

TINJAUAN TERHADAP PROSES KLAIM ASURANSI JIWA KUMPULAN PADA PT. ASURANSI SYARIAH KELUARGA INDONESIA

Rian Hasanah¹, Ikhwan Hamdani², Hilman Hakiem³

Program Studi Ekonomi Syariah, Fakultas Agama Islam, Universitas Ibn Khaldun Bogor

rianhasanah5@gmail.com¹, ikhwan@fai.uika-bogor.ac.id², hilman@fai.uika-bogor.ac.id³

ABSTRACT

This research aims to determine how the claims process of life insurance group at PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia and the cause of postponed and rejected claims. Type of the research used descriptive qualitative research. The result of the research showed that in general there are four claims process, notification process, evidence of claim document, claim investigation and claim settlement. Those four processes that PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia applied are simple and easy. The claim investigation conducted if at the time of verification found irrelevant data. The cause of the postpone claims is the lack of documents that the institution gave to the insurance company, so the claim must be postponed until the file is completed at a predetermined time. The cause of the claim being rejected is the policy status is not active, the participant is not a member, contravene "utmost good faith" principle, etc.

Keyword: *Life Insurance Group, Process, Claims.*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana proses klaim asuransi jiwa kumpulan pada PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia dan penyebab ditunda atau ditolaknya klaim. Penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum proses klaim ada empat diantaranya pemberitahuan klaim, bukti dokumen klaim, penyelidikan klaim dan penyelesaian klaim. Keempat proses klaim yang diterapkan oleh PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia cukup sederhana dan mudah. Penyelidikan klaim dilakukan apabila pada saat verifikasi ditemukan data yang tidak relevan. Penyebab klaim ditunda adalah kurangnya dokumen yang diberikan oleh lembaga atas nama pesertanya kepada pihak asuransi sehingga klaim ditunda sampai berkas dilengkapi pada waktu yang telah ditentukan. Penyebab klaim ditolak adalah status polis tidak aktif, peserta tidak termasuk anggota, melanggar prinsip "utmost good faith" dan lain-lain.

Kata kunci: *Asuransi Jiwa Kumpulan, Proses, Klaim.*

PENDAHULUAN

Penerapan prinsip syariah pada sektor perekonomian mendapat dukungan dari pemerintah walaupun pada dasarnya masyarakat Indonesia yang menjadi penggerak. Penerapan prinsip pada keuangan syariah ini ditandai dengan banyaknya lembaga keuangan syariah yang beroperasi seperti pada bidang perbankan, asuransi, *leasing*, pegadaian, hotel, koperasi dan pada jenis lembaga keuangan lainnya (Puspitasari, 2011: p35). Istilah perbankan syariah lebih melekat dan sering didengar karena pada umumnya masyarakat membutuhkan perbankan dan lembaga keuangan lainnya untuk memudahkan mereka dalam melaksanakan aktivitas keuangannya. Namun pada dasarnya industri keuangan syariah tidak hanya perbankan syariah, salah satu lembaga syariah lainnya yang mengikuti tumbuh dan berkembangnya adalah asuransi syariah.

Manusia pada kehidupan di zaman primitif menggunakan kebiasaan hidup saling berdampingan atau bersama-sama dalam suatu komunitas, sehingga kebutuhan dan keperluan hidup mereka secara umum dapat teratasi melalui mekanisme saling menjaga dan saling tolong menolong di antara mereka (Ali. 2008 : p11). Sejalan dengan perkembangan waktu terjadi urbanisasi (perpindahan ke kota), di mana dalam masyarakat kota bila seseorang menghadapi berbagai bahaya dan risiko dan susah mendapat bantuan dari keluarga maupun kelompoknya, sehingga dengan perubahan kehidupan di atas membuat mereka mencari beberapa solusi yang dapat membuat kehidupan menjadi aman. Manusia saat ini secara ekonomi dituntut agar mengadakan persiapan secara matang untuk menghadapi masa-masa yang sulit seperti diatas jika menyimpannya dimasa yang akan datang, praktik asuransi ataupun bisnis pertanggung jawaban yang lain akan memudahkan seseorang untuk menyiapkan dan merencanakan kehidupannya dimasa mendatang dan dapat melindungi kepentingan ekonominya dari sebuah kerugian yang tidak terduga (Anggraeni . 2010: p1).

Menurut undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang usaha perasuransian, definisi asuransi atau pertanggung jawaban adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggung jawabkan (Arif. 2015:p2) Banyaknya perusahaan-perusahaan yang bergerak di bidang asuransi syariah mengembangkan produk-produk untuk

memenuhi kebutuhan berasuransi sesuai syariah, salah satu produknya adalah asuransi jiwa kumpulan.

