan mengenai konsep dasar asuransi diajarkan pula mengenai dasar perjanjian asuransi, etika, tugas, dan kewajiban seorang agen asuransi jiwa yang salah satunya adalah mengenai prinsip itikad baik atau *utmost good faith*, baik cara pemenuhannya maupun akibat hukum tidak dipenuhinya prinsip tersebut diajarkan dalam sesi khusus.

3) Pertanyaan mengenai kondisi kesehatan calon tertanggung dalam SPAJ

Dalam SPAJ, sesuai dengan lampiran terdapat beberapa daftar pertanyaan mengenai kondisi obyek pertanggungan, yaitu tertanggung beserta kondisi kesehatannya. Data tertanggung yang paling utama adalah mengenai jenis kelamin, usia, tinggi dan berat badan, serta kondisi kesehatan. Keempat data tersebut merupakan data yang paling mendasar untuk dijadikan perhitungan menentukan biaya atau premi

yang harus dibayar oleh tertanggung dengan uang pertanggungan tertentu.

Pertanyaan mengenai kondisi kesehatan calon tertanggung secara lengkap dan terperinci diuraikan dalam pertanyaan di SPAJ. Hal tersebut dilakukan agar mengenai kondisi obyek pertanggungan dapat diketahui secara terbuka oleh penanggung dan dijawab dengan teliti serta sebenar-benarnya. Oleh karena itu, hal tersebut menjadi faktor pendukung terpenuhinya prinsip itikad baik dalam pemberitahuan atau notifikasi.

4) Pernyataan tertanggung mengenai kelengkapan dan kejujuran dalam pengisian SPAJ

Dalam SPAJ halaman keempat, dalam kolom Data Kesehatan & Hobi Calon Tertanggung, telah dinyatakan bahwa:

"Calon Teranggung harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau Pemeriksa Kesehatan) secara lengkap dan jujur karena jawaban calon tertanggung akan mempengaruhi keputusan *Underwriting* dan proses pengajuan klaim jika Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini disetujui."

Kalimat ini menjadi dasar pemenuhan prinsip itikad baik mengenai pemberitahuan atau notifikasi obyek pertanggungan, karena mengenai keadaan obyek tersebut harus dinyatakan secara lengkap dan jujur sebelum perjanjian asuransi dilaksanakan. Sesuai dengan kalimat tersebut karena keadaan obyek sangat mempengaruhi perjanjian asuransi jiwa secara keseluruhan untuk dilaksanakan, baik dalam hal

penghitungan, pertimbangan persetujuan perjanjian, dan proses klaim yang seharusnya menjadi hak tertanggung.

b. Faktor Penghambat Pemenuhan Prinsip Itikad Baik

1) Ketidaktahuan tertanggung

Pada umumnya, perjanjian dilakukan dengan dasar itikad baik oleh para belah pihak. Kesepakatan dilakukan berdasarkan persetujuan mengenai hak yang diterima dan kewajiban yang harus dilakukan oleh kedua pihak, dengan terbuka dan tanpa tekanan. Prinsip itikad baik dapat dengan sengaja maupun tidak sengaja tidak dipenuhi oleh salah satu pihak maupun kedua belah pihak. Padahal, pemenuhan prinsip itikad baik harus diketahui oleh para pihak yang melakukan perjanjian karena memiliki akibat hukum dapat dibatalkannya perjanjian.

Berdasarkan hasil penelitian, dalam proses perjanjian asuransi jiwa di Kantor Generali M03 pada khususnya, dua per tiga calon tertanggung dari awal tidak mengetahui mengenai pentingnya pemberitahuan atau notifikasi mengenai obyek pertanggungan, yaitu mengenai data tertanggung terutama mengenai kondisi kesehatan dirinya.

