

BAB III

CONTOH KASUS WANPRESTASI PEMBAYARAN KLAIM

TERTANGGUNG DALAM ASURANSI JIWA

A. Contoh Kasus Satu Wanprestasi Pembayaran Klaim Tertanggung Dalam Asuransi Jiwa Putusan Nomor 182/ Pdt.G/2020/ PN Yyk

Pengadilan Negeri Yogyakarta telah memeriksa dan memutus perkara perdata tingkat pertama dengan Putusan Nomor 182/Pdt.G/2020/PN Yyk, merupakan gugatan wanprestasi atas pembayaran klaim asuransi jiwa antara pihak Penggugat sebagai pemegang polis dengan Tergugat sebagai Perusahaan Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912. Penggugat terdiri atas dua orang, masing-masing mengikatkan diri secara terpisah melalui perjanjian asuransi jiwa dengan Tergugat yang sama sebagai Perusahaan Asuransi Jiwa. Paiman sebagai Penggugat I bertempat tinggal di Pringgolayan, RT 12, Desa Banguntapan, Kecamatan Banguntapan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Sumiyati sebagai Penggugat II bertempat tinggal di Pringgolayan, RT 12, Desa Banguntapan, Kecamatan Banguntapan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Perusahaan Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 (selanjutnya disingkat AJB Bumiputera 1912) Cabang Gondomanan sebagai Tergugat, beralamat di Jalan Brigjen Katamsno No. 1 Yogyakarta, Prawirodirjan, Gondomanan, Kota Yogyakarta.

Penggugat dengan surat gugatannya tanggal 30 November 2020 telah mengajukan dalil-dalil gugatan yang menjelaskan kewajibannya membayar uang premi kepada Tergugat, namun Tergugat melakukan wanprestasi yang justru merugikan Penggugat. Penggugat I dan Tergugat telah membuat dan

menandatangani perjanjian asuransi/ polis dengan nomor 2003428507 pada tahun 2003. Berdasarkan Perjanjian Asuransi No. 2003428507 tersebut disepakati bahwa Tergugat menerima premi asuransi dari Penggugat I sebesar Rp 1.516.000,- (satu juta lima ratus enam belas ribu rupiah) untuk setiap tahunnya. Pembayaran premi tersebut berlaku dari tahun dimulainya perjanjian sampai dengan 13 (tiga belas) tahun, atau selama jangka waktu 15 tahun, jika Penggugat I meninggal dunia lebih awal sebelum berakhirnya perjanjian asuransi tersebut.

Penggugat II dan Tergugat telah membuat dan menandatangani perjanjian asuransi/ polis dengan nomor 212103096598 pada tahun 2012. Berdasarkan Perjanjian Asuransi No. 212103096598 tersebut telah disepakati bahwa Tergugat menerima premi asuransi dari Penggugat II sebesar Rp 7.055.000,- (tujuh juta lima puluh lima ribu rupiah) untuk setiap tahunnya. Pembayaran premi berlaku dari tahun dimulainya perjanjian sampai anak Penggugat II menempuh pendidikan perguruan tinggi atau sampai tahun 2027. Kewajiban atas pembayaran premi selama ini telah dibayarkan oleh Para Penggugat secara tertib sebagaimana diatur di perjanjian asuransi/ polis tersebut, sehingga Para Penggugat berhak atas klaim sebagaimana yang telah disepakati.

Polis No. 2003428507 yang berlaku antara Penggugat I dan Tergugat telah berakhir, karena waktu perjanjian telah terlampaui. Penggugat sebagai pemegang polis masih hidup sampai dengan waktu berakhirnya perjanjian asuransi, maka kewajiban atas pembayaran premi yang dilakukan oleh Penggugat I terjadi selama 13 (tiga belas) tahun. Sedangkan Polis No. 212103096598 yang berlaku antara Penggugat II dan Tergugat belum berakhir karena jangka waktu perjanjian belum

terlampai, namun menurut polis tersebut Penggugat II seharusnya berhak atas klaim dana asuransi pendidikan untuk tingkat SLTP (karena anak Penggugat II telah memasuki pendidikan SLTP). Dapat disimpulkan bahwa:

1. Berdasarkan Polis No. 2003428507, Penggugat I berhak atas dana asuransi tersebut sebesar Rp 40.185.245,- (empat puluh juta seratus delapan puluh lima ribu dua ratus empat puluh lima rupiah);
2. Berdasarkan Polis No. 212103096598, Penggugat II berhak atas dana asuransi sebesar Rp 19.974.626,- (sembilan belas juta sembilan ratus tujuh puluh empat ribu enam ratus dua puluh enam rupiah).

Pemenuhan hak atas dana asuransi tersebut masing-masing dilakukan oleh Penggugat I dan Penggugat II dengan mengajukan klaim asuransi. Penggugat I dengan Polis No. 2003428507 mengajukan klaim asuransi pada tanggal 7 November 2018 melalui formulir klaim asuransi No. YKBPKLM2018002706 dengan nomor antrean 2.523. Penggugat II dengan Polis No. 212103096598 mengajukan klaim asuransi pada tanggal 23 Maret 2018 melalui formulir klaim asuransi No. YKBPKLM2018001249 dengan nomor antrean 3.048. Terhadap klaim asuransi yang diajukan Para Penggugat, telah dilakukan verifikasi oleh Tergugat dan dinyatakan lolos verifikasi serta berhak atas dana masing-masing sebesar Rp 40.185.245,- untuk klaim Polis No. 2003428507 sebagai hak Penggugat I dan sebesar Rp 19.974.626,- untuk klaim atas Polis No. 212103096598 sebagai hak Penggugat II.

Para Penggugat secara rutin menanyakan perkembangan atas proses klaim dana asuransi, namun Tergugat tidak memberikan jawaban apapun terkait proses pencairan dana klaim tersebut. Penggugat I dan Penggugat II juga telah meminta pencairan kepada Tergugat melalui kuasa hukumnya sesuai dengan surat tertanggal 9 November 2020 (Penggugat I) dan 18 November 2020 (Penggugat II), namun tidak ada keterangan untuk pencairan dana asuransi dari Tergugat, bahkan Tergugat tidak menanggapi surat dari Para Penggugat tersebut.

Para Penggugat melalui kuasa hukumnya menandatangani Tergugat di kantor Bumiputera Cabang Gondomanan dan bertemu dengan Tergugat, namun Penggugat tidak mendapati informasi yang jelas. Terkait pencairan dana asuransi, Tergugat hanya menyampaikan dana klaim asuransi akan dicairkan sesuai dengan nomor antrean, sesuai pada saat pertama mengajukan klaim. Sistem antrean diterapkan sejak awal tahun 2020, dan sebelum itu siapa yang aktif melakukan klaim maka akan dilayani terlebih dahulu. Hal tersebut ditambah dengan tidak dapat diaksesnya data nasabah yang melakukan antrean, karena merupakan bagian dari rahasia nasabah.

Tergugat tidak bersedia menjelaskan mengenai langkah-langkah/ upaya-upaya yang tengah dilaksanakan untuk kepentingan pencairan klaim tersebut dan tetap meminta agar Para Penggugat bersabar tanpa menyebutkan rencana pencairan klaim Para Penggugat. Informasi yang diperoleh Tergugat mengatakan bahwa Perusahaan Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera sampai dengan saat ini masih menerima nasabah dalam asuransi baru (polis baru) dengan menetapkan kebijakan baru bagi nasabah baru di tahun 2020 akan mendapatkan alokasi

pencairan melalui dana tertentu, sehingga tidak akan mengalami masalah. Kebijakan baru yang dikeluarkan ini bertentangan dengan Pasal 31 ayat 3 dan 4 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian yang intinya mewajibkan kepada perusahaan asuransi untuk menangani klaim dan keluhan tentang perasuransian melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses dan adil. Perusahaan asuransi pun tidak boleh melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian pembayaran klaim, sehingga mengakibatkan keterlambatan dalam penyelesaian dan pembayaran klaim. Dapat disimpulkan bahwa tindakan Tergugat melalui kebijakannya yang mendahulukan pemegang polis baru di tahun 2020, melalui dana khusus daripada mengutamakan pemegang polis yang sudah mempunyai jatuh tempo dan dapat ditagih pada tahun 2018 tidaklah adil bagi Para Penggugat. Terlebih Tergugat tidak menerapkan kebijakan kompensasi atas keterlambatan pencairan klaim tersebut untuk setiap harinya, atau untuk setiap bulannya, atau untuk setiap tahunnya.

Menanggapi hal tersebut membuat kuasa hukum Tergugat mengajukan eksepsi terhadap gugatan Para Penggugat sebelumnya, pada tanggal 2 Februari 2021. Majelis Hakim melalui pertimbangan hukumnya menilai bahwa pokok-pokok eksepsi Tergugat tidak sesuai dan akhirnya ditolak. Poin pertama eksepsi Tergugat adalah *plurium litis consortium*, bahwa gugatan Para Penggugat kurang atau tidak lengkap karena tidak menarik pihak Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dalam hal ini menaungi dan mengawasi AJB Bumiputera 1912 dalam menentukan gugatannya, namun Majelis Hakim berpendapat bahwa dengan ditariknya Otoritas Jasa Keuangan sebagai pihak dalam perkara ini tidak mengakibatkan perkara ini

kurang pihak. Inti yang menjadi objek permasalahannya ialah perikatan asuransi jiwa yang dibuat antara Penggugat I dan Tergugat, serta perjanjian asuransi jiwa yang dibuat antara Penggugat II dengan Tergugat. Ditegaskan bahwa kedudukan Para Penggugat adalah sebagai pihak pemegang polis, sedangkan Tergugat dalam perjanjian asuransi tersebut sebagai badan atau penyedia jasa.

Poin kedua eksepsi Tergugat adalah *obscuur libel*, bahwa gugatan Para Penggugat tidak terang atau isinya tidak jelas, sehingga uraian subjektif dan objektif hitungan dan objek hukum antara Para Penggugat dan Tergugat tidak dijabarkan dengan terang terlebih dahulu serta hal apa yang dimaksudkan oleh Para Penggugat atau polis mana yang dipermasalahkan. Majelis Hakim dalam salah satu pertimbangannya terkait poin dua ini menjelaskan bahwa suatu *fundamentum petendi/ posita* dianggap lengkap apabila memenuhi dua syarat, yaitu dasar hukum (*rechtelijk grond*) dan dasar fakta (*feitelijk grond*). Majelis Hakim berpendapat bahwa surat gugatan yang diajukan Para Penggugat secara formal telah memenuhi syarat-syarat diatas, seperti memuat penegasan atau penjelasan hubungan hukum antara Penggugat dengan materi atau objek sengketa dan antara Penggugat dengan Tergugat yang berkaitan dengan materi atau objek sengketa (*rechtelijk grond*), serta memuat penjelasan pada fakta langsung yang berkaitan dengan dasar hukum atau hubungan hukum yang didalilkan Penggugat menyangkut perbuatan cidera janji atau wanprestasi dilakukan oleh Tergugat atas perjanjian yang dibuat antara Penggugat I dan Tergugat. Kemudian perjanjian yang dibuat antara Penggugat II dan Tergugat. Dengan demikian, kedua poin eksepsi Tergugat di atas dinyatakan ditolak oleh Majelis Hakim.