Asuransi jiwa kumpulan adalah produk asuransi jiwa yang dipasarkan secara kolektif, dimana sebuah kelompok, perusahaan, lembaga, institusi atau organisasi mengasuransikan seluruh karyawannya pada satu perusahaan asuransi. Pada kuartal III tahun 2017, Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) mencatat jumlah tertanggung di segmen pasar ini mencapai 43 juta orang. Jumlah ini tumbuh 5,5 % dari periode tahun sebelumnya (m.kontan.co.id. 7 Mei 2018). Pertumbuhan asuransi jiwa kumpulan ini harus sejalan dengan manfaat yang diterima oleh peserta asuransi, namun hal yang paling penting adalah sejauh mana kebijakan dan kecepatan perusahaan tersebut dalam melayani terutama dalam masalah klaim.

Sula (2004) dalam operasionalnya klaim adalah proses yang mana peserta dapat memperoleh hak-hak berdasarkan perjanjian tersebut. Semua usaha yang diberikan untuk menjamin hak-hak tersebut dihormati sepenuhnya sebagaimana yang seharusnya. Pada semua perusahaan asuransi, termasuk yang berdasarkan konsep takaful, sebenarnya tidak ada alasan untuk memperlambat penyelesaian klaim yang diajukan oleh tertanggung. Tindakan memperlambat itu tidak boleh dilakukan, karena klaim adalah suatu proses yang telah diantisipasi dan diperhitungkan sejak awal oleh semua perusahaan asuransi. Disamping itu, yang lebih penting lagi bahwa klaim adalah hak peserta, dan dananya diambil dari *tabarru'* semua peserta. Karena itu, wajib bagi pengelola untuk melakukan proses klaim secara cepat, tepat dan efisien.

Anggraeni (2010) dalam masalah klaim, tidak sedikit kasus yang terjadi yaitu manfaat yang seharusnya diterima tidak dapat dirasakan karena adanya prosedur yang kurang lengkap atau tidak sesuai dengan apa yang disyaratkan sehingga mengakibatkan penundaan pencairan klaim atau bahkan penolakan klaim. Oleh sebab itu, pemahaman peserta dalam membaca polis harus diperhatikan. Peserta wajib mengetahui kondisi atau kejadian apa yang ditanggung oleh pihak asuransi dan yang tidak ditanggung, serta berapa besar biaya yang akan ditanggung oleh pihak asuransi.

Dalam asuransi jiwa kumpulan, sebagai lembaga yang mengasuransikan pesertanya dituntut untuk mengerti dan memahami bagaimana proses klaim asuransi jiwa kumpulan yang benar dan tepat agar klaim yang diajukan dapat diproses dengan cepat. Salah satu perusahaan yang menawarkan asuransi jiwa kumpulan adalah PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia (ASYKI) yang bernama *Muawanah* Kebajikan Kumpulan.

PT.ASYKI menjadi salah satu asuransi yang menggunakan prinsip syariah menjawab kebutuhan masyarakat yang ingin berasuransi secara syariah tanpa riba, gharar dan hal yang dilarang dalam muamalah islam. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana proses klaim asuransi jiwa kumpulan pada PT.ASYKI dan apa penyebab ditunda atau ditolaknya klaim.

KAJIAN KEPUSTAKAAN

Pengertian Asuransi Syariah

Dalam bahasa arab asuransi disebut *at-ta'min*, penanggung disebut *mu'ammin*, sedangkan tertanggung disebut *mu'aman lahu* atau *musta'min*. Kata *at-ta'min* memiliki arti memberi perlindungan, ketenangan rasa aman, dan bebas dari rasa takut. Sesuai dengan firman Allah SWT :

الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَءَامَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ ﴿٤﴾

“Dialah Allah yang mengamankan mereka dari ketakutan.” (Quraisy:4)

Men-*ta'min*-kan sesuatu, artinya adalah seseorang membayar/menyerahkan uang cicilan agar ia atau ahli warisnya mendapatkan sejumlah uang sebagaimana yang telah disepakati, atau untuk mendapatkan ganti terhadap hartanya yang hilang (Sula.2004 :p28).

Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa asuransi khususnya asuransi syariah adalah pertolongan diantara sejumlah pihak yang saling ridha mengumpulkan uang untuk membantu musibah atau resiko yang akan terjadi pada salah satu pihaknya sehingga pihak tersebut mendapatkan manfaat dan pertolongan juga perlindungan dari pihak lainnya.

