



Aspek Hukum Penolakan Klaim Oleh Perusahaan Asuransi dalam Kasus Fraud Klaim Asuransi

Dana Ihlassul Alanjung

Universitas Terbuka, Indonesia

Email: 044881422@ecampus.ut.ac.id

Kata kunci:	ABSTRAK
asuransi, penolakan klaim, perlindungan hukum	<p>Penelitian ini mengkaji persoalan hukum yang muncul ketika perusahaan asuransi menolak pembayaran klaim dengan alasan adanya dugaan kecurangan atau fraud dari pihak tertanggung. Penolakan klaim merupakan hak perusahaan asuransi berdasarkan ketentuan polis dan peraturan perundang- undangan, namun pelaksanaannya harus memenuhi prosedur yang tepat dan tidak melanggar hak-hak tertanggung. Permasalahan utama dalam penelitian ini adalah bagaimana perlindungan hukum bagi tertanggung yang menghadapi penolakan klaim karena indikasi fraud, serta dampak hukum bagi perusahaan asuransi yang melakukan penolakan secara tidak benar. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan kasus, menganalisis berbagai regulasi seperti Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tertanggung memiliki perlindungan hukum melalui mekanisme pengaduan ke Otoritas Jasa Keuangan, mediasi, arbitrase, hingga jalur litigasi di pengadilan. Perusahaan asuransi yang melakukan penolakan klaim secara tidak sah dapat dikenakan sanksi administratif, kewajiban membayar ganti rugi, bahkan pencabutan izin usaha. Penelitian ini memberikan kontribusi dalam memahami keseimbangan antara hak perusahaan asuransi untuk menolak klaim yang mengandung fraud dengan kewajiban memberikan perlindungan kepada tertanggung yang beritikad baik.</p>
Keywords: <i>Insurance, Claim Rejection, Legal Protection</i>	<p>ABSTRACT</p> <p><i>This study examines the legal issues that arise when insurance companies refuse to pay claims on the grounds of alleged fraud or fraud from the insured. Claim rejection is the right of the insurance company based on the provisions of the policy and laws and regulations, but its implementation must meet the appropriate procedures and not violate the rights of the insured. The main problem in this study is how to protect the legal for insured who face claim rejection due to indications of fraud, as well as the legal impact for insurance companies who refuse incorrectly. The research method used is normative juridical with a legislative and case approach, analyzing various regulations such as the Commercial Law, Law Number 40 of 2014 concerning Insurance, and related Financial Services Authority Regulations. The results of the study show that the insured has legal protection through the complaint mechanism to the Financial Services Authority, mediation, arbitration, and litigation in court. Insurance companies that illegally reject claims can be subject to administrative sanctions, the obligation to pay compensation, and even the revocation of business licenses. This research contributes to understanding the balance between the right of insurance companies to reject claims that contain fraud and the obligation to provide protection to insured in good faith.</i></p>

PENDAHULUAN

Industri asuransi di Indonesia mengalami perkembangan pada nasabahnya dari tahun ke tahun. Fakta ini mencerminkan bahwa masyarakat memiliki perhatian lebih terhadap pentingnya asuransi dalam kehidupan mereka. Fakta ini didorong dengan masyarakat yang mulai memahami bahwa asuransi merupakan salah satu kebutuhan penting untuk memberikan kedepannya terutama terkait finansial. Pertumbuhan ini terlihat dari bertambahnya jumlah perusahaan asuransi yang beroperasi serta diversifikasi produk asuransi yang ditawarkan kepada konsumen (Ardalepa, 2019; Azizah et al., 2023; Lestari & Hidayati, 2023; Nurlaila,

2022). Walaupun terdapat pertumbuhan dari sudut jumlah nasabah tetapi terjadi juga peningkatan dari jumlah masalah hukum pada perusahaan asuransi dengan para nasabahnya (Afrendi, 2020; Azzahra, 2024; Iltiham & Wahyuni, 2016; Inayah, 2021). Salah satu masalah yang sering terjadi adalah penolakan klaim yang diajukan oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi.

Penolakan klaim asuransi merupakan fenomena yang sering ditemukan dalam praktik perasuransian di Indonesia dan sering menimbulkan sengketa antara tertanggung dengan penanggung (Kurniawan et al., 2020). Banyak kasus menunjukkan bahwa tertanggung merasa dirugikan ketika klaim yang diajukan ditolak oleh perusahaan asuransi dengan berbagai alasan yang tidak selalu dapat dipahami dengan jelas. Dalam konteks hukum, penolakan klaim dapat dibenarkan apabila memang terdapat alasan yang sah sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Salah satu alasan yang paling umum digunakan oleh perusahaan asuransi untuk menolak klaim adalah adanya dugaan kecurangan atau *fraud* yang dilakukan oleh tertanggung atau pihak yang berkepentingan (Fauzan, 2017; Sapitri, 2019). Aspek Hukum Penolakan Klaim oleh Perusahaan Asuransi dalam Kasus *Fraud Klaim Asuransi* menjadi topik yang menarik untuk dikaji mengingat kompleksitas permasalahan yang timbul dari praktik ini.

Fraud atau kecurangan dalam klaim asuransi dapat terjadi dalam berbagai bentuk, mulai dari pemalsuan dokumen, penggelembungan nilai kerugian, hingga penyembunyian informasi material yang seharusnya disampaikan kepada perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi memiliki kepentingan yang sah untuk melindungi diri dari kerugian akibat klaim- klaim yang tidak benar atau mengandung unsur penipuan. Namun di sisi lain, tertanggung yang beritikad baik juga memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan hukum agar tidak sembarangan dituduh melakukan kecurangan tanpa bukti yang kuat.

Dalam praktiknya, seringkali terjadi ketidakseimbangan posisi antara perusahaan asuransi sebagai pihak yang memiliki sumber daya lebih besar dengan tertanggung yang pada umumnya merupakan konsumen individual. Ketidakseimbangan ini dapat menimbulkan potensi penyalahgunaan kewenangan oleh perusahaan asuransi dalam menolak klaim. Permasalahan hukum semakin rumit ketika perusahaan asuransi melakukan penolakan klaim hanya berdasarkan dugaan atau indikasi awal adanya *fraud* tanpa melakukan investigasi dan transparansi.