Tergugat kemudian mengajukan dalil bantahan untuk menanggapi gugatan Para Penggugat. Pokok-pokok dari dalil bantahan Tergugat menjelaskan bahwa Tergugat sedang mengalami masalah likuiditas keuangan. Salah satunya diakibatkan oleh kegagalan proses restrukturisasi dalam rangka penyehatan keuangan perusahaan pada 2018 lalu. Namun, perlu Tergugat sampaikan bahwa AJB Bumiputera 1912 hingga saat ini tetap berkomitmen untuk menyelesaikan seluruh kewajibannya kepada Para Pemegang Polis Cq. Para Penggugat dengan berpedoman kepada kemampuan likuiditas perusahaan.

Inti dari dalil bantahan Tergugat berdasarkan uraiannya adalah mengingat bentuk badan hukum perusahaan adalah usaha bersama/ mutual dan saat ini mengalami kerugian salah satunya dengan kondisi likuiditas yang terganggu, maka sudah sepatutnya Para Penggugat untuk memaklumi kondisi perusahaan dan/ atau setidak-tidaknya turut menanggung kerugian sebagai pemilik perusahaan.

Perjanjian asuransi antara Penggugat I dan Tergugat, serta perjanjian asuransi yang dibuat antara Penggugat II dan Tergugat melalui pertimbangan Hakim lebih lanjut dianggap telah terbukti, karena telah diakui dan tidak dibantah oleh Tergugat. Selanjutnya Majelis Hakim mempertimbangkan apakah perjanjian asuransi jiwa yang dibuat oleh Para Penggugat dengan Tergugat sah. Pasal 1320 KUH Perdata menerangkan untuk syarat sahnya suatu perjanjian diperlukan 4 (empat) syarat, yaitu:

1. Sepakat mereka untuk membuat suatu perikatan;
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
3. Suatu hal tertentu;
4. Suatu sebab yang halal.

Menimbang, bahwa terhadap perjanjian asuransi antara Para Penggugat dengan Tergugat tersebut, Tergugat tidak mengajukan bukti lain untuk menyangkal kebenaran atas adanya perjanjian dan ketidaksahan perjanjian antara Penggugat dengan Tergugat sebagaimana didalilkan oleh Penggugat, maka Majelis Hakim menilai tidak terdapat hal-hal yang dapat membatalkan ataupun mengakibatkan batal demi hukum mengenai perjanjian yang dibuat antara Para Penggugat dengan Tergugat telah memenuhi ketentuan yang diatur Pasal 1320 KUH Perdata. Dapat dikatakan bahwa Para Penggugat merupakan pemegang polis asuransi yang sah.

Menimbang, bahwa berdasarkan surat bukti P-5 dan T-1 berupa Akta Polis Asuransi No. 2003428507 melalui perjanjian yang tertuang dalam polis asuransi tersebut, kedudukan Penggugat I adalah sebagai pihak bertanggung/ Pemegang Polis Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912, sedangkan kedudukan Tergugat adalah sebagai pihak Penanggung dengan jenis asuransi Dana Bahagia tanpa pemeriksaan dokter. Pembagian laba terhitung mulai 1 November 2003 dengan masa asuransi selama 15 tahun, uang pertanggungan Rp 10.000.000,- mulai awal tahun polis kedua Uang Pertanggungan (selanjutnya disingkat UP) naik 10% dari UP sebelumnya, dibayar pada 1 November 2018 atau jika bertanggung meninggal dunia dua tahun sebelum asuransi berakhir dibayar UP dan harga tunai dengan premi Rp 1.510.000,- dibayar setiap tanggal 1 November 2018 atau jika bertanggung meninggal dalam dua tahun sebelum asuransi berakhir dibayar UP dan harga tunai. Premi sebesar Rp 1.510.000,- dibayar pada 1 November selama 13 tahun atau jika meninggal dunia sebelumnya.

Menimbang, bahwa Penggugat II sesuai bukti T-9 (Fotokopi Polis Asuransi Penggugat II) merupakan pemegang polis/ tertanggung dengan nomor 212103096598 dengan jenis asuransi Mitra Cerdas tanpa pemeriksaan dokter, tanpa hak pembagian laba, dimulai masa asuransi 20 Desember 2012 selama 15 tahun dengan UP sebesar Rp 500.000.000,- jika Tertanggung meninggal dunia sebelum 20 Desember 2027, kepada yang ditunjuk untuk dibayarkan santunan sebesar uang pertanggungan (UP), akumulasi dana, dan kelangsungan belajar. Jika tertanggung hidup sampai tanggal 20 Desember 2027, maka akan dibayarkan dana kelangsungan belajar dan selisih antara realisasi hasil pengesahan dana dengan perhitungan pengembangan dana yang menggunakan bunga garansi hingga habis kontrak, dana kelangsungan belajar dibayar tanggal 20 Desember 2015 Rp 12.500.000,00, dibayar tanggal 20 Desember 2021 Rp 12.500.000,00, tanggal 20 Desember 2024 Rp 12.500.000,00, tanggal 20 Desember 2027 Rp 12.500.000,00, dengan premi Rp 7.055.000,00.

Pihak pemegang polis asuransi yaitu Penggugat I telah membayar uang premi kepada Tergugat sesuai dengan surat bukti-bukti P-3 (tertera di putusan). Penggugat II telah membayar uang premi kepada Tergugat sesuai dengan surat bukti-bukti P-4 (tertera di putusan). Berdasarkan surat-surat bukti tersebut, keberadaanya tidak dibantah oleh Tergugat. Untuk mendapatkan haknya berupa dana asuransi, maka Majelis Hakim melalui pertimbangannya mengabulkan petitum gugatan Penggugat poin 2.

Majelis Hakim selanjutnya mempertimbangkan apakah benar Tergugat telah melakukan perbuatan wanprestasi karena tidak membayarkan klaim asuransi yang diajukan Para Penggugat. Para Penggugat sebagaimana terdapat di putusan perkara *a quo*, melalui surat tanggapannya yaitu apabila dikaitkan dengan jatuh temponya pembayaran klaim wajib dibayar oleh Tergugat sesuai yang tertuang di polis (sebagai bukti bahwa Penggugat I dan Tergugat telah melakukan perjanjian asuransi, serta Penggugat II dan Tergugat telah melakukan perjanjian asuransi), maka sudah melewati waktu yang ditentukan. Perbuatan Tergugat sudah masuk dalam kriteria perbuatan wanprestasi, yaitu tidak melakukan prestasi sesuai yang disepakati di akta polis asuransi.

Permasalahan mengenai bentuk perusahaan asuransi jiwa Tergugat merupakan usaha bersama/ mutual sehingga para pemegang polis sebagai anggota dari perusahaan AJB Bumiputera turut menanggung kerugian, Majelis Hakim menilai bahwa sekalipun Tergugat merupakan badan usaha bersama, Para Penggugat tidak dapat dibebani atas risiko kerugian yang diakibatkan terdapat adanya masalah kepengurusan internal Tergugat. Terlebih Penggugat I telah habis masa kontraknya yang menandakan berakhirnya perjanjian tersebut, maka Penggugat I secara hukum kedudukannya sudah bukan sebagai anggota Perusahaan AJB Bumiputera 1912. Secara hukum Penggugat harus tetap mendapatkan haknya dan merupakan kewajiban Tergugat memberikan jaminan pembayaran klaim kepada Penggugat I dan Penggugat II.

Putusan ini diputuskan Majelis Hakim yang diucapkan di persidangan terbuka pada Kamis tanggal 3 Juni 2021. Majelis Hakim menolak eksepsi Tergugat. Pada pokok perkara, Majelis Hakim memutuskan untuk mengabulkan gugatan Para Penggugat untuk sebagian. Menyatakan bahwa Penggugat I dan Penggugat II sebagai nasabah Tergugat yang sah dan berhak atas klaim asuransi, masing-masing berdasarkan Perjanjian Asuransi dengan Polis No. 2003428507 dan No. 212103096598. Menghukum Tergugat (melakukan wanprestasi) untuk membayar kerugian kepada Para Tergugat sebesar Rp 40.185.245,- dan Rp 19.974.626, serta denda keterlambatan pembayaran klaim (sejak tahun 2018) sebesar Rp 9.688.428. Jumlah keseluruhan yang harus dibayar Tergugat kepada Para Penggugat sebesar Rp 69.828.299,- (enam puluh sembilan juta delapan ratus dua puluh delapan ribu dua ratus sembilan puluh sembilan rupiah).

Menimbang, bahwa berdasarkan seluruh uraian pertimbangan tersebut di atas Para Penggugat ternyata dapat membuktikan sebagian gugatannya. Gugatan Para Penggugat tersebut haruslah dikabulkan untuk sebagian, sedangkan untuk gugatan yang selain dan selebihnya yang tidak bisa dibuktikan Para Penggugat, maka gugatan yang sebagian dan selebihnya tersebut haruslah dinyatakan ditolak.

Menimbang, bahwa oleh karena gugatan Para Penggugat dinyatakan dikabulkan untuk sebagian maka dengan demikian pihak Tergugat sebagai pihak yang kalah haruslah dihukum untuk membayar biaya perkara yang timbul dalam perkara. Dengan memperhatikan Pasal 181 HIR, dan Pasal 1320, Pasal 1238 KUH Perdata serta peraturan-peraturan lain yang bersangkutan.

Mengadili, menolak eksepsi Tergugat. Dalam pokok perkara, Majelis Hakim mengabulkan gugatan Para Penggugat untuk sebagian. Menyatakan bahwa Penggugat I dan Penggugat II sebagai nasabah Tegugat yang sah dan berhak atas klaim asuransi berdasarkan Perjanjian Asuransi (POLIS) No. 2003428507 dan No. 212103096598. Menyatakan bahwa perbuatan Tergugat yang tidak membayar uang pertanggungan kepada pemegang polis asuransi No. 2003428507 (Penggugat I) sebesar Rp 40.185.245,- dan Pemegang Polis No. 212103096598 (Penggugat II) sebesar Rp 19.974.626,- merupakan perbuatan wanprestasi yang merugikan Para Penggugat.

Menghukum Tergugat untuk membayar kerugian kepada Para Penggugat sebesar Rp 40.185.245,- dan Rp 19.974.626 serta denda keterlambatan pembayaran klaim sejak tahun 2018 sebesar Rp 9.688.428, sehingga jumlah keseluruhan yang harus dibayar Tergugat kepada Para Penggugat adalah sebesar Rp 69.828. 299,- secara tunai dan sekaligus. Menghukum Tergugat untuk patuh dan tunduk terhadap putusan ini. Menghukum Tergugat untuk membayar biaya perkara sejumlah Rp. 416.000,00 (empat ratus enam belas ribu rupiah). Menolak gugatan Para Penggugat untuk selain dan selebihnya.

B. Contoh Kasus Dua Wanprestasi Pembayaran Klaim Tertanggung Dalam Asuransi Jiwa Putusan Nomor 219/Pdt.G/2020/PN Jkt.Pst.

Pengadilan Negeri Jakarta Selatan telah memeriksa dan memutus perkara perdata tingkat pertama dengan Putusan Nomor 219/Pdt.G/2020/PN Jkt.Pst yang merupakan gugatan wanprestasi atas pemenuhan pembayaran klaim dan pengembalian nilai pokok investasi asuransi jiwa terhadap para pemegang polis

(Para Penggugat) Asuransi JS Proteksi Plan Jiwasraya. Putusan ini mengadili perkara wanprestasi yang pada pokoknya melibatkan Para Penggugat dengan Tergugat I dan Tergugat II yang sama-sama merupakan Perusahaan Asuransi Jiwasraya, masing-masing pihak mengikatkan diri di dalam perjanjian asuransi jiwa. Tergugat I sebagai PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) Pusat Bancassurance dan aliansi strategis dan Tergugat II merupakan PT. Asuransi Jiwasraya (Persero).