Landasan Hukum Asuransi Syariah

1) Al-Quran

يٰۤاَيُّهَا الَّذِيْنَ ءَامَنُوْا اتَّقُوْا اللّٰهَ وَتَنْظُرُوْا نَفْسَ مَا قَدَّمْتُمْ لِغَدٍ
وَاتَّقُوا اللّٰهَ ۚ اِنَّ اللّٰهَ خَبِيْرٌۢ بِمَا تَعْمَلُوْنَ ﴿١٨﴾

“Hai orang-orang yang beriman, bertakwalah kepada Allah dan hendaklah setiap diri memperhatikan apa yang telah dibuat untuk hari esok (masa depan). Dan bertakwalah kepada Allah sesungguhnya Allah Maha Mengetahui yang kamu kerjakan.” (al-Hasyr: 18)

2) Hadist

Diriwayatkan oleh Abu Hurairah *r.a.* Rasulullah SAW bersabda: “Barangsiapa yang menghilangkan kesulitan duniawinya seorang mukmin, maka Allah SWT akan menghilangkan kesulitannya pada hari kiamat, barangsiapa yang mempermudah kesulitan seseorang, maka Allah SWT akan mempermudah urusan dunia dan akhirat”. (HR.Muslim)

3) Fatwa DSN MUI

Fatwa DSN MUI No.21/DSN-MUI/X/2001 tentang Pedoman Asuransi Syariah yang menjelaskan diperbolehkannya asuransi, akad apa saja yang dapat digunakan dalam asuransi syariah, premi, dan klaim yang harus sesuai dengan kesepakatan awal.

4) KUHD (Kitab Undang-Undang Hukum Dagang)

Bab 9 yang menjelaskan tentang ketentuan jenis pertanggungan dari asuransi, batas maksimal pertanggungan yang diberikan asuransi, prosedural proses pertanggungan yang berlaku, penyebab batalnya proses pertanggungan, dan pertanggungan disusun secara tertulis dalam suatu akta atau polis.

Akad-akad Asuransi Syariah

1) Akad *tabarru'* yaitu mengerahkan segala upaya untuk memberikan harta atau manfaat kepada orang lain, baik secara langsung maupun masa yang akan datang tanpa berharap adanya kompensasi yang bertujuan untuk saling tolong menolong demi mengharap *ridha* dan pahala dari Allah SWT. Akad ini diimplementasikan dalam pengelolaan dana, dimana para peserta dengan ikhlas dan secara jelas mengetahui bahwa dana dari premi mengalir dalam dana *tabarru'* yang digunakan untuk menolong jika peserta lain mengalami musibah atau bahkan meninggal dunia (Arif.2015 :p26)

2) Akad *wakalah bil ujah* yaitu pemberian kuasa dari peserta kepada perusahaan asuransi untuk mengelola dana peserta dengan imbalan pemberian *ujrah (fee)*.

Dalam akad ini, perusahaan bertindak sebagai wakil (yang mendapat kuasa) untuk mengelola dana. Peserta (pemegang polis) sebagai individu ataupun kelompok, dalam produk *saving* dan *tabarru'*, bertindak sebagai *muwakkil* (pemberi kuasa) untuk mengelola dana. Sesuai dengan firman Allah SWT :

قَالَ اجْعَلْنِي عَلَى خَزَائِنِ الْأَرْضِ إِنِّي حَفِيظٌ عَلَيْهَا

“Jadikanlah aku bendaharawan negara (Mesir). Sesungguhnya aku adalah orang yang pandai menjaga lagi berpengalaman.” (QS. Yusuf : 55)

Akad *Wakalah* adalah bersifat *amanah* (*yad amanah*) dan bukan tanggungan (*yad dhaman*) sehingga wakil tidak menanggung risiko terhadap kerugian investasi dengan mengurangi *fee* yang telah diterimanya, kecuali karena kecerobohan atau wanprestasi. Objek dari akad ini meliputi kegiatan administrasi, pengelolaan dana, pembayaran klaim, *underwriting*, pengelolaan portofolio risiko, pemasaran dan investasi (MUI.2006 :p7-8).

3) Akad *mudharabah musytarakah* yaitu perpaduan dari akad *Mudharabah* dan akad *Musyarakah*. Perusahaan asuransi sebagai *mudharib* menyertakan modal atau dananya dalam investasi bersama dana peserta. Modal tersebut diinvestasikan secara bersama-sama dalam portofolio. Perusahaan asuransi sebagai *mudharib* mengelola investasi dana tersebut. Hasil investasi dibagi antara perusahaan asuransi (sebagai *mudharib*) dengan peserta (sebagai *shahibul mal*) sesuai dengan nisbah yang disepakati (MUI.2006 :p5-6).

Klaim

Khoiril (2007) klaim adalah permintaan peserta, ahli warisnya, atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya musibah yang menyebabkan kerugian dan peserta berhak menerima tanggungan berdasarkan perjanjian. Dalam klaim wajib adanya administrasi klaim yang berfungsi untuk melakukan verifikasi berkas klaim peserta untuk memenuhi perjanjian kontrak apakah klaim tersebut layak bayar atau tidak.