Tertanggung yang merasa tidak melakukan kecurangan seringkali kesulitan untuk membuktikan kebenaran klainnya karena proses investigasi yang dilakukan oleh perusahaan asuransi bersifat internal dan tidak melibatkan pihak ketiga yang independen. Dalam beberapa kasus, penolakan klaim justru dilakukan karena perusahaan asuransi ingin menghindari kewajiban pembayaran dengan mencari-cari alasan yang dapat dijadikan dasar penolakan. Situasi ini menimbulkan kerugian bagi tertanggung yang telah membayar premi secara rutin dengan harapan mendapatkan perlindungan ketika risiko yang diasuransikan terjadi. Perlindungan hukum bagi tertanggung dalam menghadapi penolakan klaim karena indikasi *fraud* menjadi isu penting yang perlu mendapat perhatian serius dari para pemangku kepentingan.

Regulasi di bidang perasuransian di Indonesia sebenarnya telah mengatur tentang hak dan kewajiban baik perusahaan asuransi maupun tertanggung dalam hubungan hukum asuransi.

Kitab Undang-Undang Hukum Dagang mengatur mengenai pertanggungan secara umum, sementara Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian memberikan landasan hukum yang lebih komprehensif mengenai penyelenggaraan usaha perasuransian di Indonesia.

Otoritas Jasa Keuangan sebagai lembaga pengawas sektor jasa keuangan juga telah menerbitkan berbagai peraturan untuk melindungi kepentingan konsumen termasuk dalam hal penyelesaian pengaduan dan sengketa di sektor asuransi. Namun dalam implementasinya, masih terdapat berbagai kendala yang menyebabkan tertanggung kesulitan untuk mendapatkan haknya ketika klaim ditolak oleh perusahaan asuransi. Penelitian dari Universitas Ekasakti Padang pada tahun 2024 menunjukkan bahwa peran Otoritas Jasa Keuangan sebagai mediator dan pembela hukum nasabah dalam penyelesaian penolakan klaim asuransi kerugian masih menghadapi berbagai tantangan dalam praktiknya.

Dampak hukum bagi perusahaan asuransi yang melakukan penolakan klaim secara tidak benar atau melanggar ketentuan hukum juga merupakan aspek penting yang perlu dikaji secara mendalam. Perusahaan asuransi yang terbukti melakukan penolakan klaim tanpa dasar yang sah dapat dikenakan sanksi administratif oleh Otoritas Jasa Keuangan, digugat secara perdata untuk membayar ganti rugi, bahkan dapat kehilangan izin usahanya apabila pelanggaran dilakukan secara berulang-ulang.

Kajian dari Ridwan Institute tahun 2024 menganalisis berbagai kendala dalam penegakan perlindungan hukum bagi tertanggung, termasuk prinsip transparansi dan keadilan yang seharusnya diterapkan dalam setiap proses penolakan klaim (Dahlam, 2024). Penelitian dari Jurnal JEL tahun 2024 juga mengulas bahwa konsekuensi penolakan klaim akan sangat berat apabila perusahaan asuransi tidak mengikuti prosedur yang ditetapkan dalam polis dan peraturan perundang-undangan (Hakim, 2024). Oleh karena itu, penelitian ini menjadi relevan untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai aspek-aspek hukum yang terkait dengan penolakan klaim asuransi dalam kasus fraud.

Berdasarkan fakta-fakta di atas maka peneliti tertarik untuk mengkaji secara mendalam mengenai Aspek Hukum Penolakan Klaim oleh Perusahaan Asuransi dalam Kasus *Fraud Klaim Asuransi*. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis maupun praktis dalam memahami permasalahan hukum yang timbul dari praktik penolakan klaim, sekaligus memberikan solusi bagi terciptanya keseimbangan kepentingan antara perusahaan asuransi dengan tertanggung. Melalui penelitian ini, penulis berupaya mengidentifikasi berbagai permasalahan hukum yang ada serta memberikan rekomendasi kebijakan yang dapat diterapkan untuk meningkatkan perlindungan hukum bagi para pihak dalam hubungan hukum asuransi. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi praktisi hukum, akademisi, regulator, serta pelaku industri asuransi dalam menangani kasus-kasus penolakan klaim yang melibatkan dugaan kecurangan.

Maka berdasarkan latar belakang diatas maka selanjutnya yang menjadi focus penulis adalah: 1) Bagaimana perlindungan hukum bagi tertanggung dalam menghadapi penolakan klaim oleh perusahaan asuransi karena indikasi fraud. 2) Apa dampak hukum dan konsekuensi bagi perusahaan asuransi jika melakukan penolakan klaim secara tidak benar atau melanggar ketentuan hukum.

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya literatur yang ada, khususnya dalam bidang hukum asuransi dan praktik pengelolaan klaim, serta memperdalam pemahaman mengenai mekanisme hukum yang berlaku dalam mengatasi penipuan klaim yang merugikan perusahaan asuransi dan nasabah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan pendekatan kasus untuk menganalisis aspek hukum penolakan klaim oleh perusahaan asuransi dalam kasus *fraud*. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh melalui studi kepustakaan terhadap bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan, bahan hukum sekunder berupa buku, jurnal ilmiah, dan hasil penelitian terdahulu, serta bahan hukum tersier berupa kamus hukum dan ensiklopedia.⁷

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara inventarisasi, klasifikasi, dan sistematikasi terhadap seluruh bahan hukum yang relevan dengan topik penelitian (Solikin, 2021). Analisis data dilakukan secara kualitatif dengan menganalisis norma-norma hukum yang terkait dengan penolakan klaim asuransi dan perlindungan hukum bagi tertanggung (Muhaimin, 2020). Hasil analisis kemudian disajikan secara deskriptif untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai permasalahan hukum yang dikaji dalam penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perlindungan Hukum bagi Tertanggung dalam Menghadapi Penolakan Klaim oleh Perusahaan Asuransi karena Indikasi *Fraud*

Perlindungan hukum bagi tertanggung merupakan aspek fundamental dalam sistem hukum asuransi yang bertujuan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak konsumen asuransi ketika berhadapan dengan perusahaan asuransi. Dalam konteks penolakan klaim karena indikasi *fraud*, perlindungan hukum menjadi sangat penting mengingat posisi tawar tertanggung yang umumnya lebih lemah dibandingkan dengan perusahaan asuransi.