Penggugat terdiri atas tiga orang yang masing-masing mengikatkan diri dengan PT. Asuransi Jiwasraya melalui perjanjian asuransi jiwa JS Proteksi Plan. Prof. Dr. O.C. Kaligis S.H., M.H. yang berdomisili hukum di Lembaga Pemasarakatan Sukamiskin, Jalan A.H. Nasution No. 114, Cisaranten Bina Harapan, Kecamatan Arcamanik, Kota Bandung, sebagai Penggugat I. Yenny Octorina Misnan, beralamat di Kepu Dalam II/49 A, Kemayoran, Jakarta Pusat sebagai Penggugat II. Aryani Novitasari, beralamat di Warakas I No. 89, Warakas, Tanjung Priuk, RT 15/RW 01, Jakarta Utara sebagai Penggugat III.

Kasus ini terdiri atas lima Tergugat, masing-masing pihak mewakili PT. Asuransi Jiwasraya (Persero), PT. Bank Tabungan Negara (Persero) Tbk, dan Menteri Badan Usaha Milik Negara. PT. Asuransi Jiwasraya (Persero), Pusat Bancassurance dan asliansi strategis, beralamat di Jalan Cikini Raya No. 97 Menteng Jakarta Pusat, sebagai Tergugat I. PT. Asuransi Jiwasraya (Persero), beralamat di Jalan Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta Pusat sebagai Tergugat II. PT. Bank Tabungan Negara (Persero) Tbk, beralamat di Jalan Gajah Mada No.1 Menara Bank BTN, Jakarta Pusat sebagai Tergugat III. Fitri Afrianti selaku *Priority Banking Manager* PT. Bank Tabungan Negara (Persero) yang beralamat di Bank Tabungan

Negara KCP Bintaro Jalan Ruko Bintaro Sektor 3A, Blok A No.11, Pondok Aren, Jurang Mangu Timur, Kota Tangerang Selatan sebagai Tergugat IV. Menteri Badan Usaha Milik Negara beralamat di Jalan Medan Merdeka Selatan No. 13, Kecamatan Gambir sebagai Tergugat V.

Kasus ini pada dasarnya menceritakan bagaimana Penggugat I, Penggugat II, dan Penggugat III masing-masing mengikat diri melalui perjanjian asuransi Tergugat I dengan produk asuransi JS Proteksi Plan milik Jiwasraya. Bahwasanya produk tersebut dipasarkan melalui pihak Tergugat III yang kita kenal sebagai *bancassurance* yang berujung wanprestasi. *Bancassurance* merupakan suatu program kerjasama antara bank dengan pihak perusahaan asuransi, di mana bank menjual produk asuransi yang dipasarkan perusahaan asuransi untuk menasar konsumen nasabah bank.

Riwayat dialihkannya uang Penggugat I kepada Tergugat I sesuai surat gugatan Para Penggugat tanggal 30 April 2020, bahwa Tergugat I dan Tergugat II telah menunjuk Tergugat III sebagai agen asuransi Tergugat I dan Tergugat II. Fakta ini juga disampaikan kepada Penggugat II dan Penggugat III. Tertarik pada bunga yang besarnya di atas bunga yang diberikan, akhirnya uang yang berjumlah Rp 25.000.000.000,00 (dua puluh lima miliar rupiah) tersebut dialihkan Para Penggugat untuk ditempatkan di Tergugat I dengan produk JS Proteksi Plan Jiwasraya, dengan perincian sebagai berikut:

1. Penggugat I dengan Nomor Polis KN070104547 sebesar Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah);
2. Penggugat II dengan Nomor Polis:

- a. KN070104088, mulai asuransi pada tanggal 30 Oktober 2017 sebesar Rp 2.500.000.000,- (dua miliar lima ratus juta rupiah);
 - b. KN070104146, mulai asuransi pada tanggal 10 November 2017 sebesar Rp 1.500.000.000,- (satu miliar lima ratus juta rupiah);
 - c. KN070104542, mulai asuransi pada tanggal 23 Februari 2018 sebesar Rp 3.000.000.000,- (tiga miliar rupiah);
 - d. KN070104645, mulai asuransi pada tanggal 23 Maret 2018 sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah);
 - e. KN070104826, mulai asuransi pada tanggal 13 April 2018 sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah).
3. Penggugat III dengan Nomor Polis:
- a. KN070101204, mulai asuransi pada tanggal 28 Oktober 2016 sebesar Rp 2.500.000.000,- (dua miliar lima ratus juta rupiah);
 - b. KN070101236, mulai asuransi pada tanggal 4 November 2016 sebesar Rp 1.500.000.000,- (satu miliar lima ratus juta rupiah);
 - c. KN070104541, mulai asuransi pada tanggal 23 Februari 2018 sebesar Rp 3.000.000.000,- (tiga miliar rupiah);
 - d. KN070104646, mulai asuransi pada tanggal 23 Maret 2018 sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah);
 - e. KN070104822, mulai asuransi pada tanggal 13 April 2018 sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah);

Tergugat IV pada awal tahun 2016 mendatangi Penggugat II dan Penggugat III, memberitahukan bahwa Tergugat III adalah Agen Penjual produk asuransi Tergugat I dan Tergugat II. Pada kesempatan itu pula Tergugat IV menyampaikan kepada Penggugat II dan Penggugat III tentang produk dari Tergugat I berupa JS Proteksi Plan Jiwasraya dengan menjanjikan dana Para Penggugat yang ditempatkan pada Tergugat I tetap aman karena:

1. Bunga yang ditawarkan 7% (tujuh persen) lebih tinggi dari bunga deposito Para Penggugat di Tergugat III;
2. Tergugat I dan Tergugat II merupakan salah satu perusahaan milik BUMN.

Setelah mendengar pemaparan dari Tergugat IV, Para Penggugat tertarik untuk menempatkan uangnya di Tergugat I dalam bentuk Produk JS Proteksi Plan. Pada awalnya produk JS Proteksi Plan berjalan lancar, namun pada tanggal 30 November 2018 Para Penggugat menerima surat dari Tergugat I yang menyatakan perihal keterlambatan pembayaran manfaat asuransi dan penawaran pola pengembangan polis *roll over* produk JS Proteksi Plan. Saat jatuh tempo polis milik Para Penggugat tahun 2018, Para Penggugat menyatakan kepada Tergugat I atas keinginannya untuk tidak memperpanjang produk JS Proteksi Plan Jiwasraya dan meminta Tergugat I untuk segera membayarkan nilai pokok uang milik Para Penggugat tersebut.

Pada saat produk JS Proteksi Plan Jiwasraya Para Penggugat jatuh tempo tahun 2019, Tergugat I tidak membayarkan nilai pokok uang milik Para Penggugat tersebut. Pada tanggal 18 Januari 2019, Tergugat II mengirimkan surat No.

00140/Jiwasraya/KN/0119 kepada Penggugat I, No. 00142 kepada Penggugat II, dan juga mengirimkan surat kepada Penggugat III perihal penjelasan mengenai pembayaran klaim produk JS Proteksi Plan. Inti dari surat tersebut menyatakan apabila tidak bersedia melakukan *roll over*, kami tetap berkomitmen untuk menyelesaikan pembayaran nilai pokok secara menyeluruh sesuai dengan polis yang diproyeksikan, akan dilakukan secara bertahap tentatif pada kuartal 2 tahun 2019. Tanggal 12 Maret 2020, Tergugat II pun kembali mengirimkan surat No. 0038/Jiwasraya/BR/0320, hal tersebut perihal penjelasan kepada Penggugat I bahwa permohonan Penggugat I atas pengembalian dan/ atau pencairan Polis milik Penggugat I belum dapat dipenuhi.

Dengan tidak dibayarkannya nilai pokok premi beserta bunga yang dijanjikan Tergugat I dan II kepada Para Penggugat yang telah jatuh tempo, maka terbukti bahwa Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan cidera janji atau wanprestasi sebagaimana diatur Pasal 1243 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Penggugat di dalam gugatannya kemudian mencantumkan provisi yang bertujuan untuk mencegah kerugian lebih besar lagi untuk memohon kepada Majelis Hakim agar mengeluarkan putusan provisi supaya Tergugat I dan Tergugat II tidak melakukan tindakan hukum yang bersifat mencairkan, mengalihkan, menjaminkan, menyerahkan uang milik para pemegang polis (dalam hal ini Para Penggugat).

Akibat perbuatan wanprestasi Tergugat I dan Tergugat II yang telah menimbulkan kerugian yang bersifat materiil, maka jumlah kerugian Para Penggugat adalah sebesar Rp 23.630.000.000,- (dua puluh tiga miliar enam ratus

tiga puluh juta rupiah. Petitum Penggugat nomor 4 menyatakan agar menghukum Tergugat I dan II untuk segera membayarkan nilai pokok beserta bunganya sebesar Rp 23.630.000.000,00. Petitum nomor 5 menyatakan agar Tergugat I, Tergugat II dan Tergugat III embayar denda keterlambatan sebesar 1% (satu persen) per bulan dari keseluruhan nilai pokok polis milik Para Penggugat secara tanggung renteng. Petitum 6 kemudian memohon kepada Majelis Hakim agar memerintahkan kepada Tergugat V untuk mengawasi uang milik Para Penggugat.

Terhadap gugatan Penggugat tersebut, masing-masing Tergugat I, Tergugat II, Tergugat III, Tergugat IV dan Tergugat V secara tegas dalam petitumnya menolak dalil-dalil gugatan tersebut. Singkat cerita, Majelis Hakim melalui pertimbangan hukumnya menyatakan bahwa benar Para Penggugat merupakan Pemegang Polis JS Proteksi Plan yang terdaftar di PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) yang dijual melalui saluran distribusi Bank BTN (Tergugat III) yang dipasarkan oleh Tergugat IV. Menanggapi polis-polis Produk JS Proteksi Plan yang telah jatuh tempo, Tergugat II pada pokoknya telah menyampaikan pemberitahuan kepada Pemegang Polis termasuk kepada Para Penggugat untuk kiranya memilih program yang ditawarkan Tergugat II, yaitu melakukan “Perpanjangan Periode Investasi” (*roll over*) atau memilih tidak melakukan perpanjangan periode investasi. Para Penggugat memilih untuk tidak melakukan perpanjangan.

Klaim pembayaran produk JS Proteksi Plan yang diajukan Para Penggugat dengan total nominal pokok sebesar Rp 23 Miliar beserta bunga sepenuhnya merupakan tanggung jawab dari Tergugat I dan Tergugat II selaku pihak yang menerbitkan produk tersebut. Tergugat III dalam hal ini bertindak sebagai agen

pemasaran yang hanya sebatas mendistribusikan produk-produk asuransi dari Tergugat I dan Tergugat II melalui kerjasama *Bancassurance*.

Pemasaran produk Asuransi JS Proteksi Plan yang dilakukan melalui saluran distribusi pemasaran *Bancassurance* telah sesuai dengan ketentuan Pasal 45 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No.23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi Dan Pemasaran Produk Asuransi, menyebutkan bahwa:

Perusahaan hanya dapat memasarkan Produk Asuransi melalui saluran pemasaran sebagai berikut:

- a. Secara langsung (*direct marketing*);
- b. Agen asuransi;
- c. *Bancassurance*; dan/ atau
- d. Badan usaha selain bank.