Prinsip-Prinsip Klaim

Khoiril (2007) ada tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta. *Pertama*, tepat waktu maksudnya adalah klaim harus dibayar sesuai waktu yang dijanjikan. Biasanya rentang waktu pembayaran klaim pada perusahaan asuransi syariah berbeda-beda. Ada yang meletakkan batas waktu satu hari sampai 30 hari. Ini terjadi jika berkas klaim lengkap. *Kedua*, tepat jumlah adalah klaim yang harus dibayarka kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya, sesuai dengan nilai kerugian atau nilai maksimal yang menjadi haknya. *Ketiga*, tepat orang artinya klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak. Dengan prinsip ini, perusahaan tidak akan membayarkan santunan kepada ahli waris jika nama ahli waris tersebut tidak tercantum dalam polis. Meskipun demikian, terkadang dalam kondisi-kondisi

tertentu perusahaan asuransi membutuhkan bukti-bukti sah untuk membayarkan manfaat asuransi kepada pihak yang tidak tercantum dalam polis

Asuransi Jiwa Kumpulan

Asuransi jiwa kumpulan adalah asuransi untuk sekelompok orang yang secara bersama-sama ikut program asuransi dalam polis yang sama. Anggota kelompok yang ikut program asuransi kumpulan dalam satu polis tidak perlu menyerahkan bukti layak asuransi (*evidence of insurability*) untuk dapat diterima oleh program tersebut (Syahatah, 2006 :p65). Dengan begitu, seleksi resiko dilakukan atas kelompok secara keseluruhan, bukan atas per orang yang membentuk kelompok. Polisnya dimiliki oleh organisasi yang biasa disebut sebagai pemegang polis sedangkan anggotanya hanya mendapat sertifikat. Perusahaan asuransi hanya memiliki hubungan dengan organisasi, bukan dengan anggota-anggota kelompok (Anwar.2007 :p55)

Manfaat Asuransi Jiwa Kumpulan

Menurut Ismanto (2016) manfaat asuransi jiwa kumpulan adalah sebagai berikut :

- 1) Memastikan bahwa keluarga peserta memiliki dana yang cukup seandainya peserta meninggal dunia secara tiba-tiba. Atau, keluarga peserta mendapatkan perlindungan manakala peserta mengalami cacat akibat penyakit yang diderita sehingga peserta tidak dapat bekerja seperti sedia kala.
- 2) Memastikan bahwa keluarga peserta asuransi dapat mempertahankan standar kualitas hidup manakala peserta meninggal dunia. Tanpa perlindungan dari asuransi jiwa, kejadian tersebut mengakibatkan sumber penghasilan keluarga hilang, sehingga standar kehidupan keluarga peserta selanjutnya mengalami penurunan.
- 3) Memenuhi kebutuhan peserta di hari tua atau tersedianya tabungan hari tua. Pada saat peserta masih masuk dalam usia produktif, peserta bisa mendapatkan penghasilan yang maksimal sedangkan ketika masuk masa pensiun tentu penghasilan akan berkurang oleh sebab itu asuransi jiwa bermanfaat untuk kebutuhan di hari tua.
- 4) Memastikan peserta mendapatkan tambahan penghasilan manakala peserta menghadapi sakit yang serius atau kecelakaan fatal.

METODE

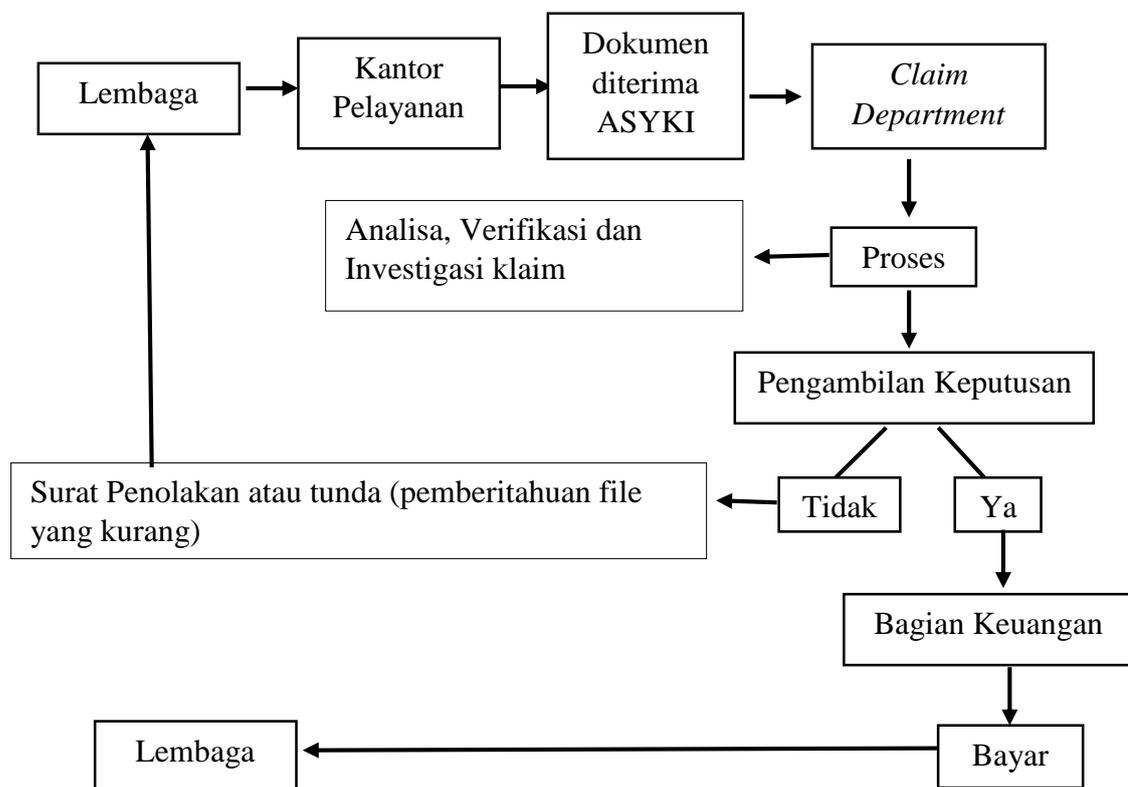
Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif yaitu metode yang dikaitkan dengan pengumpulan dan analisis data yang menyadarkan pada pemahaman, dengan