Konsep perlindungan hukum dalam hukum asuransi mencakup perlindungan preventif dan represif, dimana perlindungan preventif bertujuan mencegah terjadinya pelanggaran hak tertanggung, sementara perlindungan represif ditujukan untuk menyelesaikan sengketa yang telah terjadi. KUH Dagang telah mengatur prinsip-prinsip dasar hubungan hukum antara penanggung dan tertanggung. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian juga memberikan landasan hukum yang lebih komprehensif untuk melindungi kepentingan tertanggung dalam berbagai situasi termasuk dalam menghadapi penolakan klaim.¹⁰

Salah satu bentuk perlindungan hukum yang paling mendasar adalah hak tertanggung untuk mendapatkan informasi yang jelas dan transparan mengenai alasan penolakan klaim yang diajukannya. Perusahaan asuransi memiliki kewajiban untuk memberikan penjelasan tertulis yang rinci mengenai dasar hukum dan faktual yang menjadi alasan penolakan klaim. Penjelasan tersebut harus mencakup ketentuan polis yang dilanggar, bukti-bukti yang menunjukkan adanya indikasi *fraud*, serta prosedur yang dapat ditempuh oleh tertanggung apabila tidak setuju dengan keputusan penolakan.

Kewajiban transparansi ini penting untuk memastikan bahwa penolakan klaim tidak dilakukan secara sewenang-wenang atau berdasarkan alasan yang tidak jelas. Penelitian dari Ridwan Institute tahun 2024 menekankan pentingnya prinsip transparansi dalam setiap proses penolakan klaim untuk menjamin keadilan bagi tertanggung (Dahlan, 2024). Tanpa adanya transparansi, tertanggung berpotensi mengalami kesulitan untuk membela diri dan membuktikan bahwa klaim yang diajukan adalah sah dan tidak ada unsur kecurangan.

Mekanisme pengaduan kepada Otoritas Jasa Keuangan merupakan salah satu jalur perlindungan hukum yang dapat dimanfaatkan oleh tertanggung ketika klaim ditolak oleh perusahaan asuransi. Otoritas Jasa Keuangan memiliki kewenangan untuk menerima, memeriksa, dan menindaklanjuti pengaduan konsumen terhadap pelaku usaha jasa keuangan termasuk perusahaan asuransi. Melalui mekanisme pengaduan ini, tertanggung dapat menyampaikan keberatan atas penolakan klaim dan meminta OJK untuk melakukan mediasi atau fasilitasi penyelesaian sengketa.

Penelitian dari Universitas Ekasakti Padang tahun 2024 menjelaskan bahwa peran OJK sebagai mediator sekaligus pembela hukum nasabah sangat penting dalam penyelesaian sengketa penolakan klaim asuransi (Rusli & Kartika, 2024). OJK memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa perusahaan asuransi melaksanakan kewajibannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan tidak merugikan kepentingan konsumen. Namun dalam praktiknya, masih terdapat kendala dalam efektivitas mekanisme pengaduan ini terutama terkait dengan keterbatasan sumber daya OJK dan kompleksitas permasalahan yang dihadapi.

Selain mekanisme pengaduan ke OJK, tertanggung juga memiliki akses kepada lembaga alternatif penyelesaian sengketa seperti mediasi dan arbitrase yang dapat menjadi pilihan penyelesaian yang lebih cepat dan efisien dibandingkan dengan jalur litigasi. Mediasi melibatkan pihak ketiga yang netral untuk memfasilitasi perundingan antara tertanggung dengan perusahaan asuransi guna mencapai kesepakatan yang dapat diterima oleh kedua belah pihak.

Proses mediasi memberikan kesempatan kepada para pihak untuk menyelesaikan sengketa secara musyawarah tanpa harus melalui proses pengadilan yang memakan waktu dan biaya yang besar. Arbitrase merupakan mekanisme penyelesaian sengketa di luar pengadilan dimana para pihak menyerahkan penyelesaian sengketa kepada arbiter atau majelis arbitrase yang putusannya bersifat pasti (Harahap, 2019) dan mengikat (Hiariej, 2021). Banyak polis asuransi mencantumkan klausula arbitrase yang mengharuskan para pihak menyelesaikan sengketa melalui arbitrase sebelum membawa permasalahan ke pengadilan. Mekanisme ini memberikan perlindungan hukum bagi tertanggung dengan menyediakan forum penyelesaian sengketa yang independen dan profesional.

Jalur litigasi melalui pengadilan negeri tetap menjadi opsi terakhir yang dapat ditempuh oleh tertanggung apabila upaya-upaya penyelesaian di luar pengadilan tidak membawa hasil yang memuaskan. Tertanggung dapat mengajukan gugatan perdata terhadap perusahaan asuransi dengan dasar wanprestasi atau perbuatan melawan hukum. Dalam gugatannya, tertanggung dapat menuntut perusahaan asuransi untuk membayar klaim sesuai dengan ketentuan polis ditambah dengan ganti rugi atas kerugian yang diderita akibat penolakan klaim yang tidak sah.

Penelitian tentang Analisis Yuridis Penolakan Klaim Asuransi Jiwa berdasarkan Putusan Nomor 97/Pdt.G/2020/PN.Jkt.Sel menunjukkan bahwa pengadilan dapat memberikan putusan yang menguntungkan tertanggung apabila terbukti bahwa penolakan klaim dilakukan tanpa adanya dasar yang kuat (Ahmad et al., 2023). Proses litigasi memberikan jaminan kepastian hukum karena putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap harus dilaksanakan oleh para pihak. Namun demikian, proses litigasi membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang tidak sedikit sehingga tidak selalu menjadi pilihan yang ideal bagi tertanggung.