Oleh karena itu, agen asuransi selain sebagai jembatan antara penanggung dan tertanggung, agen asuransi juga berperan untuk mengedukasi tertanggung dalam melakukan perjanjian asuransi dengan memberikan pengarahan pemenuhan hal-hal penting dalam melakukan perjanjian asuransi, salah satunya adalah pemenuhan prinsip itikad baik dalam hal pemberitahuan atau notifikasi mengenai tertanggung. Prinsip

itikad baik harus dijelaskan dari awal oleh agen asuransi kepada calon tertanggung agar tidak timbul masalah dan perselisihan di kemudian hari, terutama saat klaim dilakukan. Agen asuransi wajib mendampingi calon tertanggung dalam proses pembuatan perjanjian asuransi dan terutama dalam pengisian SPAJ.

- 2) Pengabaian mengenai pemberitahuan kondisi kesehatan dalam pengisian SPAJ oleh tertanggung dan agen asuransi

Agen asuransi yang tidak baik, menghimbau nasabah atau calon tertanggung untuk secara sengaja maupun tidak sengaja mengisi SPAJ dengan memberitahukan bahwa kondisinya sangat sehat dan baik-baik saja agar proses perjanjian asuransi dapat berjalan dengan cepat, walaupun sebenarnya beberapa dari calon tertanggung memiliki masalah kesehatan yang mempengaruhi penanggung dalam persetujuan surat permohonan asuransi jiwa yang selanjutnya menjadi perjanjian asuransi jiwa yang dituangkan dalam polis. Hal tersebut dilakukan agar perjanjian *deal* dengan cepat, karena berkaitan dengan beberapa faktor lainnya seperti kepentingan pribadi agen asuransi.

Semakin cepat perjanjian asuransi terlaksana, semakin cepat pula komisi yang menjadi hak agen asuransi dapat cair. Kondisi mendesak membutuhkan uang juga menjadi faktor utama pengabaian prinsip itikad baik ini oleh agen asuransi dan menyebabkan kerugian bagi semua pihak. Tertanggung merasa dirugikan karena klaimnya tidak dapat dicairkan sedangkan premi yang telah dibayarkan terpotong biaya

asuransi. Penanggung juga dirugikan karena tidak mengetahui secara benar dan lengkap mengenai keadaan obyek yang harus ditanggungnya. Agen asuransi sebagai penengah juga mengalami kerugian karena hubungannya dengan penanggung dan tertanggung menjadi canggung.

3) Tekanan agen asuransi dalam target penjualan tertentu

Dalam bisnis asuransi, seorang agen memiliki target penjualan tertentu sesuai dengan tingkat jabatannya untuk mendapatkan *reward* dan validasi. Di PT Generali Indonesia, *Reward* atau sering dinamakan kontes, dikeluarkan oleh perusahaan asuransi bagi agen asuransi yang mencapai tingkat penjualan tertentu dalam kurun waktu tertentu. Hadiah biasanya berupa liburan gratis dengan destinasi tertentu, bisa juga dalam bentuk uang gaji atau *financing*, *gadget*, dan emas. Pemenuhan *reward* tersebut biasanya dibatasi dengan waktu yang singkat, antara satu bulan hingga satu tahun. Sedangkan validasi adalah tingkat penjualan tertentu untuk mempertahankan tingkat jabatan agen asuransi. Besar jumlah penjualan minimal untuk validasi berdasarkan tingkat jabatan seorang agen asuransi. Semakin tinggi tingkat jabatannya, maka semakin besar pula nilai minimal validasinya.

Target tersebut juga menjadi faktor penghambat pemenuhan prinsip itikad baik dalam perjanjian asuransi jiwa di PT Generali Indonesia. Seringkali agen asuransi justru mengabaikan hal-hal mendasar dan penting dalam pelaksanaan perjanjian asuransi jiwa, salah satunya adalah prinsip itikad baik dalam pemberitahuan atau notifikasi

mengenai obyek pertanggung. Agen asuransi ditekan oleh target dan waktu tertentu, sehingga semakin cepat proses perjanjian dilaksanakan, maka semakin cepat pula besar premi dijadikan dasar perhitungan untuk *reward* dan validasi mereka, dan komisi dapat cepat diterima. Berdasarkan administrasi kantor, hal tersebut sudah biasa terjadi di kantor. Perjanjian asuransi dilaksanakan dengan cepat di awal, namun seiring berjalannya waktu timbul masalah di kemudian hari.