Bahwa yang dimaksud kerjasama *Bancassurance* di sini adalah kerjasama pemasaran produk asuransi kepada nasabah BTN di jaringan distribusi BTN melalui aktivitas kerjasama pemasaran antara BTN dan Jiwasraya. Dasar kerjasama antara Tergugat III dengan Tergugat I dan Tergugat II adalah Perjanjian Kerjasama Induk Antara PT. Bank Tabungan Negara (Persero), Tbk dengan PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) Tentang *Bancassurance* No. 27/PKS/DIR/2013 No. 117. SJ.U.0513 yang ditandatangani pada Senin, 20 Mei 2013 dan telah dilakukan perpanjangan dan adendum sebagaimana Adendum Kesatu Perjanjian Kerjasama Induk antara PT. Bank Tabungan Negara (Persero), Tbk dengan PT Asuransi Jiwasraya (Persero) Tentang *Bancassurance* No. 15/ADD/PKS/DIR 2017 No.

150.SJ.U.0917 yang ditandatangani pada Senin, 18 September 2017, untuk selanjutnya disebut “Perjanjian Kerjasama”.

Perjanjian Kerjasama tersebut salah satunya telah mengatur batasan hak dan tanggung jawab masing-masing pihak termasuk batasan ruang lingkup tanggung jawab masing-masing. Pasal 6 ayat 1 poin D menentukan bahwa yang bertanggung jawab secara penuh atas segala risiko asuransi terkait dengan Produk Asuransi yang dipasarkan melalui jaringan Distribusi BTN sesuai Perjanjian ini, yaitu pihak Jiwasraya. Pasal 6 ayat 1 poin O pada intinya menyebutkan Jiwasraya bertanggung jawab dan berupaya sebaik-baiknya untuk menyelesaikan secara damai setiap perselisihan dengan Nasabah/ Pemegang Polis/ Tertanggung dengan memperhatikan proses penjualan yang dilakukan oleh BTN. Pasal 6 ayat 1 poin P menjelaskan bahwa Jiwasraya bertanggung jawab atas penyelesaian tuntutan-tuntutan, klaim, penyerahan dan pembayaran yang jatuh tempo sehubungan dengan perjanjian asuransi dengan pemegang polis atau kepada para penerima manfaat dari produk asuransi.

Terkait batasan ruang lingkup tanggung jawab antara bank dengan perusahaan asuransi dalam pelaksanaan *Bancassurance*, Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan No. 32/SEOJK.OJK.05/2016 Tentang Saluran Pemasaran Produk Asuransi Melalui Kerjasama Dengan Bank (*Bancassurance*) melalui Poin 1 Bab IV (Manajemen Risiko Perusahaan dalam Rangka *Bancassurance*) menentukan bahwa yang bertanggung jawab atas produk asuransi yang dipasarkan melalui *Bancassurance* ialah perusahaan. Yang dimaksud perusahaan di sini berdasarkan Angka 8 Bab V (Aspek Perlindungan Konsumen) ialah perusahaan asuransi dan

perusahaan asuransi syariah, sebagaimana dimaksud Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Persuransian (Ketentuan Umum Pasal 1 huruf a).

Terkait pemasaran produk asuransi yang dilakukan oleh Tergugat IV yang merupakan karyawan dari Tergugat III yang ditunjuk sebagai agen pemasaran JS Proteksi Plan kepada Para Penggugat, pada prinsipnya merupakan pelaksanaan kerjasama *Bancassurance* dengan skema pemasaran “distribusi”. Pada model kerjasama pemasaran secara “distribusi”, dijelaskan pada Pasal 3 Perjanjian Kerjasama *Bancassurance* bahwa telah ditentukan ruang lingkup yang menyatakan:

BTN memasarkan produk asuransi secara langsung kepada Nasabah, dengan memberikan penjelasan mengenai produk asuransi tersebut terkait dengan karakteristik, manfaat, dan risiko dari produk yang dipasarkan dan meneruskan minat atau permintaan pembelian produk asuransi dari nasabah kepada Jiwasraya. Penjelasan dari BTN dapat dilakukan melalui tatap muka dengan nasabah dan/atau dengan menggunakan sarana komunikasi (*telemarketing*), termasuk melalui surat, media elektronik, dan *website* bank. Dalam hal ini Tenaga Pemasar BTN harus sudah memiliki sertifikasi keagenan yang disyaratkan.

Tergugat V telah menyampaikan jawaban atas gugatan Para Penggugat, bahwa Tergugat V dalam perkara *a quo* tidak pernah melakukan wanprestasi atau perbuatan melawan hukum apapun kepada Para Penggugat. Di dalam gugatan Para Penggugat tidak satu dalilpun yang menyatakan bahwa Tergugat V telah melakukan wanprestasi atau perbuatan melawan hukum. Untuk menguatkan dalil-dalil gugatannya, Penggugat I, Penggugat II, dan Penggugat III telah mengajukan bukti-

bukti tertulis. Begitu juga dengan Tergugat I, Tergugat II, Tergugat III, Tergugat IV, dan Tergugat V.

Majelis Hakim melalui pertimbangannya menilai bahwa dengan demikian nampak jelas bahwa telah terjadi hubungan hukum yang tidak terbantahkan antara Penggugat I, Penggugat II, dan Penggugat III dengan Tergugat I maupun Tergugat II. Penggugat I sebagai Pemegang Polis Asuransi JS Proteksi Plan No. KN070104547 senilai Rp 5.000.000.000,- (lima miliar rupiah) tertanggal 2 Maret 2018 (vide bukti P.1-1, dan P.1-4). Penggugat II sebagai Pemegang Polis Asuransi JS Proteksi Plan No. KN070104088 atas nama Yenny Octorina Misnan senilai Rp 2.500.000.000,- tanggal 30 Oktober 2017, Polis No. KN070104146 atas nama Yenny Octorina Misnan senilai Rp 1.500.000.000,- tanggal 10 November 2017, Polis No. KN070104542 atas nama Yenny Octorina Misnan senilai Rp 3.000.000.000,- tanggal 23 Maret 2018, Polis No. KN070104645 atas nama Yenny Octorina Misnan senilai Rp 1.000.000.000,- tanggal 23 Maret 2018, Polis No. KN070104826 atas nama Yenny Octorina Misnan senilai Rp 1.000.000.000,- tanggal 13 April 2018. Selanjutnya Penggugat III sebagai Pemegang Polis No. KN070104541 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 3.000.000.000,00. Polis No. KN070104646 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 1.000.000.000,- tanggal 23 Maret 2018, Polis No. KN070104822 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 1.000.000.000,- tanggal 13 April 2018, Polis No. 070104085 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 2.500.000.000,00, Polis No. KN070104147 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 1.500.000.000,00, Polis No. KN070101236 atas nama Aryani Novitasari senilai Rp 1.500.000.000,- tangaal 14 November 2016. Dapat

disimpulkan Para Penggugat sebagai Pemegang Polis dalam posisi Tertanggung, sedangkan Para Tergugat *in casu* Tergugat I dan Tergugat II sebagai Penanggung yang membayar atas polis-polis sebagai produk yang telah diterbitkan.

Menimbang, bahwa dengan memperhatikan uraian-uraian pertimbangan tersebut diatas terjawab sudah bahwa pihak Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan wanprestasi kepada Para Penggugat, sedangkan Tergugat III dan Tergugat IV tidak dapat dikatakan telah melakukan wanprestasi kepada Para Penggugat karena hanya merupakan “kepanjangan tangan” atau organ dari Tergugat I dan Tergugat II sebagaimana perjanjian *Bancassurance* yang telah dibuat antara Tergugat I dan Tergugat II dengan Tergugat III berdasarkan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 23 /POJK.05/2015 Tahun 2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi. Tergugat I dan Tergugat II dengan demikian harus bertanggung jawab atas pemenuhan pembayaran terhadap polis-polis Asuransi JS Proteksi Plan Para Penggugat.

PT Asuransi Jiwasraya sebagaimana diketahui merupakan lembaga keuangan non bank yang berada di bawah jajaran Kementertian BUMN, sehingga tunduk kepada Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Pembendaharaan Negara jo. Undang-Undang No. 19 Tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara. Terjadi kewajaran apabila Tergugat V juga diperintahkan untuk mengawasi dan memonitor keuangan di PT. Asuransi Jiwasraya *a quo* Tergugat I dan Tergugat II yang notabene sedang melakukan penyehatan keuangan guna pengembalian uang nasabah atau pemegang polis-polis *in casu* juga milik Para Penggugat.

Putusan ini diputuskan Majelis Hakim, diucapkan di persidangan terbuka pada Kamis tanggal 8 Juli 2021. Menyatakan tuntutan atau permohonan provisi Penggugat I tidak dapat ditertima. Menyatakan Eksepsi Para Tergugat tidak dapat diterima. Dalam pokok perkara, Majelis Hakim memutuskan untuk menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan ingkar janji (wanprestasi) dengan tidak membayarkan nilai pokok beserta bunga sebagaimana dimaksud. Majelis Hakim dengan demikian menyatakan sah dan mempunyai kekuatan hukum mengikat atas Penggugat I dengan Polis nomor KN070104547, Penggugat II dengan masing-masing Polis nomor KN070104088, KN070104146, KN070104542, KN070104645, dan KN070104826, Penggugat III dengan masing-masing Polis nomor KN070101204, KN070101236, KN070104541, KN070104646, dan KN070104822. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II segera membayarkan nilai pokok beserta bunganya milik Para Penggugat, dengan perincian sebagai berikut:

1. Untuk Penggugat I sebesar Rp 5.350.000.000,- (lima miliar tiga ratus lima puluh juta rupiah), dengan perincian sebagai berikut:
 - a. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 5.000.000.000,- (lima miliar rupiah); dan
 - b. Pembayaran nilai tunai jatuh tempo periode investasi sebesar Rp 350.000.000,- (tiga ratus lima puluh juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104547 yang telah jatuh tempo pada tanggal 28 Februari 2018;

2. Untuk Penggugat II, sebagai berikut:

- a. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 2.500.000.000,- (dua miliar lima ratus juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104088 tanggal 30 Oktober 2017;
- b. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 1.500.000.000,- (satu miliar lima ratus juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104146 tanggal 10 November 2017;
- c. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah) dan nilai tunai jatuh tempo periode investasi sebesar Rp 70.000.000,- (tujuh puluh juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104645 tanggal 23 Maret 2020;
- d. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah) dan nilai jatuh tempo periode investasi sebesar Rp 70.000.000,- (tujuh puluh juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104826 tanggal 13 April 2020;

3. Untuk Penggugat III sebagai berikut:

- a. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 2.500.000.000,- (dua miliar lima ratus juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070101204, jatuh tempo tanggal 28 Oktober 2021;
- b. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 1.500.000.000,- (satu miliar lima ratus juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070101236 jatuh tempo tanggal 4 November 2021;

- c. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 3.000.000.000,- (tiga miliar rupiah) untuk Nomor Polis KN070104541 jatuh tempo tanggal 23 Februari 2023;
- d. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah) dan nilai tunai jatuh tempo periode investasi sebesar Rp 70.000.000,- (tujuh puluh juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104646 yang telah jatuh tempo pada tanggal 23 Maret 2023;
- e. Pengembalian Nilai Pokok Investasi sebesar sebesar Rp 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah) dan nilai tunai jatuh tempo periode investasi sebesar Rp 70.000.000,- (tujuh puluh juta rupiah) untuk Nomor Polis KN070104822 yang jatuh tempo pada tanggal 13 April 2023;

Jumlah kerugian Para Penggugat adalah sebesar Rp 23.630.000.000,- (dua puluh tiga miliar enam ratus juta rupiah). Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk membayar denda keterlambatan sebesar 1% (satu persen) per bulan dari keseluruhan nilai pokok polis milik Para Penggugat secara tanggung renteng, terhitung sejak tanggal 10 Oktober 2018 sampai dengan putusan ini mempunyai kekuatan hukum tetap.