Perlindungan hukum bagi tertanggung juga mencakup hak untuk mendapatkan pendampingan hukum dalam proses penyelesaian sengketa dengan perusahaan asuransi. Tertanggung yang tidak memiliki pengetahuan hukum yang memadai seringkali kesulitan untuk memahami ketentuan-ketentuan teknis dalam polis asuransi dan peraturan perundang-undangan yang relevan. Pendampingan oleh advokat atau konsultan hukum dapat membantu tertanggung untuk menyusun argumentasi hukum yang kuat dan mengumpulkan bukti-bukti yang diperlukan untuk mendukung klaimnya.

Dalam beberapa kasus, organisasi perlindungan konsumen juga dapat memberikan bantuan hukum kepada tertanggung yang menghadapi penolakan klaim secara tidak adil. Perlindungan melalui pendampingan hukum ini sangat penting untuk menyeimbangkan posisi tawar antara tertanggung dengan perusahaan asuransi yang umumnya didukung oleh tim hukum yang profesional dan berpengalaman. Dengan adanya pendampingan hukum, hak-hak tertanggung dapat lebih terjamin dan proses penyelesaian sengketa dapat berlangsung lebih adil.

Aspek lain dari perlindungan hukum adalah kewajiban perusahaan asuransi untuk melakukan investigasi yang objektif dan profesional sebelum memutuskan untuk menolak klaim dengan alasan *fraud*. Investigasi tidak boleh dilakukan secara sepahak atau berdasarkan asumsi semata, melainkan harus didukung oleh bukti-bukti yang kuat dan dapat dipertanggungjawabkan. Perusahaan asuransi harus melibatkan pihak-pihak yang kompeten dalam melakukan investigasi seperti investigator profesional, ahli forensik, atau lembaga independen yang dapat memberikan penilaian objektif.

Hasil investigasi harus didokumentasikan dengan baik dan disampaikan kepada tertanggung sebagai dasar pengambilan keputusan penolakan klaim. Jurnal dari UMBUTON tahun 2025 menyoroti pentingnya pendekatan yang hati-hati dalam menentukan adanya fraud klaim, terutama dalam situasi yang kompleks seperti pada kasus penolakan klaim selama pandemi Covid-19 (Pratama, 2025). Tanpa adanya investigasi yang memadai, penolakan klaim dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum yang merugikan tertanggung dan dapat dikenakan sanksi hukum.

Perlindungan hukum bagi tertanggung juga diperkuat dengan adanya kewajiban perusahaan asuransi untuk menerapkan prinsip itikad baik dalam setiap tahapan hubungan hukum asuransi. Prinsip itikad baik mengharuskan kedua belah pihak untuk berlaku jujur dan tidak menyalahgunakan hak yang dimilikinya. Perusahaan asuransi tidak boleh menggunakan dugaan *fraud* sebagai dalih untuk menghindari kewajiban pembayaran klaim yang sebenarnya sah dan sesuai dengan ketentuan polis. Sebaliknya, tertanggung juga wajib memberikan informasi yang benar dan lengkap kepada perusahaan asuransi serta tidak

melakukan manipulasi dalam pengajuan klaim.

Analisa dari Jurnal Sinov tahun 2023 mengidentifikasi berbagai penyebab penolakan klaim asuransi syariah, termasuk ketidaksesuaian dengan kontrak dan indikasi *fraud*, yang menunjukkan pentingnya prinsip itikad baik dalam hubungan asuransi.¹⁷ Dengan diterapkannya prinsip itikad baik secara konsisten, dapat tercipta hubungan yang saling menguntungkan antara perusahaan asuransi dengan tertanggung serta meminimalisir potensi sengketa di kemudian hari.

Dampak Hukum dan Konsekuensi bagi Perusahaan Asuransi yang Melakukan Penolakan Klaim secara Tidak Benar atau Melanggar Ketentuan Hukum

Perusahaan asuransi yang melakukan penolakan klaim secara tidak benar atau melanggar ketentuan hukum akan menghadapi berbagai konsekuensi hukum yang dapat merugikan reputasi dan keberlangsungan usahanya. Konsekuensi pertama yang dapat dikenakan adalah sanksi administratif oleh Otoritas Jasa Keuangan sebagai lembaga pengawas dan pembina industri jasa keuangan di Indonesia. Sanksi administratif dapat berupa teguran tertulis, pembekuan kegiatan usaha tertentu, pencabutan izin usaha, hingga denda administratif yang jumlahnya dapat mencapai miliaran rupiah tergantung pada tingkat pelanggaran yang dilakukan.

OJK memiliki kewenangan untuk melakukan pemeriksaan terhadap perusahaan asuransi yang diduga melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan dan dapat menjatuhkan sanksi berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut. Penerapan sanksi administratif ini bertujuan untuk memberikan efek jera kepada perusahaan asuransi agar tidak mengulangi perbuatan yang merugikan konsumen. Dalam praktiknya, OJK telah beberapa kali menjatuhkan sanksi kepada perusahaan asuransi yang terbukti melanggar ketentuan perlindungan konsumen termasuk dalam hal penolakan klaim yang tidak sesuai prosedur.

Selain sanksi administratif, perusahaan asuransi juga dapat dituntut secara perdata melalui gugatan wanprestasi atau perbuatan melawan hukum yang diajukan oleh tertanggung yang dirugikan (Indrati, 2020). Gugatan wanprestasi didasarkan pada tidak dipenuhinya prestasi yang telah diperjanjikan dalam kontrak asuransi, yaitu kewajiban perusahaan asuransi untuk membayar klaim yang sah sesuai dengan ketentuan polis. Apabila pengadilan mengabulkan gugatan wanprestasi, perusahaan asuransi dapat diwajibkan untuk membayar nilai klaim ditambah dengan ganti rugi berupa bunga, biaya perkara, dan kerugian lain yang diderita oleh tertanggung.