penekanan pada makna-makna yang terkandung didalamnya atau yang ada di balik kenyataan-kenyataan yang teramati (Hamid Patilima.2011:p5). Analisis yang digunakan analisis deskriptif, yang artinya penyelidikan yang menuturkan, menganalisa, dan mengklasifikasi penyelidikan dengan teknik survey, wawancara, angket, serta observasi (Surakhmad. 1998 :p139).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses klaim adalah urutan atau pelaksanaan terhadap permintaan peserta, ahli warisnya, atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya musibah yang menyebabkan kerugian dan peserta berhak menerima tanggungan berdasarkan perjanjian. Berikut adalah alur proses klaim asuransi jiwa kumpulan PT.ASYKI :

Gambar 1. Alur Proses Klaim Asurani Jiwa Kumpulan



Pada umumnya proses klaim terdiri dari empat proses, diantaranya :

1) Pemberitahuan Klaim

Pada pemberitahuan klaim, peserta suatu lembaga diharapkan melaporkan segera untuk menghindari keterlambatan pengajuan klaim dan menyebabkan klaim akan tertolak. Peserta melaporkan kepada lembaga yang memegang polis asuransi jiwa kumpulan dan kemudian lembaga tersebut yang melaporkan kepada pihak asuransi. Karena canggihnya teknologi,

pelaporan klaim bisa melalui *whatsapp* atau email sebagai bentuk laporan pertama dengan format nama peserta, lembaga dan klaim yang ingin dilaporkan, yang kemudian lembaga pemegang polis wajib mendatangi kantor pelayanan asuransi untuk melakukan pengajuan secara tertulis dengan mengisi *form* yang telah disediakan oleh pihak asuransi serta melengkapi dokumen yang di syaratkan (Sugiarto. Wawancara : 7 Mei 2018).

Sesuai ketentuan polis pelaporan klaim diajukan selambat-lambatnya 90 hari kalender setelah kejadian musibah menimpa peserta, bilamana persyaratan dokumen klaim sudah lengkap dan benar dalam waktu yang ditentukan tersebut maka pengajuan klaim akan dibayarkan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ditetapkan oleh perusahaan. Jadi semakin cepat lembaga melaporkan klaim pesertanya, semakin cepat proses klaimnya.

2) Bukti Dokumen Klaim

Semua lembaga wajib melengkapi semua dokumen yang menjadi syarat, diupayakan waktu pengajuannya tidak lama sejak terjadinya musibah yang dialami peserta lembaga agar klaim dapat segera diproses. Dalam hal ini sesuai kebijakan perusahaan jika dokumen klaim tidak dapat segera dipenuhi maka perusahaan berhak menunda atau menolak klaim tersebut (Sugiarto. Wawancara : 7 Mei 2018) .

Dari proses pemberitahuan hingga pengumpulan dokumen, diharapkan peserta dan lembaga yang mengasuransikan kepada pihak asuransi harus bekerja sama dengan baik. Informasi yang didapat oleh lembaga dari pihak asuransi wajib disampaikan langsung kepada peserta yang terkait karenanya kedua belah pihak dituntut untuk melakukannya secara cepat, efisien dan jujur karena ketiga hal inilah yang mempengaruhi proses klaim tersebut.