Memerintahkan kepada Tergugat V untuk mengawasi uang milik Para Penggugat, yang sampai saat ini masih berada dalam penguasaan Tergugat I dan Tergugat II, sekaligus memonitor dan mendesak Tergugat I dan Tergugat II untuk segera memproses pengembalian uang milik Para Penggugat kepada Para Penggugat.

Menimbang, bahwa berdasarkan keseluruhan pertimbangan sebagaimana terurai tersebut diatas dan tanpa perlu mempertimbangkan alat-alat bukti lain, alasan-alasan lainnya sudah cukup bagi Majelis Hakim untuk mengabulkan gugatan Para Penggugat untuk sebagian serta menolak selain dan selebihnya gugatan para penggugat.

Menimbang, bahwa oleh karena gugatan dinyatakan dikabulkan untuk sebagian maka terhadap Para Tergugat yang sebagaimana telah dipertimbangkan diatas sebagai pihak yang bertanggung jawab untuk dihukum membayar biaya perkara secara tanggung renteng. Mengingat Peraturan Perundang-undangan lainnya yang bersangkutan dengan perkara ini.

Mengadili, dalam provisi menyatakan tuntutan/ permohonan Provisi Penggugat I tidak dapat diterima. Dalam eksepsi, menyatakan eksepsi Para Tergugat tidak dapat diterima. Dalam pokok perkara, mengabulkan gugatan Para Penggugat untuk sebagian. Menyatakan Polis milik Para Penggugat, yaitu Penggugat I dengan Nomor Polis KN070104547, Penggugat II dengan masing-masing Nomor Polis KN070104088, Nomor Polis KN070104146, Nomor Polis KN070104542, Nomor Polis KN070104645, Nomor Polis KN070104826, Penggugat III dengan masing-masing Nomor Polis KN070101204, Nomor Polis KN070101236, Nomor Polis KN070104541, Nomor Polis KN070104646, Nomor Polis KN070104822 adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum mengikat.

Menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan Perbuatan Ingkar Janji (Wanprestasi) dengan tidak membayarkan nilai pokok beserta bunga sebagaimana dimaksud dalam nomor polis. Menghukum Tergugat I dan Tergugat II untuk segera membayarkan nilai pokok beserta bunganya milik Para Penggugat. Menghukum Tergugat I, dan Tergugat II membayar denda keterlambatan sebesar 1% (satu persen) per bulan dari keseluruhan nilai pokok polis milik Para Penggugat secara tanggung renteng, terhitung sejak tanggal 10 Oktober 2018 sampai dengan putusan ini mempunyai kekuatan hukum tetap.

Memerintahkan kepada Tergugat V untuk mengawasi uang milik Para Penggugat, yang sampai saat ini masih berada dalam penguasaan di Tergugat I dan Tergugat II, sekaligus memonitor, mendesak, Tergugat I dan Tergugat II untuk segera memproses pengembalian uang milik Para Penggugat kepada Para Penggugat. Memerintahkan agar putusan ini dilaksanakan terlebih dahulu walaupun ada *verzet* atau banding (*uit voerbaar bij voorraad*). Menghukum Tergugat I, Tergugat II dan Tergugat V membayar biaya perkara sebesar Rp. 3.020.000,00 (tiga juta dua puluh ribu rupiah). Menolak gugatan Penggugat selain dan selebihnya.

BAB IV

PERTANGGUNGJAWABAN HUKUM PENANGGUNG KEPADA TERTANGGUNG ATAS PERBUATAN WANPRESTASI PEMBAYARAN KLAIM DAN UPAYA HUKUM TERTANGGUNG TERHADAP PENYELESAIAN PEMBAYARAN KLAIM DALAM ASURANSI JIWA

A. Pertanggungjawaban Hukum Penanggung Kepada Tertanggung Atas Perbuatan Wanprestasi Pembayaran Klaim

Pertanggungjawaban hukum memiliki makna bahwa seseorang dapat dipertanggungjawabkan apabila terdapat hubungan hukum yang lahir dari suatu perjanjian (hubungan kontraktual), hal itu tidak terlepas dari konsep pertanggungjawaban hukum yang mengacu pada hukum perikatan. Asuransi merupakan perjanjian yang sifatnya konsensual, bahwa hal yang telah disepakati pada perjanjian asuransi dituangkan dalam suatu akta yang disebut polis.

Asuransi memiliki mekanisme bahwa penanggung menyediakan kompensasi finansial (*contract of indemnity*) kepada tertanggung, apabila tertanggung memiliki kepentingan yang menimbulkan hak untuk mengasuransikan (*insurable interest*). Asuransi dilakukan sebagai pengalihan risiko, sehingga terjadi pergeseran beban risiko dari tertanggung kepada penanggung. Itikad baik (*utmost good faith*) berperan penting dalam asuransi bahwa masing-masing pihak mempunyai kewajiban untuk memberikan informasi yang lengkap, jelas, dan akurat atau fakta materiil. Penyimpangan atau pelanggaran atas itikad baik jelas merugikan kepentingan penanggung atau tertanggung.

Perjanjian asuransi jiwa diadakan untuk mengatasi kerugian finansial yang tak terduga untuk menghadapi risiko kematian. Hal yang telah disepakati pada saat perjanjian tercantum dalam polis memiliki peranan penting pada saat pengajuan pembayaran klaim. Risiko yang dialami akibat kematian (*death*) dapat mengakibatkan hilangnya pendapatan atau mengalami kerugian finansial. Asuransi jiwa berperan untuk memperkecil risiko hilangnya pendapatan atau kekurangan finansial keluarga tertanggung. Penanggung akan memberikan manfaat asuransi berupa pencairan uang pertanggungan (*sum assured*) atau nilai tunai.

Perjanjian asuransi jiwa memiliki kekuatan mengikat bagi masing-masing pihak yang harus dipahami. Tertanggung mempunyai kewajiban kepada penanggung untuk membayarkan sejumlah premi sesuai waktu yang dijanjikan di dalam polis. Perusahaan asuransi sebagai penanggung wajib mengelola risiko yang dilimpahkan tersebut dengan hati-hati agar menghindari perbuatan cidera janji seperti membayarkan klaim yang sesuai dengan tanggal jatuh tempo pencairan yang tercantum dalam polis. Seseorang atau badan hukum dapat dimintai pertanggungjawabannya secara hukum atas perjanjian asuransi jiwa yang dilakukannya tersebut.

Pemegang polis maupun perusahaan asuransi jiwa mempunyai hak dan kewajibannya masing-masing dan dapat dituntut apabila melakukan tindakan di luar ketentuan polis. Pasal 28 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian telah menjelaskan tanggung jawab pemegang polis dan perusahaan asuransi melalui kewajibannya, tentunya masing-masing pihak tidak terlepas dari tanggung jawab hukum yang lahir dari perjanjian asuransi jiwa tersebut.

Peran penanggung sebagai perusahaan asuransi jiwa sesuai dengan Pasal 1 ayat 6 Undang-Undang Perasuransian, merupakan usaha yang menyelenggarakan jasa penanggulangan risiko dengan memberikan pembayaran dalam hal meninggal dunia dan melakukan pembayaran lain sesuai ketentuan yang diatur di dalam perjanjian. Hal ini membuktikan bahwa pertanggungjawaban hukum penanggung diatur Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

Pengajuan pembayaran klaim tersebut tidak terlepas dari pemegang polis yang memilih jenis asuransi jiwa mana yang sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan situasi finansialnya. Penting diperhatikan, bahwasanya jenis asuransi yang dipilih harus merujuk kepada kondisi finansial seseorang yang didapat melalui penghasilan pekerjaannya serta beban ekonomis bagi mereka yang mempunyai utang, agar pencairan klaim yang diajukan bertanggung sebagai pemohon dapat ditanggapi oleh perusahaan asuransi dengan mengecek polis yang bersangkutan dari hasil proses *underwriting*.

Pemegang polis wajib membaca polis untuk menghindari terjadinya perselisihan atau sengketa klaim asuransi di kemudian hari. Pemisahan hak dan kewajiban masing-masing pihak terlihat jelas dalam suatu perjanjian asuransi tersebut dalam polis yang disepakati demi hukum. Penanggung harus memberikan informasi atau keterangan dengan lengkap mengenai produk asuransi kepada tertanggung agar tertanggung dapat membuat keputusan untuk menerima atau menolak risiko yang tertera.

Polis asuransi jiwa pada umumnya dapat diklasifikasikan sebagai asuransi jiwa berjangka (*term life insurance*) dan asuransi jiwa bernilai tunai (*cash value life insurance*). Asuransi jiwa berjangka memberikan proteksi sementara, sedangkan asuransi jiwa bernilai tunai yang memiliki elemen tabungan dan membangun nilai tunai terdiri dari 2 produk utama, yaitu asuransi jiwa seumur hidup (*whole life insurance*) dan asuransi jiwa dwiguna (*endowment insurance*).

Asuransi jiwa sendiri terbagi ke dalam empat jenis, yaitu *term life insurance*, *whole life insurance*, *endowment*, dan *unit link*. Masing-masing memiliki sistem pembayaran manfaat asuransi dan *rider* (manfaat dasar) yang berbeda-beda. Pada asuransi jiwa berjangka (*term life insurance*), seluruh produk asuransi memberikan pertanggunggunaan selama satu jangka waktu tertentu yang disebut jangka waktu polis (*policy term*). Manfaat polis dapat dibayarkan hanya apabila tertanggung meninggal dalam jangka waktu yang telah ditetapkan dan polis masih berlaku (*in force*) ketika tertanggung meninggal dunia. Jika tertanggung masih hidup sampai berakhirnya jangka waktu yang telah ditetapkan, polis tersebut memberikan hak kepada pemegang polis untuk melanjutkan pertanggunggunaan asuransi jiwa. Jika pemegang polis tidak melanjutkan pertanggunggunaan itu, maka polis berakhir dan perusahaan asuransi tidak berkewajiban untuk memberikan pertanggunggunaan selanjutnya.