Gugatan perbuatan melawan hukum dapat diajukan apabila penolakan klaim dilakukan dengan cara yang melanggar hak tertanggung atau bertentangan dengan kewajiban hukum perusahaan asuransi. Penelitian mengenai analisis yuridis penolakan klaim asuransi jiwa menunjukkan bahwa pengadilan dapat menjatuhkan putusan yang mengharuskan perusahaan asuransi membayar ganti rugi yang cukup besar apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum (Ahmad et al., 2023). Putusan pengadilan yang mengabulkan gugatan tertanggung akan menjadi dasar yang penting dan dapat mempengaruhi kasus-kasus serupa di masa mendatang.

Dampak finansial yang harus ditanggung oleh perusahaan asuransi akibat penolakan klaim yang tidak benar dapat sangat signifikan dan mempengaruhi kondisi keuangan

perusahaan secara keseluruhan. Selain harus membayar nilai klaim yang awalnya ditolak, perusahaan asuransi juga harus menanggung biaya-biaya tambahan seperti ganti rugi, bunga keterlambatan, biaya perkara, dan biaya pengacara.

Dalam beberapa kasus, jumlah ganti rugi yang harus dibayarkan dapat melebihi nilai klaim itu sendiri, terutama apabila penolakan klaim menyebabkan kerugian immaterial yang besar bagi tertanggung. Biaya untuk menangani sengketa baik melalui jalur litigasi maupun non-litigasi juga tidak sedikit dan akan membebani anggaran operasional perusahaan. Selain itu, perusahaan asuransi juga harus mengalokasikan sumber daya manusia untuk menangani berbagai proses hukum yang timbul akibat penolakan klaim yang bermasalah. Semua biaya ini pada akhirnya akan mengurangi keuntungan perusahaan sehingga mempengaruhi keuangan perusahaan untuk membayar klaim-klaim lain di masa mendatang.

Nama baik dari perusahaan asuransi di mata publik juga akan tercoreng jika apabila terbukti melakukan penolakan klaim secara tidak benar atau melanggar hukum. Kepercayaan merupakan nilai penting bagi perusahaan asuransi karena bisnis asuransi didasarkan pada janji untuk memberikan perlindungan di masa depan. Ketika perusahaan asuransi diketahui sering menolak klaim tanpa alasan yang jelas atau melakukan praktik-praktik yang merugikan konsumen, maka kepercayaan masyarakat akan menurun drastis. Penurunan kepercayaan ini akan berdampak pada menurunnya minat calon nasabah untuk membeli produk asuransi dari perusahaan tersebut.

Nasabah yang sudah ada juga mungkin akan mempertimbangkan untuk tidak memperpanjang polis atau bahkan melakukan penutupan polis lebih awal. Media massa dan media sosial dapat mempercepat penyebaran informasi negatif tentang praktik penolakan klaim yang tidak benar sehingga merusak citra perusahaan dalam waktu singkat. Pemulihian reputasi yang telah rusak membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang besar, sehingga perusahaan asuransi harus berhati-hati dalam setiap keputusan penolakan klaim.

Konsekuensi hukum lainnya adalah potensi tuntutan pidana apabila penolakan klaim dilakukan dengan unsur kesengajaan untuk menguntungkan perusahaan atau merugikan tertanggung secara melawan hukum. Tindak pidana penipuan dapat dikenakan kepada pengurus atau karyawan perusahaan asuransi yang terbukti dengan sengaja memberikan informasi yang tidak benar atau menyesatkan untuk menolak klaim yang sebenarnya sah. Tindak pidana ini diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dan dapat diancam dengan hukuman penjara serta denda.

Selain itu, apabila penolakan klaim melibatkan tindakan pemalsuan dokumen atau manipulasi data, maka pelaku juga dapat dijerat dengan pasal pemalsuan surat. Meskipun kasus pidana dalam konteks penolakan klaim asuransi relatif jarang terjadi, namun ancaman hukuman pidana ini tetap menjadi risiko yang harus diperhatikan oleh perusahaan asuransi. Perusahaan perlu memastikan bahwa semua keputusan penolakan klaim didasarkan pada prosedur yang benar dan tidak melibatkan praktik-praktik yang dapat dikategorikan sebagai tindak pidana.

Perusahaan asuransi yang terbukti secara berulang-ulang melakukan penolakan klaim tidak sesuai prosedur juga berisiko kehilangan izin usahanya dari Otoritas Jasa Keuangan yang merupakan sanksi berat bagi pelaku usaha jasa keuangan. Pencabutan izin usaha merupakan sanksi yang sangat berat karena akan mengakhiri kegiatan operasional perusahaan asuransi secara permanen. Sebelum mencabut izin usaha, OJK biasanya akan memberikan

sanksi-sanksi yang lebih ringan terlebih dahulu seperti teguran, pembekuan sebagian kegiatan usaha, atau kewajiban untuk melakukan perbaikan manajemen dalam jangka waktu tertentu.

Apabila perusahaan asuransi tetap tidak memperbaiki tata kelola dan terus melakukan pelanggaran yang merugikan konsumen, maka pencabutan izin usaha menjadi pilihan terakhir untuk melindungi kepentingan masyarakat. Pencabutan izin usaha tidak hanya berdampak pada perusahaan itu sendiri, tetapi juga pada ribuan nasabah yang telah mempercayakan perlindungan asuransi mereka kepada perusahaan tersebut. OJK akan mengatur mekanisme pengalihan polis kepada perusahaan asuransi lain untuk memastikan bahwa kepentingan nasabah tetap terlindungi meskipun perusahaan asuransi tersebut sudah tidak beroperasi lagi.