Setelah proses pemberitahuan atau pelaporan klaim lembaga wajib menyerahkan bukti klaim pesertanya kepada pihak asuransi adapun dokumen tersebut umumnya hampir sama hanya ada beberapa perbedaan antara jenis produk dan manfaat klaim yang diajukan. Dokumen klaim secara umum adalah :

- a. Form Pengajuan Klaim Kumpulan (diisi dan di tanda tangani oleh pemegang polis dan berstempel lembaga)
- b. Foto Copy identitas diri Wakil Pemegang Polis (KTP, SIM, Paspor) yang masih berlaku
- c. Foto Copy Kartu Keluarga Peserta
- d. Foto Copy identitas diri Peserta (KTP, SIM, Paspor) yang masih berlaku.

Adapun dokumen berdasarkan jenis klaimnya adalah sebagai berikut :

Tabel. 1 Tambahkan dokumen berdasarkan produk dan klaim yang diajukan

JENIS KLAIM	DOKUMEN
MENINGGAL DUNIA KARENA SAKIT ATAU KECELAKAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1) Formulir keterangan ahli waris 2) Surat keterangan meninggal dunia dari pemerintah daerah setempat, minimal dari kelurahan atau desa 3) Laporan kecelakaan dari kepolisian (Meninggal dunia disebabkan karena kecelakaan atau tidak wajar) 4) Formulir keterangan dokter untuk klaim meninggal dunia (jika meninggal dunia dalam perawatan dokter atau RS) diisi oleh dokter yang merawat dan berstempel rumah sakit 5) Surat kuasa pemberian rekam medis 6) Surat keterangan dari KBRI setempat dalam hal meninggal di luar negeri
PERAWATAN, RAWAT INAP, CACAT TETAP, TOTAL ATAU SEBAGIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1) Formulir keterangan dokter untuk klaim pengobatan dan perawatan akibat kecelakaan, formulir keterangan dokter untuk klaim perawatan rumah sakit 2) Kwitansi asli biaya pengobatan 3) Copy resep pengobatan dari dokter 4) Rincian biaya pengobatan dari dokter atau rumah sakit 5) Formulir keterangan dokter dan klaim cacat tetap dan total atau sebagian (diisi oleh dokter yang merawat dan berstempel RS) 6) Formulir klaim untuk cacat tetap dan total atau sebagian (diisi oleh peserta)

3) Penyelidikan Klaim

Setelah bukti dokumen diterima oleh pihak asuransi, proses selanjutnya adalah penyelidikan klaim. Proses ini merupakan proses yang menentukan pihak asuransi untuk menerima atau menolak klaim karena pada proses ini dilakukan pengecekan data, status polis, ketentuan polis dan lainnya. Pihak asuransi boleh melakukan penyelidikan ke lapangan jika ada data yang dianggap tidak benar atau tidak relevan. Adapun penyelidikan klaim dilakukan bila melanggar prinsip “*Utmost Good Faith*” diantaranya :

- a) *Non disclosure* : Tidak diungkapkan suatu informasi atau fakta karena tidak mengetahui atau karena fakta tersebut dianggap tidak diperlukan atau tidak penting.
- b) *Concealment* : Kesengajaan tidak mengungkapkan atau menginformasikan suatu fakta yang material dengan maksud untuk menyembunyikannya.
- c) *Fraudulent Misrepresentation* : Kesengajaan memberi gambaran yang tidak sebenarnya atas suatu fakta yang material.
- d) *Innocent Misrepresentation* : Ketidaksengajaan memberi gambaran atau keterangan yang salah tentang fakta material.

4) Penyelesaian Klaim

Penyelesaian klaim adalah proses klaim yang terakhir. Pembayaran klaim dilakukan oleh perusahaan apabila dokumen-dokumen yang dipersyaratkan telah diterima secara lengkap dan benar serta disetujui oleh perusahaan. Pembayaran klaim diperhitungkan dengan semua kewajiban peserta yang tertunggak, jika ada maka akan mengurangi jumlah klaim yang dibayarkan. Sistem pembayaran yang ditawarkan oleh PT ASYKI adalah *reimbursement* yang artinya peserta membayar semua tagihan atas biaya perawatan atau rawat inap yang sudah dijalani dengan menggunakan uangnya sendiri, kemudian peserta dapat mengajukan klaim kecuali pada kasus peserta meninggal dunia, klaim diajukan oleh ahli waris yang tertera pada polis ketika peserta meninggal dunia.

Pada tahap ini, peserta mendapatkan manfaat klaim atau mendapat pergantian terhadap biaya yang sudah dikeluarkan serta mendapat hak atas perjanjian yang telah disepakati.