Asuransi jiwa seumur hidup (*whole life insurance*) memiliki dua karakteristik utama, yakni memberikan pertanggunggunaan seumur hidup kepada tertanggung selama polis masih berlaku (*in force*) dan memberikan pertanggunggunaan asuransi yang mengandung unsur tabungan. Asuransi jiwa dwiguna (*endowment*), asuransi ini memberikan suatu jumlah manfaat tertentu apakah tertanggung hidup

sampai akhir jangka waktu pertanggungan atau meninggal selama jangka waktu pertanggungan. Setiap polis asuransi jiwa dwiguna memiliki tanggal jatuh tempo (*maturity date*), yaitu tanggal pembayaran uang pertanggungan oleh perusahaan asuransi kepada pemegang polis jika tertanggung masih hidup. Tanggal jatuh tempo tercapai pada akhir suatu jangka waktu yang telah ditetapkan atau ketika tertanggung mencapai usia yang telah ditetapkan

Asuransi jiwa investasi (*unit link*). Premi yang dibayarkan akan dialokasikan ke dalam dua mekanisme pengelolaan secara terpisah yaitu pengelolaan premi dasar untuk kepentingan proteksi dan pengelolaan premi investasi. Premi Investasi dikelola oleh manajer investasi atau ahli investasi perusahaan. Dengan membeli produk *unit link*, maka tertanggung dapat memperoleh manfaat perlindungan asuransi sekaligus berinvestasi. Dibandingkan dengan produk asuransi jiwa dwiguna, produk *unit link* memberikan tertanggung kebebasan untuk memilih jenis instrumen investasi yang diinginkan dengan hasil nilai tunai (nilai polis) yang bervariasi. Jenis instrumen investasi yang dapat dipilih dalam unit link antara lain investasi dalam pasar uang, obligasi dan saham. Setiap pilihan jenis investasi memiliki risiko dan keuntungan yang berbeda-beda. Pasal 11 ayat 1 Keputusan Menteri Keuangan Nomor 481/KMK.017/1999 tentang Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi menjelaskan bahwa risiko investasi tersebut sepenuhnya ditanggung pemegang polis.

Konsep yang terjadi pada asuransi jiwa, apabila terjadi suatu evenemen ketika tertanggung meninggal dunia, maka penanggung wajib membayar uang santunan. Jika berakhirnya jangka waktu asuransi tanpa terjadi evenemen, maka

penanggung wajib membayar sejumlah uang pengembalian kepada tertanggung. Hal ini menjelaskan khususnya di dalam asuransi *endowment* (pengembalian uang pertanggungan serta pencairan nilai tunai) dan *unit link* (pencairan nilai tunai), perusahaan asuransi membayarkan sejumlah uang kepada pemegang polis apabila telah jatuh tempo, atau perjanjian tersebut telah selesai tanpa meninggalnya pemegang polis tersebut. Dalam situasi ini, tertanggung merupakan ahli waris atau dalam perjanjian asuransi tersebut.

Klaim asuransi secara pasti harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan dalam polis. Pengelolaan klaim yang diadakan bertujuan untuk memastikan bahwa semua pembayaran manfaat yang di buat oleh perusahaan asuransi adalah untuk klaim yang valid atau layak untuk dibayarkan. Pengelolaan klaim harus menciptakan suatu prosedur yang wajib diikuti oleh seluruh krayawan yang bekerja pada bagian klaim sebagai suatu pedoman bekerja (*guidelines*) pada saat perusahaan menerima pengajuan klaim dan menetapkan persyaratan bukti-bukti yang harus diajukan sebagai pendukung klaim agar manfaat dapat dibayarkan.

Wanprestasi bisa terjadi baik kepada pemegang polis maupun kepada perusahaan asuransi. Pemegang polis bisa saja memalsukan dokumen agar mempercepat dan memperbesar nilai tunai pada saat pencairan pembayaran klaim asuransi. Pasal 78 Undang-Undang Nomor 40 Tahun tentang Perasuransian menegaskan pemalsuan atas dokumen perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah sebagaimana dimaksud pada Pasal 33 di pidana dengan pidana penjara paling lama 6 bulan dan pidana denda paling banyak lima miliar rupiah.

Wanprestasi penanggung kepada tertanggung merupakan kelalaian karena tidak melaksanakan kewajiban yang seharusnya sesuai polis asuransi. Hal ini seharusnya tidak terlepas dari tujuan tertanggung yang ingin mendapatkan haknya apabila evenemen atas risiko asuransi jiwa terjadi atau nilai tunai jatuh tempo yang harus dicairkan. Perusahaan asuransi (penanggung) wajib menyelesaikan pembayaran paling lama 30 hari sejak tertanggung dan penanggung sepakat (Pasal 40 ayat 1 POJK No. 38/POJK.05/2020). Wanprestasi yang terbukti mengakibatkan hukuman/ sanksi yang dibebankan kepada penanggung berupa ganti rugi, terlebih membayar kompensasi atas keterlambatan pembayaran klaim yang sudah jatuh tempo.

Kepastian pembayaran klaim di bidang asuransi jiwa harus terdapat peraturan penyelesaian pembayaran klaim, salah satunya Pasal 40 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016. Pasal 31 ayat 3 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, menjelaskan bahwa penanggung wajib menangani klaim dan keluhan melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil, sesuai Pasal 20 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah.

Tanggung jawab masing-masing pihak untuk tetap melaksanakan kewajibannya dalam perjanjian asuransi jiwa berdasarkan polis yang di buat antar kesepakatan dua pihak. Hal ini tentunya tidak terlepas dari syarat sahnya mengadakan perjanjian itu sendiri, mengingat asuransi merupakan perjanjian/ hubungan kontraktual.

Tanggung jawab yang lahir pada hubungan kontraktual pada dasarnya terjadi apabila muncul suatu kewajiban yang harus dipenuhi di dalam kontrak/ polis (akta perjanjian asuransi) tersebut. Tanggung jawab sendiri baru ditegakkan apabila tidak dilaksanakannya kewajiban yang seharusnya dan apabila perjanjian tersebut sudah kedaluwarsa/ sudah habis jangka waktunya. Kewajiban merupakan beban kontraktual sedangkan tanggung jawab merupakan beban moral. Suatu undang-undang atau ketentuan yang berlaku sebagai produk hukum hadir untuk membuktikan apa yang dilakukan oleh para pihak di dalam suatu perjanjian. Dalam perjanjian asuransi jiwa, apabila melakukan tindakan wanprestasi, akan dibebani pertanggungjawaban hukum.

Perusahaan asuransi bertanggung jawab atas pembayaran klaim asuransi kepada pemegang polis dan wajib memberikan informasi yang benar serta melakukan transaksi/ pembayaran klaim dengan cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Sebagai pelaksanaan ketentuan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, kewajiban dari perusahaan asuransi sebagai bentuk pertanggungjawabannya secara hukum tercantum pada Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/ POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah, Pasal 29 ayat 3. Penanggung atau perusahaan asuransi bertanggung jawab membayarkan klaim timbul setelah menerima premi dari pertanggungan yang diadakan para pihak. Pertanggungan mulai berlaku apabila tertanggung membayarkan premi kepada penanggung dan menerima premi tersebut, sesuai pasal 28 Undang-Undang Perasuransian.

Pertanggungjawaban hukum kepada penanggung sebagai perusahaan asuransi mengacu kepada beberapa prinsip tanggung jawab. Terdapat dua istilah, yaitu *liability* dan *responsibility*. Istilah *liability* menunjuk pada pertanggungjawaban hukum, yaitu tanggung gugat akibat atas kesalahan yang dilakukan oleh subyek hukum, sedangkan istilah *responsibility* menunjuk pada pertanggungjawaban politik. Tindakan wanprestasi yang dilakukan oleh perusahaan asuransi jiwa sebagai penanggung, terdapat beberapa prinsip tanggung jawab yang sesuai, yaitu prinsip praduga untuk selalu bertanggung jawab (*presumption of liability principle*), dan prinsip tanggung jawab mutlak (*strict liability*).

Prinsip Praduga Untuk Selalu Bertanggung Jawab (*Presumption of Liability Principle*) menyatakan bahwa tergugat selalu dianggap bertanggung jawab sampai ia dapat membuktikan bahwa ia tidak bersalah. Kata “dianggap” pada prinsip “*Presumption Of Liability*” merupakan hal penting, karena ada kemungkinan tergugat membebaskan diri dari tanggung jawab, yaitu dalam hal membuktikan bahwa ia telah “mengambil” semua tindakan yang diperlukan untuk menghindari terjadinya kerugian. Jadi beban pembuktian ada pada tergugat.

Pihak penanggung harus bertanggung jawab atas perbuatannya melakukan wanprestasi terhadap pemegang polis yang pengajuan klaimnya ditolak oleh perusahaan asuransi. Prinsip ini bisa diterapkan di pengadilan, bahwa penggugat sebagai pemegang polis menggugat perusahaan asuransi sebagai tergugat. Pada pengadilan, penggugat berusaha membuktikan bahwa tergugat telah lalai dalam melaksanakan kewajibannya untuk membayarkan klaim kepada pemegang polis/

penggugat sebagai hak dari penggugat karena telah membayarkan premi kepada tergugat sebagaimana tercantum di dalam polis. Prinsip ini berlaku apabila tergugat bisa membuktikan, baik di dalam eksepsi/ jawaban tergugat maupun barang bukti untuk menyangkal atau membenarkan bahwa tergugat tidak melakukan perbuatan wanprestasi sebagaimana gugatan penggugat. Apabila terbukti pada putusan Majelis Hakim bahwa tergugat telah melakukan wanprestasi, maka tergugat/ perusahaan asuransi harus melakukan kewajibannya sebagai bentuk pertanggungjawabannya sebagai penanggung, terlebih membayarkan kompensasi atas keterlambatan pembayaran klaim.

Prinsip tanggung jawab mutlak sering diidentikan dengan prinsip tanggung jawab absolut (*absolute liability*), yaitu prinsip tanggung jawab tanpa kesalahan dan tidak ada pengecualian. Terdapat perbedaan dari kedua terminologi tersebut, *strict liability* adalah prinsip tanggung jawab yang menetapkan kesalahan tidak sebagai faktor yang menentukan, namun terdapat pengecualian yang memungkinkan untuk dibebaskan dari tanggung jawab tersebut, misalnya dalam keadaan *force majeure*. Sebaliknya *absolute liability* merupakan prinsip tanggung jawab tanpa kesalahan dan tidak ada pengecualian.

Prinsip ini sesuai dengan pertanggungjawaban untuk penanggung apabila perusahaan asuransi melakukan cedera janji kepada pemegang polis. Prinsip ini menegaskan bahwa masing-masing pihak sudah seharusnya melakukan apa yang tercantum di dalam polis sebagai pedoman dalam melakukan kewajibannya. Undang-Undang Perasuransian sudah menjelaskan mengenai hal tersebut, sehingga pertanggungjawaban masing-masing pihak tidak perlu dipertanyakan lagi karena

sudah tertera di polis asuransi (khususnya polis asuransi jiwa). Dalam praktik asuransi, setiap perusahaan asuransi telah menyusun polisnya masing-masing dengan syarat-syarat khusus dan klausula-klausula tertentu. Pada situasi tertentu, tertanggung harus membaca lebih lanjut dan cermat mengenai ketentuan-ketentuan yang tercantum di polis, tergantung jenis asuransi mana yang dipilih sesuai kebutuhan tertanggung/ pemegang polis.

Wanprestasi yang terjadi pada asuransi jiwa menjadi perkara yang pada akhirnya harus mendapatkan solusi, salah satunya dengan menyelesaikannya melalui pengadilan. Wanprestasi yang dilakukan perusahaan asuransi merugikan penggugat untuk segera melakukan gugatan yang intinya menerangkan bahwa hak atas pemegang polis dibayarkan oleh penanggung/ perusahaan asuransi tidak ditanggapi atau ditolak. Hubungan hukum menjadi syarat di dalam pertanggungjawaban secara perdata, baik kontraktual maupun non-kontraktual sebagai dasar untuk gugatan. Hubungan hukum lahir dari suatu perjanjian membuat pihak-pihaknya secara sadar sejak awal menghendaki suatu akibat hukum tertentu dan hukum memberikan jaminan untuk merealisasikannya.