Selain itu, bagi perusahaan asuransi yang melakukan penolakan klaim secara tidak benar juga berkemungkinan mengganggu budaya kerja dan integritas organisasi secara keseluruhan. Karyawan yang mengetahui bahwa perusahaan tempat mereka bekerja melakukan praktik-praktik yang tidak etis akan mengalami penurunan moral dan dapat kehilangan motivasi kerja. Tingkat turnover karyawan mungkin akan meningkat karena profesional-profesional yang baik tidak ingin terkait dengan perusahaan yang memiliki reputasi buruk. Perusahaan juga akan kesulitan untuk merekrut SDM di industri karena calon karyawan akan cenderung menghindari perusahaan yang memiliki masalah hukum dan etika.

Konsekuensi di pasar modal yaitu bagi perusahaan asuransi yang terbuka atau berencana untuk melakukan penawaran umum saham apabila terlibat dalam skandal penolakan klaim yang tidak benar. Investor berhati-hati dalam menanamkan modalnya pada perusahaan yang memiliki masalah hukum dan reputasi yang buruk. Harga saham perusahaan asuransi yang sudah listing di bursa efek dapat mengalami penurunan drastis ketika informasi tentang praktik penolakan klaim yang bermasalah tersebar ke publik.

Penurunan harga saham ini akan merugikan para pemegang saham yang telah menanamkan modalnya dan dapat memicu aksi jual besar-besaran yang semakin memperburuk kondisi perusahaan. Rating perusahaan dari lembaga pemeringkat juga dapat turun sehingga meningkatkan biaya modal yang harus ditanggung perusahaan. Perusahaan asuransi yang ingin melakukan ekspansi usaha atau membutuhkan suntikan modal baru akan kesulitan untuk menarik investor karena persepsi risiko yang tinggi terhadap perusahaan tersebut.

Dinamika Pembuktian Fraud Klaim Asuransi dan Tantangan Penegakan Hukumnya

Dalam praktik perasuransian, fraud klaim asuransi merupakan salah satu persoalan paling kompleks yang kerap menjadi dasar penolakan klaim oleh perusahaan asuransi. Fraud tidak hanya dipahami sebagai tindakan kebohongan semata, melainkan mencakup serangkaian perbuatan yang disengaja untuk memperoleh manfaat asuransi secara melawan hukum, baik melalui penyampaian informasi palsu, penggelapan fakta material, manipulasi dokumen, maupun rekayasa peristiwa yang diasuransikan. Kompleksitas inilah yang membuat aspek pembuktian fraud menjadi krusial dan seringkali memicu sengketa hukum antara tertanggung dan perusahaan asuransi.

Secara yuridis, penolakan klaim atas dasar fraud harus didasarkan pada bukti yang kuat dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Perusahaan asuransi tidak dapat serta-merta menolak klaim hanya berdasarkan kecurigaan atau asumsi subjektif. Prinsip kehati-hatian

(*prudential principle*) menuntut perusahaan asuransi untuk melakukan investigasi secara menyeluruh, profesional, dan objektif sebelum menyimpulkan adanya fraud. Dalam konteks ini, pembuktian fraud menjadi beban yang tidak ringan karena harus menunjukkan adanya unsur kesengajaan, niat tidak baik (*bad faith*), serta hubungan kausal antara perbuatan tertanggung dengan kerugian yang diklaim.

Di sisi lain, sistem hukum perdata Indonesia menganut prinsip bahwa setiap pihak yang mendalilkan suatu hak atau menyangkal hak pihak lain wajib membuktikan dalilnya. Ketika perusahaan asuransi mendalilkan bahwa klaim mengandung unsur fraud, maka perusahaan asuransi berkewajiban membuktikan tuduhan tersebut. Hal ini seringkali menjadi titik lemah dalam praktik, karena tidak semua perusahaan asuransi memiliki mekanisme investigasi yang memadai atau sumber daya manusia yang kompeten dalam mendekripsi dan membuktikan fraud secara hukum. Akibatnya, penolakan klaim yang didasarkan pada dugaan fraud kerap berujung pada gugatan perdata dan berpotensi dinyatakan sebagai perbuatan melawan hukum oleh pengadilan.

Prinsip Itikad Baik sebagai Fondasi Hubungan Hukum Asuransi

Hubungan hukum antara tertanggung dan penanggung dalam perjanjian asuransi dibangun di atas prinsip *uberrimae fidei* atau itikad baik yang paling sempurna. Prinsip ini mewajibkan kedua belah pihak untuk saling mengungkapkan fakta-fakta material yang relevan sejak tahap pra-kontraktual hingga pelaksanaan perjanjian. Dalam konteks fraud klaim asuransi, pelanggaran terhadap prinsip itikad baik oleh tertanggung sering dijadikan dasar pemberian bagi perusahaan asuransi untuk menolak klaim.

Namun demikian, prinsip itikad baik juga berlaku sebaliknya. Perusahaan asuransi dituntut untuk bertindak jujur, transparan, dan tidak menyalahgunakan posisi dominannya dalam menafsirkan klausul polis. Penolakan klaim dengan dalih fraud tidak boleh dijadikan alat untuk menghindari kewajiban pembayaran klaim yang sebenarnya sah. Apabila perusahaan asuransi bertindak dengan itikad tidak baik, misalnya dengan mencari-cari alasan penolakan atau memperluas tafsir klausul pengecualian secara sepahak, maka tindakan tersebut justru dapat dikualifikasi sebagai pelanggaran hukum.

Dalam banyak putusan pengadilan, hakim cenderung menilai secara ketat apakah penolakan klaim benar-benar didasarkan pada pelanggaran prinsip itikad baik oleh tertanggung atau justru mencerminkan itikad buruk dari perusahaan asuransi. Penilaian ini tidak hanya berfokus pada substansi klaim, tetapi juga pada proses penanganan klaim, termasuk komunikasi antara perusahaan asuransi dan tertanggung, kejelasan alasan penolakan, serta kesesuaian prosedur dengan ketentuan hukum dan regulasi OJK.

Peran Klausul Fraud dalam Polis Asuransi dan Problematika Penafsirannya

Klausul fraud dalam polis asuransi pada dasarnya dimaksudkan sebagai mekanisme perlindungan bagi perusahaan asuransi dari tindakan curang tertanggung. Klausul ini biasanya memberikan kewenangan kepada perusahaan asuransi untuk menolak klaim atau membatalkan polis apabila terbukti terdapat unsur penipuan, pernyataan tidak benar, atau penyembunyian fakta material.

