

Analisis Pengambilan Keputusan Dalam Penyelesaian Klaim Asuransi: Penolakan Klaim Berdasarkan Interpretasi Polis Yang Berbeda

Farianto S Nababan¹, Erikman², Hari Purwanto³, Sitti Rakhman^{2,2}

¹ STMA Trisakti, (fari_tarutung@yahoo.com)

² STMA Trisakti, (mr.erikman@gmail.com)

³ STMA Trisakti, (harry@tib.co.id)

⁴ STMA Trisakti, (trisaktirahma@gmail.com)

Abstrak ;

Penelitian ini berakar pada kondisi penyelesaian klaim yang banyak mengalami kendala yang dialami oleh beberapa pemegang polis dan juga ahli waris, ketidak pahaman ahli waris akan isi dari Polis serta kemungkinan munculnya interpretasi yang berbeda atas suatu klausul pada perjanjian, mengakibatkan proses klaim sangat berpotensi untuk menjadi masalah baru pada industry asuransi. Di sisi lain, pialang asuransi berperan penting dalam memastikan hak pemegang polis dapat dipenuhi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Namun, dalam kasus ini, peran pialang asuransi terhambat oleh ketidakjelasan dan ketidaktepatan dalam pengambilan keputusan klaim yang dilakukan oleh perusahaan asuransi.

Penelitian ini menggunakan metode Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus digunakan dalam penelitian ini untuk menganalisis fenomena hukum yang tengah dalam proses penyelesaian. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk menggali dinamika yang terjadi dalam kasus yang sedang berlangsung, meskipun informasi yang dapat disajikan terbatas dan tidak dapat dijabarkan secara rinci karena status kasus yang masih dalam tahap tertentu. Dengan demikian, penelitian ini bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang faktor-faktor yang mempengaruhi jalannya kasus serta konteks hukum dan sosial yang relevan, meskipun data yang diperoleh hanya mencakup sebagian dari proses penyelesaian kasus tersebut

Abstract:

This research is motivated by problems related to claim settlement which often cause difficulties for policyholders and beneficiaries. Lack of understanding by beneficiaries of the contents of the policy, as well as the possibility of different interpretations of certain clauses in the agreement, can cause new problems in the insurance industry. On the other hand, insurance brokers play an important role in ensuring that policyholders' rights are fulfilled in accordance with applicable provisions. However, in this case, the role of insurance brokers is hampered by unclear and inappropriate decision-making in handling claims by insurance companies.

This study employs a qualitative research method with a case study approach to analyze a legal phenomenon that is currently in the process of resolution. This approach allows the researcher to explore the dynamics occurring in an ongoing case, although the information that can be presented is limited and cannot be detailed due to the case's status still being at a certain stage. Therefore, this study aims to provide an understanding of the factors influencing the course of the case, as well as the relevant legal and social context, even though the data collected only covers part of the case resolution process.

Keywords: SDM, pengambilan keputusan ekonomi, perusahaan asuransi umum.

Pendahuluan

Industri asuransi memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan perlindungan finansial bagi individu maupun organisasi, melalui produk-produk yang menawarkan jaminan terhadap berbagai risiko. Namun, dalam praktiknya, banyak tantangan yang muncul dalam penyelesaian klaim asuransi, yang seringkali tidak berjalan sesuai dengan harapan pemegang polis. Salah satu permasalahan yang sering dihadapi adalah ketidaksesuaian antara ketentuan dalam polis asuransi dan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh perusahaan asuransi, yang dapat berdampak pada kepuasan pemegang polis serta reputasi perusahaan asuransi itu sendiri.

Dalam konteks ini, masalah yang muncul antara perusahaan asuransi dan pialang asuransi menyangkut penolakan klaim yang diajukan oleh pemegang polis. Klaim-klaim yang terkait dengan penyakit kritis (Critical Illness) ditolak dengan alasan bahwa kondisi yang dijamin dalam polis tidak terpenuhi, meskipun menurut pialang asuransi, klaim tersebut seharusnya dapat disetujui berdasarkan ketentuan yang ada dalam polis. Permasalahan ini semakin rumit dengan adanya perbedaan interpretasi terhadap klausul-klausul dalam polis yang mengatur mengenai penerimaan peserta asuransi, serta ketidaktepatan dalam prosedur klaim yang diterapkan oleh perusahaan asuransi.

Secara lebih spesifik, penolakan klaim yang terjadi menunjukkan adanya kelalaian dalam mengikuti ketentuan hukum yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian dan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK). Salah satu ketentuan yang dilanggar adalah kewajiban bagi perusahaan asuransi untuk menangani klaim secara cepat, adil, dan transparan. Ketidakjelasan dalam proses klaim yang berlangsung berlarut-larut, ditambah dengan penolakan klaim yang tidak disertai penjelasan yang memadai, menyebabkan pemegang polis merasa dirugikan dan kehilangan kepercayaan terhadap perusahaan asuransi.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam tentang proses pengambilan keputusan dalam penyelesaian klaim asuransi, dengan fokus pada ketidaksesuaian antara ketentuan polis dan keputusan klaim yang diambil oleh perusahaan asuransi. Selain itu, penelitian ini juga akan mengkaji dampak dari permasalahan tersebut terhadap reputasi perusahaan asuransi, pialang asuransi, serta kepercayaan pemegang polis. Melalui pendekatan ini, diharapkan dapat ditemukan solusi yang relevan bagi pengembangan praktik manajerial di industri asuransi, khususnya dalam pengelolaan klaim, serta pemahaman yang lebih baik mengenai peran pengambilan keputusan dalam menciptakan kepuasan pelanggan dan menjaga kredibilitas perusahaan.