Polis asuransi menjadi suatu bukti yang kuat dan utuh membentuk satu kesatuan. Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) lebih jelas memberikan gambaran mengenai isi polis yang tercantum di Pasal 304, bahwa polis asuransi jiwa memuat hari diadakannya asuransi, nama tertanggung, nama orang yang jiwanya diasuransikan, saat mulai dan berakhirnya evenemen, jumlah asuransi, dan premi asuransi. Demikian pentingnya polis di dalam asuransi jiwa yang memuat hak dan kewajiban, baik pemegang polis maupun perusahaan asuransi dengan itikad

baik sebagai bentuk pertanggungjawabannya agar menjalani kewajibannya kepada pemegang polis. Perjanjian asuransi jiwa bertujuan untuk meringankan beban keluarga tertanggung dalam menghadapi risiko kematian pemegang polis atau meringankan beban finansial sesuai perjanjian asuransi yang dipilih.

Janji yang disepakati harus dituangkan dalam suatu kontrak tertulis dalam bentuk polis asuransi. Kontrak yang diperjanjikan dibuat berdasarkan prinsip saling percaya dan itikad baik (*utmost good faith principles*) antara tertanggung dan penanggung sejak awal sampai dengan kontrak tersebut berakhir. Hal ini demi meningkatkan kepercayaan antara tertanggung dengan penanggung, khususnya menyelesaikan perselisihan sengketa klaim atas dasar itikad baik untuk menemukan solusi.

Wanprestasi dapat diselesaikan dengan berbagai upaya hukum untuk memperoleh kejelasan dari perusahaan asuransi sebagai bentuk pertanggungjawaban hukumnya kepada pemegang polis, baik melakukan teguran/ somasi terlebih dahulu, melakukan mediasi, negosiasi, arbitrase, hingga memilih untuk menyelesaikannya melalui pengadilan.

Pertanggungjawaban hukum mengenai wanprestasi merupakan konsekuensi yang harus dilimpahkan kepada debitur (dalam hal ini perusahaan asuransi jiwa). Penanggung diharuskan membayar ganti rugi wanprestasi, dapat diminta pembatalan perjanjian oleh kreditur melalui pengadilan, dan kreditur juga dapat meminta pemenuhan perjanjian, atau pemenuhan perjanjian disertai ganti rugi, dan pembatalan perjanjian dengan ganti rugi. Namun, ada situasi di mana perusahaan asuransi yang bersangkutan tidak sanggup untuk membayar klaim

asuransi kepada pemegang polis, pada akhirnya penyelesaian dilakukan melalui penundaan pembayaran kewajiban pembayaran utang (PKPU) atau/ dan pailit.

Debitur dapat terhindar dari ancaman harta kekayaannya dilikuidasi apabila debitur telah/ akan mengalami keadaan insolven (tidak memiliki cukup dana untuk melunasi utang), sesuai Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2004 tentang Kepailitan dan Penundaan Kewajiban Pembayaran Utang. Cara pertama dengan mengajukan Penundaan Kewajiban Pembayaran Utang atau PKPU, dan kedua ialah melalui kepailitan.

Penundaan kewajiban pembayaran utang dilakukan oleh debitur yang mempunyai satu atau lebih kreditur, apabila perusahaan asuransi jiwa tidak dapat melaksanakan kewajiban pembayaran klaim kepada para pemegang polis berdasarkan masing-masing polis yang dimiliki kreditur. Pasal 222 ayat 2 Undang-Undang PKPU. Debitur dapat mengajukan rencana perdamaian yang meliputi tawaran pembayaran sebagian atau seluruh utang kepada kreditur apabila debitur tidak dapat diperkirakan tidak dapat atau diperkirakan untuk melanjutkan pembayaran utang-utangnya dalam keadaan jatuh tempo. Kepailitan merupakan sita umum atas semua kekayaan debitur pailit (mengalami kemacetan pembayaran/ *bankruptcy*) yang pengurusan dan pemberesannya dilakukan oleh kurator di bawah pengawasan Hakim Pengawas, sesuai Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2004 tentang Kepailitan dan Penundaan Kewajiban Pembayaran Utang.

Penundaan kewajiban pembayaran utang dan kepailitan merupakan satu bentuk pertanggungjawaban hukum perusahaan asuransi jiwa/ penanggung kepada pemegang polis yang memiliki itikad baik dalam menyelesaikan kewajibannya

meskipun mengalami insolven. Ketentuan mengenai kepailitan juga diatur di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. Pasal 50 ayat 1 dan Pasal 51 ayat 1 Undang-Undang Perasuransian menyatakan bahwa permohonan pailit terhadap perusahaan asuransi diajukan oleh pihak Otoritas Jasa Keuangan (OJK) yang menyetujui atau menolak permohonan tersebut yang sebelumnya disampaikan oleh kreditur.

Dana asuransi dari hasil perusahaan asuransi yang dipailitkan harus digunakan terlebih dahulu untuk memenuhi kewajibannya kepada pemegang polis, tertanggung, atau pihak lain yang berhak atas manfaat asuransi (Pasal 52 ayat 2 Undang-Undang Perasuransian). Permohonan pernyataan pailit dan PKPU terhadap perusahaan asuransi hanya dapat diajukan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) (Pasal 2 dan Pasal 223 UU No. 37 Tahun 2004 tentang Kepailitan dan PKPU jo. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian).

B. Upaya Hukum Tertanggung Terhadap Penyelesaian Wanprestasi Pembayaran Klaim Pemegang Polis Dalam Asuransi Jiwa

Wanprestasi asuransi jiwa atas pembayaran klaim dalam pelaksanaannya menimbulkan perselisihan diantara dua pihak, dikenal dengan istilah sengketa klaim. Dalam menghadapi sengketa atau perselisihan semacam itu, pertama-tama yang akan dilakukan para pihak untuk menyelesaikannya ialah melihat kembali pada ketentuan yang tercantum dalam perjanjian yang telah disepakati.

Terdapat beberapa penyelesaian terhadap sengketa klaim asuransi jiwa, diantaranya melalui jalur pengadilan (litigasi) dan melalui jalur di luar pengadilan (non litigasi). Lebih lanjut, penyelesaian-penyelesaian tersebut yaitu melalui

pengadilan, penyelesaian yang ditangani oleh Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) bidang asuransi, yaitu Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).

Polis asuransi harus menyertakan upaya hukum apa yang harus dilakukan untuk menghadapi perselisihan atau sengketa klaim. Pasal 8 huruf m dan n Keputusan Menteri Keuangan Nomor 422/KMK.06/2003 tentang Penyelenggaraan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi, menyatakan bahwa polis asuransi harus memuat pemilihan tempat penyelesaian perselisihan, dan bahasa yang dijadikan acuan dalam hal terjadi sengketa atau beda pendapat, untuk Polis Asuransi yang dicetak dalam 2 (dua) bahasa atau lebih.

Sengketa yang terjadi antara konsumen dengan Lembaga Jasa Keuangan (LJK) terkait layanan produk yang dikeluarkan disebabkan berbagai faktor. Faktor-faktor terjadinya sengketa disebabkan baik karena perbedaan pemahaman antara konsumen dan LJK, atau kelalaian yang disebabkan oleh konsumen atau LJK sendiri dalam melaksanakan kewajiban melalui perjanjian (*wanprestasi*). Lembaga Jasa Keuangan terdiri atas beberapa sektor, seperti sektor perasuransian, pasar modal, dana pensiun, perbankan, penjaminan, serta pembiayaan dan pergadaian.

Mekanisme penyelesaian sengketa antara konsumen dengan Lembaga Jasa Keuangan harus dilakukan di LJK terlebih dahulu yang disebut sebagai *internal dispute resolution*. Setiap Lembaga Jasa Keuangan wajib memiliki unit kerja atau fungsi serta mekanisme pelayanan dan penyelesaian pengaduan bagi konsumen yang diatur Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 1/ POJK. 07/ 2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan). Jika penyelesaian sengketa di LJK

tidak mencapai kesepakatan, konsumen dapat melakukan penyelesaian sengketa melalui pengadilan atau di luar pengadilan yang disebut dengan *external dispute resolution*.

Tidak sedikit masalah klaim asuransi yang akhirnya menjadi kasus sengketa klaim asuransi yang sampai ke pengadilan. Pada umumnya, kasus sengketa klaim asuransi digugat oleh tertanggung (pemegang polis), walaupun ada juga yang digugat oleh pihak penanggung (perusahaan asuransi). Pihak-pihak yang terikat kontrak berkewajiban hukum untuk saling beritikad baik, termasuk dalam hal saling menyampaikan informasi materiil yang esensial bagi kesepakatan kedua belah pihak. Ketiadaan itikad baik di dalam perjanjian asuransi menyebabkan timbulnya sengketa klaim asuransi, dan hal tersebut bisa dialami oleh penanggung maupun dialami tertanggung.

Penyelesaian melalui pengadilan merupakan cara yang umumnya dilakukan oleh pihak tertanggung untuk menggugat penanggung perihal penolakan pembayaran klaim. Pada asuransi jiwa pihak pemegang polis menggugat perusahaan asuransi, baik karena pembayaran klaim tersebut sudah jatuh tempo atau karena waktu perjanjian yang tercantum di dalam polis asuransi telah terlampaui, maupun pembayaran yang tak kunjung cair atas uang pertanggungan kematian/ meninggalnya pemegang polis di mana uang pertanggungan tersebut merupakan hak sah untuk tertanggung sebagai pihak ketiga apabila ketentuan di dalam polis tersebut mewariskan uang pertanggungan tersebut kepada ahli warisnya yaitu tertanggung.

Sengketa klaim yang terjadi pada industri asuransi jiwa dapat diselesaikan melalui pengadilan yang terdiri atas Pengadilan Negeri (PN), Pengadilan Tinggi (PT), Mahkamah Agung. Forum ini yang sudah sangat dikenal oleh masyarakat umum untuk menyelesaikan berbagai macam sengketa yang terjadi tidak hanya sengketa bisnis tetapi juga sengketa-sengketa perdata lainnya. Proses peradilan yang lengkap berupa pemeriksaan bukti-bukti, saksi-saksi dan lain-lain dilakukan di tingkat pengadilan tingkat pertama (PN). Hasil akhir dari proses di PN berupa putusan yang hasilnya bisa bermacam-macam. Hasilnya bisa dimenangkan salah satu pihak yang menyatakan bahwa peradilan tidak mempunyai kompetensi mengadili baik karena kompetensi relatif maupun kompetensi absolut.

Sikap tergugat di pengadilan (yakni penanggung) dalam menanggapi dalil gugatan penggugat selalu mencantumkan bahwa gugatannya kurang pihak yang mempunyai kewenangan di dalam mengawasi pihak perusahaan asuransi untuk dihadirkan, disebut dengan istilah *plurium litis consortium* di dalam jawaban/ eksepsinya. Pihak yang seharusnya dihadirkan menurut eksepsi tergugat adalah pihak Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai lembaga yang mengatur dan mengawasi perusahaan asuransi jiwa. Poin kedua yang sering tercantum di dalam dalil bantahan tergugat/ eksepsi adalah *obscuur libel*, dalam hal gugatan penggugat tidak jelas, yang disertai alasan yang cukup oleh tergugat dalam hal menolak gugatan penggugat yakni pemegang polis.