Meskipun demikian, keberadaan klausul fraud tidak dapat dipahami secara absolut dan

terlepas dari asas-asas hukum perjanjian. Salah satu persoalan utama adalah kecenderungan klausul fraud disusun secara baku dan seringkali bersifat multitasir. Dalam praktik, perusahaan asuransi kerap menafsirkan klausul tersebut secara luas untuk memperkuat posisi mereka dalam menolak klaim. Padahal, dalam hukum perlindungan konsumen, klausul baku yang menimbulkan ketidakseimbangan hak dan kewajiban dapat dinyatakan batal demi hukum. Oleh karena itu, penafsiran klausul fraud harus dilakukan secara restriktif dan proporsional, dengan tetap mempertimbangkan kepentingan tertanggung sebagai pihak yang lebih lemah secara posisi tawar.

Pengadilan dalam berbagai perkara sengketa asuransi sering kali menerapkan prinsip contra proferentem, yaitu menafsirkan klausul yang tidak jelas ke arah yang merugikan pihak yang menyusunnya. Prinsip ini menjadi pengingat bagi perusahaan asuransi bahwa setiap klausul yang digunakan sebagai dasar penolakan klaim, termasuk klausul fraud, harus dirumuskan secara jelas, tegas, dan tidak membuka ruang penyalahgunaan kewenangan.

Keterkaitan Aspek Perdata dan Pidana dalam Kasus Fraud Klaim Asuransi

Fraud klaim asuransi memiliki karakteristik ganda, yakni dapat menimbulkan konsekuensi hukum perdata sekaligus pidana. Dari aspek perdata, fraud menjadi dasar pembatalan perjanjian atau penolakan klaim karena adanya cacat kehendak atau pelanggaran kewajiban kontraktual. Sementara dari aspek pidana, fraud dapat dikualifikasikan sebagai tindak pidana penipuan, pemalsuan, atau kejahatan ekonomi lainnya.

Permasalahan muncul ketika perusahaan asuransi menggunakan ancaman atau proses pidana sebagai alat tekanan terhadap tertanggung dalam sengketa klaim. Praktik semacam ini berpotensi melanggar prinsip due process of law dan hak-hak tertanggung sebagai warga negara. Idealnya, proses perdata dan pidana harus dipisahkan secara tegas, meskipun saling berkaitan. Penolakan klaim seharusnya didasarkan pada analisis kontraktual dan pembuktian perdata, bukan semata-mata pada laporan pidana yang belum tentu berujung pada putusan bersalah.

Di sisi lain, perusahaan asuransi juga memiliki kepentingan yang sah untuk melaporkan dugaan fraud yang bersifat serius dan sistematis kepada aparat penegak hukum. Langkah ini penting untuk menjaga integritas industri asuransi secara keseluruhan. Namun, pelaporan pidana harus dilakukan secara proporsional dan didukung oleh bukti yang memadai, agar tidak menimbulkan kesan kriminalisasi terhadap tertanggung.

Peran Otoritas Jasa Keuangan dalam Menyeimbangkan Kepentingan

Dalam konteks penolakan klaim akibat fraud, Otoritas Jasa Keuangan memegang peran strategis sebagai regulator dan pengawas. OJK tidak hanya bertugas melindungi kepentingan konsumen, tetapi juga menjaga stabilitas dan keberlanjutan industri asuransi. Oleh karena itu, OJK berada pada posisi yang harus menyeimbangkan dua kepentingan yang seringkali bertentangan. Melalui berbagai peraturan dan surat edaran, OJK menekankan pentingnya penerapan prinsip transparansi, keadilan, dan akuntabilitas dalam penanganan klaim. Perusahaan asuransi diwajibkan untuk menyampaikan alasan penolakan klaim secara tertulis dan dapat dipahami oleh tertanggung.

Dalam kasus fraud, perusahaan asuransi juga didorong untuk memberikan penjelasan yang jelas mengenai bentuk pelanggaran yang dituduhkan serta dasar hukum yang digunakan. Selain itu, OJK menyediakan mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagai alternatif bagi tertanggung yang merasa dirugikan. Mekanisme ini menjadi penting untuk mencegah eskalasi konflik dan memberikan ruang dialog antara perusahaan asuransi dan tertanggung. Namun demikian, efektivitas peran OJK sangat bergantung pada kepatuhan perusahaan asuransi dan kesadaran hukum masyarakat.

Implikasi Etis dan Tata Kelola dalam Penanganan Fraud Klaim

Penolakan klaim atas dasar fraud tidak hanya berdimensi hukum, tetapi juga mengandung implikasi etis dan tata kelola perusahaan. Cara perusahaan asuransi menangani dugaan fraud mencerminkan nilai-nilai yang dianut dalam organisasi tersebut. Penanganan yang tidak adil atau tidak transparan berpotensi merusak budaya kerja dan kepercayaan publik.

Dari perspektif tata kelola perusahaan yang baik (good corporate governance), penanganan fraud harus dilakukan dengan prinsip akuntabilitas, independensi, dan kewajaran. Keputusan penolakan klaim seharusnya tidak hanya didasarkan pada pertimbangan finansial jangka pendek, tetapi juga pada dampaknya terhadap reputasi dan keberlanjutan perusahaan dalam jangka panjang. Perusahaan asuransi yang konsisten menegakkan etika dan hukum dalam penanganan klaim cenderung memperoleh kepercayaan yang lebih besar dari masyarakat.

Pada akhirnya, aspek hukum penolakan klaim oleh perusahaan asuransi dalam kasus fraud klaim asuransi menuntut pendekatan yang seimbang antara perlindungan terhadap kepentingan perusahaan dan hak-hak tertanggung. Fraud memang merupakan ancaman nyata bagi industri asuransi, namun upaya pemberantasannya tidak boleh mengorbankan prinsip keadilan dan kepastian hukum.