Peserta yang mengajukan klaim akan diproses sesuai Standar Operasional Perusahaan (SOP) selama 14 hari kerja, terhitung mulai dari kelengkapan dokumen yang diajukan peserta. Sistem pembayaran yang ditawarkan yaitu *reimbursment* yang artinya penggantian kembali biaya-biaya yang sudah dikeluarkan dalam hal ini peserta membayar semua pembiayaan atas pengobatan atau tindakan medis yang ia alami kemudian mengumpulkan dokumen yang disyaratkan untuk pengajuan klaim agar mendapat penggantian biaya. Pembayaran klaim dilakukan dengan cara pihak asuransi mentransfer sebesar nominal klaim kepada nomor rekening lembaga yang telah diajukan, kemudian lembaga tersebut memberikan langsung kepada peserta yang mengajukan klaim (Sugiarto. Wawancara : 7 Mei 2018).

Penyebab Klaim Ditunda Atau Ditolak

Pada dasarnya setiap perusahaan asuransi menerima berbagai jenis klaim tergantung pada jenis produk yang digunakan oleh lembaga pada setiap pesertanya. Dalam proses klaimnya, ada beberapa penyebab yang mengakibatkan klaim yang diajukan harus ditunda atau bahkan ditolak. Berikut adalah penyebab klaim ditunda dan klaim ditolak :

1) Penyebab Klaim Ditunda

Klaim yang diajukan dapat ditunda disebabkan adanya kekurangan dokumen klaim (tidak lengkap), rekomendasi dari manajemen serta dari reasuransi. Klaim ditunda disebabkan kekurangan dokumen klaim. Misalnya : Peserta mengajukan klaim perawatan namun belum melampirkan kwitansi dari dokter atau rumah sakit tempat dirinya dirawat. Maka perusahaan asuransi melakukan beberapa langkah dibawah ini :

- a) Bagian klaim akan mengirimkan email atau surat pemberitahuan kepada pihak lembaga bahwa klaimnya ditunda.
- b) Di dalam surat dilampirkan daftar dokumen yang kurang dan wajib dipenuhi segera guna mempercepat proses klaim.
- c) Setelah lembaga memenuhi dokumen yang disyaratkan secara lengkap maka bagian klaim akan memutuskan untuk menerima klaim.

2) Penyebab Klaim Ditolak

Klaim dapat ditolak dalam proses penyelidikan, ketika dokumen klaim peserta sudah diterima oleh *claim department*, maka dokumen tersebut di analisa dan diverifikasi terlebih dahulu. Proses verifikasi diantaranya :

- a) Verifikasi status kepesertaan, pada proses verifikasi ini *claim department* mengecek pada sistem apakah nama peserta ikut dalam pertanggung jawaban lembaga.
- b) Verifikasi status polis, pada proses ini *claim department* memeriksa apakah pada saat pengajuan status polis masih berlaku atau tidak.
- c) Verifikasi kerugian yang tercantum dalam polis, pada proses ini klaim yang diajukan apakah termasuk dalam pertanggung jawaban yang tercantum dalam ketentuan polis atau tidak.

Pada proses verifikasi diatas ada beberapa penyebab ditolaknya klaim diantaranya :

- 1) Kontribusi (premi) yang belum dibayar atau menunggak dan melewati masa *grace periode* (tenggang waktu pembayaran) yaitu selama 30 hari kalender ;
- 2) *Moral hazard* atau kecurangan yang dilakukan oleh peserta seperti adanya pemalsuan data ;
- 3) Peserta tidak terdaftar di sistem ;
- 4) Peserta sakit sebelum masa perjanjian (berlaku untuk status non medis) ;
- 5) Peserta dan klaim yang diajukan termasuk kategori pasal pengecualian (tidak sesuai ketentuan polis) ;
- 6) Pada saat klaim diluar masa perjanjian asuransi ;

7) Pengajuan klaim kadaluarsa ;

8) Peserta kena perlakuan STNC (*Subject To Not Claim*) yakni periode dimana pemegang polis menjamin bahwa tidak ada klaim yang terjadi mulai dari tanggal SPAJ (Surat Pengantar Auransi Jiwa) diajukan sampai dengan tanggal akseptasi penanggung. Dalam periode STNC penanggung tidak memiliki hak terhadap klaim yang terjadi. Misal tanggal mulai SPAJ pada tanggal 1 maret dan peserta diakseptasi (diterima kepesertaannya) pada tanggal 25 Maret, jika peserta meninggal di tanggal tersebut maka tidak dibayar manfaat klaimnya. Penyebab lainnya seperti melanggar prinsip “*Utmost Good Faith*” bila terbukti dari hasil investigasi. Misalnya lembaga atau Instansi mengajukan klaim meninggal dunia karyawannya, namun bagian klaim menemukan fakta yang tidak relevan dan sesuai hasil investigasi ditemukan fakta bahwa peserta meninggal karna bunuh diri yang termasuk dalam pengecualian polis maka klaim akan ditolak. Adapun beberapa hal yang termasuk dalam pengecualian polis adalah :