Pihak yang tidak puas terhadap putusan Pengadilan Negeri bisa melakukan upaya hukum banding ke Pengadilan Tinggi, demikian seterusnya hingga upaya hukum juga bisa dilakukan ke Mahkamah Agung berupa kasasi. Sedangkan untuk

upaya hukum terhadap putusan pengadilan yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap adalah Peninjauan Kembali (PK). Upaya hukum Peninjauan Kembali merupakan upaya hukum luar biasa.

Terdapat upaya penyelesaian di luar pengadilan atau yang dikenal dengan istilah non litigasi. Dalam rangka melindungi konsumen, diperlukan adanya suatu mekanisme penyelesaian sengketa antara konsumen dengan lembaga jasa keuangan yang dilakukan di luar lembaga jasa keuangan melalui lembaga peradilan atau lembaga di luar pengadilan. Upaya-upaya non-litigasi tersebut semakin populer setelah diberlakukan Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Dalam undang-undang ini dikemukakan bahwa arbitrase adalah cara penyelesaian suatu sengketa perdata di luar peradilan umum yang didasarkan pada perjanjian arbitrase yang dibuat secara tertulis oleh para pihak yang bersengketa.

Penjelasan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan yang menyatakan bahwa dalam rangka menerapkan prinsip aksesibilitas, Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa mengembangkan strategi komunikasi. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan akses konsumen terhadap layanan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa dan meningkatkan pemahaman konsumen terhadap proses penyelesaian sengketa alternatif.

Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa mempunyai pengaturan dalam mengambil keputusan. Pertama mediator benar-benar bertindak sebagai fasilitator dalam rangka mempertemukan kepentingan para pihak yang bersengketa untuk

memperoleh penyelesaian perselisihan. Kedua, adjudikator dan arbiter dilarang mengambil keputusan berdasarkan pada informasi yang tidak diketahui para pihak. Ketiga, adjudikator dan arbiter wajib memberikan alasan tertulis dalam setiap putusannya.

Otoritas Jasa Keuangan berupaya memberikan perlindungan konsumen dalam menggunakan jasa keuangan kepada Lembaga Jasa Keuangan yang terdaftar di OJK. Perlindungan Konsumen merupakan rangkaian kebijakan dari pelaksanaan kegiatan yang mencakup edukasi, pelayanan informasi, pengaduan, serta fasilitasi penyelesaian sengketa bagi konsumen sektor jasa keuangan dan masyarakat pengguna jasa keuangan.

OJK secara resmi membentuk Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) untuk setiap industri keuangan untuk menyelesaikan sengketa klaim asuransi antara tertanggung dan penanggung yang seringkali terjadi. Industri asuransi telah memiliki LAPS yang dikenal dengan Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI). Mekanisme penyelesaian pengaduan di sektor jasa keuangan ditempuh melalui dua tahapan, yaitu penyelesaian pengaduan yang dilakukan oleh Lembaga Jasa Keuangan (*internal dispute resolution*) dan penyelesaian sengketa melalui lembaga peradilan atau lembaga di luar pengadilan (*external dispute resolution*).

Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa bersifat independen, tidak memiliki ketergantungan kepada Lembaga Jasa Keuangan tertentu. Mediator, adjudikator, dan arbiter Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa bersifat adil dalam menjalankan tugasnya, yaitu mediator benar-benar bertindak sebagai

fasilitator demi tercapainya kesepakatan penyelesaian dan kewajiban bagi adjudikator dan arbiter untuk memberikan alasan tertulis dalam setiap putusannya.

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) secara resmi membentuk Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang diatur pada Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan. Peran OJK terhadap industri perasuransian diatur pada Pasal 57 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, bahwa pengaturan dan pengawasan kegiatan usaha perasuransian dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) dibuat sebagai bentuk perlindungan terhadap konsumen sesuai amanat Undang-undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan. Latar belakang pembentukan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa adalah sering tidak tercapainya kesepakatan antara konsumen dengan Lembaga Jasa Keuangan. Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa diperlukan agar mampu menyelesaikan persengketaan dengan cepat, murah, adil, dan efisien.

Mekanisme layanan penyelesaian sengketa di LAPS memberikan langkah-langkah kepada pemohon yang harus ditempuh. Langkah pertama ialah konsumen menyampaikan permohonan penyelesaian sengketa, kemudian dilakukan verifikasi terhadap dokumen permohonan, konfirmasi penerimaan permohonan penyelesaian sengketa, pemilihan atau penunjukan pihak ketiga. Proses penyelesaian sengketa dilakukan melalui mediasi/ adjudikasi/ arbitrase. Terakhir, terjadi kesepakatan

mengenai keputusan terhadap penyelesaian sengketa. LAPS berperan melakukan *monitoring* (pemantauan) terhadap pelaksanaan kesepakatan.

Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di sektor perasuransian memiliki badan penyelesaian perseleisihan sengketa yang disetujui OJK, yaitu Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI). BMAI akan menyelesaikan masalah sengketa dengan tiga macam yang dapat ditempuh (baik secara mandiri ataupun bertahap) yaitu mediasi, adjudikasi, dan arbitrase.

Proses mediasi dilakukan menggunakan negosiator yang berfungsi sebagai mediator yang dapat memfasilitasi para pihak yang bersengketa. Proses ini dapat mengarah pada *win-win solution*. Jika proses melalui mediasi tidak tercapai, maka selanjutnya dapat dilakukan adjudikasi. Pada tahapan ini, dilakukan dengan menggunakan Majelis Adjudikasi yang terdiri atas tiga orang Adjudikator yang memeriksa dan membuat keputusan atas sengketa para pihak. Para pihak masih diperbolehkan untuk menolak atau menerima putusan dari Majelis Adjudikasi. Jika menolak, maka para pihak masih bebas untuk mencari upaya hukum lainnya, seperti pengadilan atau arbitrase. Tahapan arbitrase dilakukan dengan menggunakan Majelis Arbitrase yang terdiri atas tiga orang, yang memeriksa dan membuat keputusan atas sengketa para pihak, jika proses adjudikasi tidak berhasil, atau sengketa tersebut melebihi batas nilai yang diperkenankan untuk proses mediasi atau adjudikasi. Putusan yang dikeluarkan oleh Arbitrase bersifat mengikat dan final, karena sudah tidak ada lagi upaya hukum lain, naik banding maupun kasasi dsb.

Penolakan pembayaran klaim oleh penanggung kepada tertanggung dengan alasan klaim tidak dijamin oleh polis dapat dilakukan upaya penyelesaian ke BMAI dengan persyaratan tertentu. Sebelum sampai ke BMAI, harus ada proses pengajuan klaim dari tertanggung ke penanggung, kemudian ada proses pemeriksaan klaim oleh penanggung. Apabila penanggung menolak klaim dari tertanggung, maka tertanggung harus menyampaikan tembusan surat penolakan tersebut ke BMAI disertai ringkasan klaim serta alasan penolakan.

BMAI merupakan salah satu Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS), di bawah kewenangan Otoritas Jasa Keuangan. Tergabung dalam tiga perhimpunan asuransi, yaitu Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) dan Asosiasi Asuransi Jaminan Sosial Indonesia (AAJSI). Penyelesaian sengketa klaim dilakukan BMAI melalui tiga tahap yaitu tahap mediasi, tahap adjudikasi dan tahap arbitrase.

Perusahaan asuransi juga harus menyampaikan semua dokumen klaim kepada BMAI dalam bentuk *hard copy*. Dokumen tembusan tersebut digunakan untuk menganalisa setiap klaim yang masuk sehingga dapat dibuat kesimpulan awal dan menentukan arah penyelesaian yang akan ditempuh selanjutnya apabila tertanggung datang ke BMAI. Apabila dalam kesimpulan awal mediator tidak sependapat dengan penolakan oleh perusahaan asuransi, mediator segera menghubungi perusahaan untuk membahas kasus tersebut, demi mencapai kesepakatan yang diinginkan para pihak.

Pasal 54 ayat 1 Undang-Undang Perasuransian menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib menjadi anggota lembaga mediasi yang berfungsi melakukan penyelesaian sengketa antara perusahaan asuransi dan pemegang polis atau pihak lain yang mendapat manfaat asuransi. Lembaga mediasi tersebut harus mendapat persetujuan tertulis dari Otoritas Jasa Keuangan. Pengaduan wajib diselesaikan terlebih dahulu oleh Lembaga Jasa Keuangan, yakni perusahaan asuransi. Pengaduan merupakan bentuk penyampaian ketidakpuasan konsumen (dalam hal ini pemegang polis) yang disebabkan oleh kerugian/ potensi kerugian finansial pada konsumen yang terjadi karena kesalahan atau kelalaian Lembaga Jasa Keuangan (dalam hal ini kerugian yang disebabkan oleh kelalaian perusahaan asuransi jiwa mengenai wanprestasi atas pembayaran klaim tersebut). Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa merupakan penyelesaian sengketa diluar pengadilan. Penyelesaian pengaduan tersebut diatur di Pasal 2 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan yang menyatakan apabila penyelesaian pengaduan melalui lembaga jasa keuangan tidak berhasil, maka penyelesaiannya dapat dilakukan baik melalui pengadilan maupun di luar pengadilan. Penyelesaian sengketa diluar pengadilan tersebut yang diatur POJK tentang LAPS.

Lembaga Jasa Keuangan harus menjadi anggota dari LAPS di sektor jasa keuangan. Lembaga jasa keuangan tersebut wajib melaksanakan putusan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa. Pasal 4 POJK tersebut mengatur bahwa LAPS mempunyai layanan penyelesaian sengketa berupa mediasi, adjudikasi, dan arbitrase, serta mempunyai peraturan yang meliputi layanan penyelesaian sengketa,

prosedur penyelesaian sengketa, biaya penyelesaian sengketa, jangka waktu penyelesaian sengketa, ketentuan benturan kepentingan dan afiliasi bagi mediator, adjudikator, dan arbiter, serta mengatur mengenai kode etik bagi mediator, adjudikator, dan arbiter. Penyelesaian tersebut mempunyai pengaturan terhadap pelayanan penyelesaian, prosedur, biaya, serta jangka waktu penyelesaian sengketa yang perlu dipahami oleh masing-masing pihak yang berselesih, terutama menangani masalah sengketa/ perselisihan klaim asuransi jiwa yang dilakukan perusahaan asuransi yang merugikan pemegang polis.

Kepada pemegang polis atau ahli waris, apabila merasa terdapat ketidakpuasan baik dalam pelayanan yang diberikan perusahaan asuransi jiwa, maupun dalam hal klaim asuransi, maka ajukan terlebih dahulu kepada perusahaan asuransi tersebut dengan cara musyawarah dan mufakat antara dua pihak. Namun, jika tidak ada titik temu mengenai permasalahan tersebut, tertanggung dengan penanggung yang beritikad baik untuk mengatasi masalah ini dapat mengajukannya baik melalui pengadilan, melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa bidang asuransi melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).

Pembayaran klaim asuransi jiwa perlu dipahami lagi berdasarkan polis yang dimiliki oleh pemegang polis. Bisa saja terjadi kesalahan pemegang polis itu sendiri terkait tidak dibayarkannya klaim oleh perusahaan asuransi karena pemegang polis atau tertanggung tidak teliti dalam membaca polis. Misalnya ketika pemegang polis/ tertanggung tidak mengajukan klaim kepada asuransi ketika sudah jatuh tempo, hal ini seringkali terjadi dikarenakan lupa tidak membaca berbagai ketentuan yang ada di dalam polis.