Penolakan klaim harus ditempatkan sebagai langkah hukum yang terakhir, setelah melalui proses investigasi yang cermat dan transparan. Dengan memperkuat mekanisme pembuktian, memperjelas klausul polis, serta meningkatkan peran pengawasan OJK, diharapkan sengketa terkait fraud klaim asuransi dapat diminimalkan. Lebih dari itu, penanganan fraud yang adil dan berkeadilan akan memperkuat kepercayaan publik terhadap industri asuransi dan memastikan bahwa fungsi sosial asuransi sebagai instrumen perlindungan risiko dapat berjalan secara optimal.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa perlindungan hukum bagi tertanggung yang mengalami penolakan klaim karena indikasi *fraud* telah diatur dalam peraturan perundang-undangan seperti KUH Dagang, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan peraturan-peraturan Otoritas Jasa Keuangan.

Dampak hukum bagi perusahaan asuransi yang melakukan penolakan klaim yang bertentangan dengan ketentuan hukum memiliki konsekuensi sanksi administratif dari OJK berupa teguran hingga pencabutan izin usaha, tuntutan perdata yaitu kewajiban membayar klaim serta ganti rugi dan bunga, pertentangan inipun memiliki kemungkinan dilakukannya tuntutan pidana apabila terdapat unsur kesengajaan melawan hukum.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrendi, A. (2020). *Peran strategi pemasaran dalam meningkatkan jumlah nasabah (Studi kasus pada PT Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera Cabang Kediri)*. IAIN Kediri.
- Ahmad, N. S., Nasruddin, M., & Sulasih, R. E. S. (2023). Analisis yuridis penolakan klaim asuransi jiwa oleh pihak penanggung terhadap tertanggung: Studi kasus Putusan Nomor 97/Pdt.G/2020/PN.Jkt.Sel. *Jurnal Hukum Krisnadwipayana*, 12(2), 145–160.
- Ardalepa, D. D. (2019). *Analisis diversifikasi produk melalui produk simpanan kurban sunnah Idul Adha (Studi kasus produk Sikurnia di KSPPS SM NU Cabang Warungasem Batang)*. IAIN Pekalongan.
- Azizah, L. N., Harefa, W. N., Amanda, D., Purba, M. S., Nalamjra, A. S., Tampubolon, A. M., & Situngkir, D. (2023). Analisis perbandingan perkembangan jumlah perusahaan asuransi syariah dengan asuransi konvensional di Indonesia periode 2013–2022. *Madani: Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 1(4).
- Azzahra, M. T. (2024). *Perlindungan hukum terhadap nasabah pemegang polis atas wanprestasi oleh perusahaan asuransi*. Universitas Jambi.
- Dahlan, M. R. (2024). Perlindungan hukum tertanggung dalam penolakan klaim asuransi. *Jurnal Ridwan Law Review*, 5(1), 78–95.
<https://arl.ridwaninstitute.co.id/index.php/arl/article/view/351>
- Fauzan, J. A. (2017). *Penerapan prinsip audit forensik dalam investigasi atas fraud pada klaim asuransi kendaraan bermotor (Studi kasus pada PT Jasa Raharja Putera Cabang Yogyakarta)*.
- Hakim, A. R. (2024). Mekanisme dan prosedur klaim asuransi jiwa serta konsekuensi penolakan klaim. *Jurnal Era Legalitas*, 3(2), 112–128.
<https://jurnal.eraplikasi.id/index.php/JEL/article/view/589>
- Harahap, S. M. Y. (2019). *Litigasi dan non-litigasi dalam hukum asuransi*. Sinar Grafika.
- Hiariej, E. O. S. (2021). *Hukum asuransi di Indonesia*. UII Press.
- Iltiham, F. M., & Wahyuni, D. (2016). Strategi agen asuransi syariah dalam meningkatkan jumlah nasabah asuransi syariah. *Jurnal Ekonomi Syariah*, 7(1), 1–29.
- Inayah, W. N. (2021). Perlindungan hukum atas kerugian nasabah asuransi terhadap kasus gagal bayar ditinjau dari Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. *Kosmik Hukum*, 21(2), 133–141.
- Indrati, M. F. (2020). *Perlindungan hukum konsumen dalam asuransi*. Prenada Media.
- Kurniawan, S., Disemadi, H. S., & Purwanti, A. (2020). Urgensi pencegahan tindak pidana curang (fraud) dalam klaim asuransi. *Halu Oleo Law Review*, 4(1), 38–53.
- Lestari, M. A., & Hidayati, S. (2023). Analisis pertumbuhan asuransi periode 2017–2021 (Studi kasus PT Asuransi Allianz Life Indonesia). *Journal of Young Entrepreneurs*, 2(4).
- Muhaimin. (2020). *Metode penelitian hukum* (Cet. 1). Mataram University Press.
- Nurlaila, A. R. (2022). *Strategi diversifikasi produk dan penjualan pada masa pandemi COVID-19 (Studi kasus CV DB Group Purwokerto)*. Universitas Islam Negeri Saifuddin Zuhri.
- Pratama, D. E. (2025). Perdebatan hukum penolakan klaim asuransi dalam wabah COVID-19. *Jurnal Pencerah Publik*, 8(1), 23–38.
<https://jurnalumbutan.ac.id/index.php/Pencerah/article/view/6969>
- Rusli, A., & Kartika, D. (2024). Peran Otoritas Jasa Keuangan dalam penyelesaian sengketa penolakan klaim asuransi kerugian. *UJSJ: Swara Justisia*, 7(3), 201–218.
<https://swarajustisia.unespadang.ac.id/index.php/UJSJ/article/view/445>
- Sapitri, S. S. D. (2019). *Faktor-faktor determinant fraud prevention: Peran internal control*

sebagai variabel intervening. Fakultas Ekonomi dan Bisnis UIN Jakarta.
Solikin, N. (2021). *Pengantar metodologi penelitian hukum* (Cet. 1). CV Penerbit Qiara Media.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.](#)