Dalam praktek, hal ini sangat bertolak belakang dengan kewajiban agen asuransi untuk berintegritas dalam menjalani pekerjaannya yang sudah dimengerti oleh agen asuransi saat penandatanganan perjanjian keagenan.

4) Kesengajaan tertanggung untuk keuntungan pribadi

Dalam beberapa kasus sesuai pernyataan administrasi kantor, beberapa nasabah atau tertanggung memang sengaja tidak beritikad baik dalam perjanjian untuk keuntungan pribadi. Hal ini terjadi pada produk *health plan*, di mana apabila tertanggung mengalami risiko rawat inap di rumah sakit, akan diberikan santunan per hari saat rawat inap yang besarnya disepakati oleh kedua belah pihak, antara Rp 500.000,00 hingga Rp 2.000.000,00 per hari. Tertanggung bekerja sama dengan pihak rumah sakit dengan sengaja dan beritikad tidak baik melakukan rawat inap di sebuah rumah sakit walaupun dirinya tidak sakit, atau sakit namun tidak diperlukan rawat inap untuk mendapatkan santunan tersebut.

Perbuatan ini sangat merugikan pihak penanggung yang telah beritikad baik untuk menanggung pengalihan risiko, karena premi yang dibayarkan jauh lebih kecil apabila dibandingkan dengan santunan yang diberikan. Oleh karena itu, penanggung sangat berhati-hati dalam melakukan perjanjian asuransi jiwa untuk menghindari hal tersebut. Pemberian manfaat yang seharusnya diterima oleh pihak yang terkena musibah dan risiko, namun salah sasaran kepada pihak yang ingin mengambil keuntungan pribadi. Prinsip itikad baik secara khusus sangat penting dalam perjanjian asuransi jiwa dan harus benar-benar diperhatikan oleh kedua belah pihak.

5) Pemenuhan kepentingan pribadi agen asuransi daripada kepentingan tertanggung

Faktor ini berkaitan dengan komisi yang diterima serta *reward* dan validasi. Agen asuransi menutup mata mengabaikan prinsip dasar dalam perjanjian asuransi, pada khususnya adalah prinsip itikad baik dalam pengisian SPAJ. Agar proses tidak menyita waktu terlalu lama, agen asuransi menghimbau tertanggung untuk mengisi daftar pertanyaan dalam SPAJ tidak sesuai dengan kenyataan dan mencentang semua kolom "YA" pada halaman keempat sampai kelima SPAJ yang menyatakan bahwa tertanggung tidak pernah mengalami atau didiagnosa penyakit tertentu, padahal tertanggung sebenarnya pernah. Apabila diisi dengan sebenarnya, maka pihak asuransi meminta calon

tertanggung untuk melakukan cek lab kesehatan sebagai dasar perjanjian dapat dilaksanakan dengan baik.

Perbuatan semacam ini melanggar Pasal 64 ayat (1) Permenkeu Nomor 152/PMK/010/2012 tentang Tata Kelola Perusahaan yang baik bagi Perusahaan Perasuransian yang menyatakan bahwa:

"Perusahaan Asuransi, perusahaan pialang asuransi, dan perusahaan Agen Asuransi wajib melindungi kepentingan pemegang polis, tertanggung, peserta, dan/atau pihak yang berhak memperoleh manfaat, agar pemegang polis, tertanggung, peserta, dan/atau pihak yang berhak memperoleh manfaat tersebut dapat menerima haknya sesuai polis asuransi."

Oleh karena itu, pemenuhan prinsip itikad baik dalam perjanjian asuransi jiwa di PT. Generali Indonesia regional Semarang tersebut dalam prakteknya masih belum sesuai dengan peraturan yang berlaku yang diakibatkan oleh beberapa faktor di luar hukum.