Latar Belakang Masalah

Industri perasuransian memiliki peranan yang sangat penting dalam memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat, baik secara individu maupun kelompok. Namun, dalam praktiknya, seringkali muncul permasalahan terkait klaim yang diajukan oleh pemegang polis, yang pada akhirnya menimbulkan ketidakpuasan dan ketidakpercayaan terhadap perusahaan asuransi. Salah satu permasalahan yang sering terjadi adalah penolakan

klaim yang diajukan oleh nasabah, yang dalam banyak kasus, tidak didasarkan pada alasan yang jelas atau prosedur yang sesuai. Permasalahan ini biasanya berakar dari perbedaan interpretasi terhadap klausul dalam polis, yang menyebabkan ketidaksepakatan antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Klaim yang tidak diproses dengan benar dapat berisiko merugikan nasabah dan merusak reputasi perusahaan asuransi.

Pada suatu kondisi yang terjadi dalam industri asuransi jiwa kredit, beberapa kendala terjadi ketidaksesuaian antara pihak perusahaan asuransi dan pialang asuransi terkait dengan klaim yang diajukan oleh pemegang polis terkait penyakit kritis (Critical Illness) yang sering dipakai sebagai alasan atas penolakan klaim. Penolakan ini disebabkan oleh ketidakcocokan penerapan ketentuan umum dengan ketentuan dalam polis, khususnya terkait klausul Guarantee of Acceptance dan Incontestable Period. Terjadinya perbedaan interpretasi atas klausul-klausul ini menyebabkan penolakan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan yang ada, menambah ketidakpastian bagi pihak-pihak yang terlibat, baik perusahaan asuransi, pialang asuransi, maupun pemegang polis.

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, Pasal 31 ayat (1) mengatur bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim dan keluhan nasabah melalui proses yang cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Dalam penjelasan Pasal 31 ayat (3), dijelaskan bahwa "cepat" berarti klaim harus diselesaikan dalam waktu sesingkat-singkatnya, dan "adil" berarti perusahaan asuransi tidak boleh bertindak semena-mena atau tidak memihak dalam menangani klaim. Hal ini sejalan dengan Pasal 37 POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, yang melarang perusahaan asuransi melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian klaim, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan sehingga mengakibatkan keterlambatan dalam penyelesaian klaim.

Lebih lanjut, Pasal 38 POJK No. 69/POJK.05/2016 mengatur bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan transparansi kepada pemegang polis terkait dengan proses klaim, termasuk pemberitahuan tentang alasan penolakan klaim jika terjadi. Dalam kasus ini, perusahaan asuransi dianggap tidak memenuhi kewajibannya untuk memberikan penjelasan yang memadai terkait penolakan klaim yang diajukan, yang berimplikasi pada ketidakpercayaan terhadap perusahaan tersebut. Oleh karena itu, sangat penting bagi perusahaan asuransi untuk selalu mengutamakan prinsip transparansi dan keadilan dalam penanganan klaim, guna menjaga kredibilitas dan kepercayaan nasabah.

Selain itu, Pasal 16 UU No. 40/2014 mengatur tentang kewajiban perusahaan asuransi untuk memperhatikan prinsip kehati-hatian dalam menyelenggarakan usaha perasuransian. Prinsip ini mencakup kewajiban perusahaan untuk selalu memastikan bahwa proses yang diambil dalam memutuskan klaim didasarkan pada ketentuan dalam polis dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Tindakan perusahaan yang mengabaikan ketentuan ini dapat berakibat pada kerugian bagi nasabah serta merusak reputasi perusahaan itu sendiri.

Namun, dalam praktiknya, perusahaan asuransi dalam kasus ini tampaknya mengabaikan kewajiban untuk melakukan evaluasi klaim sesuai dengan ketentuan yang ada dalam polis, termasuk ketentuan Incontestable Period yang diatur dalam ketentuan umum perasuransian.

Dalam ketentuan ini disebutkan bahwa setelah polis berlaku selama dua tahun, klaim hanya dapat ditolak jika ada indikasi penipuan atau alasan pengecualian lainnya. Penyalahgunaan ketentuan ini dapat merugikan nasabah yang berhak menerima klaim berdasarkan prinsip keadilan yang dijamin oleh peraturan yang ada.