- a) Setiap bentuk perbuatan atau percobaan bunuh diri ; atau
- b) Perbuatan melawan hukum atau dihukum mati oleh pengadilan yang berwenang;
- c) Terlibat dalam perkelahian kecuali jika terbukti sebagai pihak yang mempertahankan diri ;
- d) Akibat perbuatan yang disengaja, yang direncanakan dengan persetujuan peserta atau penerima manfaat ;
- e) Bencana alam, wabah penyakit yang ditetapkan oleh pemerintah
- f) Penyalahgunaan alkohol atau obat terlarang ;
- g) Penyakit hubungan seksual seperti gonorrhoea/syphilis atau lainnya serta segala akibatnya ;
- h) Terinfeksi virus HIV, AIDS ;
- i) Hamil, abortus atau melahirkan ;

Jika peserta mengajukan klaim akibat pengecualian diatas maka klaim akan ditolak. Perusahaan akan mengirimkan surat pemberitahuan kepada lembaga bahwa klaim ditolak yang selanjutnya lembaga menyampaikan kepada anggota atau peserta asuransinya.

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa proses klaim asuransi jiwa kumpulan pada PT. ASYKI ada empat yakni pemberitahuan klaim, bukti dokumen klaim, penyelidikan klaim dan penyelesaian klaim. Keempat proses

tersebut cukup sederhana dan mudah, karena ini adalah asuransi jiwa kumpulan maka kerja sama antara lembaga dan peserta adalah hal yang harus diperhatikan. Penyebab klaim ditunda adalah kurangnya dokumen yang diberikan oleh peserta, sedangkan penyebab klaim ditolak adalah status polis tidak aktif, melanggar prinsip "*utmost good faith*", dan lain-lain.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka penulis memberikan beberapa saran sebagai lembaga harus memastikan bahwa kontribusi (premi) dibayarkan tepat waktu agar polis tetap aktif karena lembaga yang menanggung semua pesertanya. Pemberitahuan klaim sebaiknya dilakukan secepatnya sebelum waktu yang telah ditentukan berakhir. Kejujuran adalah hal yang paling utama dalam berasuransi maka sebagai peserta diharapkan untuk selalu jujur dan memberikan fakta yang ada sesuai dengan fakta lapangan. PT. ASYKI sebaiknya mensosialisasikan bagaimana proses klaim yang benar kepada lembaga agar mempermudah jalannya klaim dan lembaga juga paham dan merasa terbantu sehingga lebih mudah untuk menyampaikan kepada pesertanya. Dari hasil penelitian PT.ASYKI hanya menyediakan layanan pembayaran klaim reimbursement, maka hendaknya PT.ASYKI menyediakan layanan pembayaran provider sehingga peserta merasa terbantu ketika ekonominya sedang menurun.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Quran dan Terjemahan

Ali, Zainuddin, *Hukum Asuransi Syariah*. Jakarta : Sinar Grafika. 2008

Al Arif, Nur Rianto, *Pemasaran Strategik Pada Asuransi Syariah Kesehatan, Pendidikan, Jiwa*, Bekasi : Gramata Publishing. 2015.

Anggraeni, Tety. 2010, *Mekanisme Pengajuan Klaim Produk Individu Asuransi Jiwa Pada PT. MAA Life Assurance Syariah*, Tugas Akhir Diterbitkan. Jakarta. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Astrin, Sri Yuni., 2013. *Prosedur Pengajuan Klaim Dalam Pelaksanaan Pembayaran Asuransi Kesehatan Pada Asuransi Takaful Indonesia Cabang Pekanbaru Menurut Perspektif Ekonomi Islam*, Tugas Akhir Diterbitkan. Riau. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau Pekanbaru.

Dosenekonomi.com/bisnis/asuransi/dasar-hukum-asuransi diakses pada 13 Maret 2018 (online)

Edi, Agus, *et. al. Solusi Berasuransi : Lebih Indah dengan Syariah*, Bandung : PT Salamadani Pustaka Semesta. 2009

M.kontan.co.id/news/bisnis-asuransi-kumpulan-meningkat diakses pada 7 Mei (online)

Nasabah Di BPRS Amanah Ummah', *Jurnal Al-Infaq*, Jurnal Ekonomi Islam, Program Studi Ekonomi Syariah, Fakultas Agama Islam, Universitas Ibn Khaldun, Vol. 6, No. 2. 2015

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

Syahatah, Husain . *Asuransi Dalam Perspektif Syariah*. Jakarta: Amzah.2006.

Khoiril, Anwar , *Asuransi Syariah, Halal & Maslahat*, Solo : Tiga Serangkai. 2007

Ismanto, Kuat , *Asuransi Perspektif Maqasid Asy-Syariah* . Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2016.

Patilima, hamid. *Metode Penelitian Kualitatif* . Bandung : Alfabeta. 2011.

Pauji, Nawawi, Hakiem. 'Strategi Pemasaran Funding Officer Dalam Meningkatkan Minat