Lebih lanjut, Pasal 28 UU No. 40/2014 tentang Perasuransian juga mengatur tentang perlindungan konsumen yang mencakup hak pemegang polis untuk mendapatkan penyelesaian klaim yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dalam hal ini, penolakan klaim tanpa alasan yang jelas dan tanpa investigasi yang memadai jelas merupakan pelanggaran terhadap hak-hak pemegang polis. Ketentuan ini harus dihormati oleh perusahaan asuransi guna memastikan kepuasan dan perlindungan bagi pemegang polis.

Permasalahan ini berakar pada kurangnya pemahaman dan interpretasi yang berbeda terhadap ketentuan-ketentuan dalam polis, serta ketidakjelasan prosedur klaim yang menyebabkan ketidakpastian bagi pemegang polis. Ketidakpastian ini semakin diperburuk dengan penolakan klaim tanpa investigasi yang memadai, serta penahanan premi oleh pihak nasabah yang merasa dirugikan akibat proses klaim yang berlarut-larut. Selain itu, ketidakjelasan komunikasi antara perusahaan asuransi dan pihak pialang asuransi semakin memperburuk situasi ini, dan dapat merusak hubungan antara pihak-pihak terkait.

Oleh karena itu, evaluasi terhadap pengelolaan klaim asuransi yang lebih transparan dan sesuai dengan ketentuan yang ada dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 dan POJK No. 69/POJK.05/2016 menjadi sangat penting, guna menjaga kredibilitas industri asuransi di Indonesia serta meningkatkan kepercayaan nasabah terhadap produk-produk asuransi yang ditawarkan.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji dampak penerapan regulasi yang berlaku dalam industri asuransi terhadap kepercayaan publik serta keberlanjutan perusahaan pialang asuransi. Fokus penelitian ini adalah pada analisis data empiris yang didasarkan pada interpretasi terhadap Undang-Undang, POJK, ketentuan polis, dan peraturan terkait lainnya. Adapun tujuan spesifik dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Menganalisis Dampak Undang-Undang Perasuransian terhadap Kepercayaan Publik
Penelitian ini akan mengkaji bagaimana implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian memengaruhi persepsi publik terhadap perusahaan asuransi, terutama terkait dengan kewajiban perusahaan dalam menangani klaim dengan cepat, transparan, dan adil.

Mengevaluasi Penerapan POJK No. 69/POJK.05/2016 dalam Proses Klaim
Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana POJK No. 69/POJK.05/2016 yang mengatur

penyelesaian klaim diterapkan oleh perusahaan asuransi, serta bagaimana hal tersebut memengaruhi kepercayaan konsumen dan citra industri asuransi.

Mengidentifikasi Pengaruh Klausul Polis terhadap Keadilan Proses Klaim Penelitian ini akan menganalisis bagaimana klausul dalam polis asuransi, seperti "Guarantee of Acceptance" dan "Incontestable Period," mempengaruhi keputusan klaim dan dampaknya terhadap kepercayaan konsumen terhadap perusahaan asuransi.

Menganalisis Peran Pialang Asuransi dalam Menjaga Kepercayaan Publik Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji peran pialang asuransi dalam menghubungkan perusahaan asuransi dengan konsumen, khususnya dalam mengatasi masalah klaim, serta memastikan bahwa perusahaan asuransi mematuhi peraturan yang ada.

Memberikan Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepercayaan dan Keberlanjutan Perusahaan berdasarkan hasil analisis terhadap peraturan yang berlaku dan praktik yang ada, penelitian ini akan memberikan rekomendasi strategis untuk meningkatkan transparansi, komunikasi, dan kepatuhan perusahaan asuransi terhadap regulasi, guna menjaga kepercayaan publik dan mendukung keberlanjutan perusahaan.

Dengan menggunakan pendekatan data empiris dan penafsiran terhadap peraturan yang ada, diharapkan penelitian ini dapat memberikan wawasan yang berguna mengenai hubungan antara regulasi industri asuransi, kepercayaan publik, dan keberlanjutan perusahaan pialang asuransi.

Pembahasan

1. Analisis Terhadap Klausul Polis: Guarantee of Acceptance dan Incontestable Period

Klausul polis dalam industri asuransi memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan ketentuan penerimaan klaim. Dalam kasus yang terjadi, klausul Guarantee of Acceptance dan Incontestable Period menjadi fokus utama perdebatan antara pihak perusahaan asuransi dan pialang asuransi. Secara umum, Guarantee of Acceptance memberikan otoritas kepada perusahaan asuransi untuk menerima atau menolak klaim tanpa perlu melakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu, dengan alasan bahwa peserta tidak memiliki riwayat penyakit kritis dalam 24 bulan sebelum polis berlaku. Hal ini berisiko menimbulkan penolakan klaim secara otomatis apabila penyebab kematian peserta atau klaim terkait penyakit kritis yang telah ada sebelumnya.

Namun, ada perbedaan interpretasi dalam penerapan klausul ini. Pialang asuransi berpendapat bahwa klausul tersebut hanya berlaku pada kondisi penyakit yang sudah ada (pre-existing condition) sebelum polis berlaku. Bila klaim tidak dapat dibuktikan sebagai pre-existing condition, klaim tersebut harusnya diproses lebih lanjut. Keberadaan ketidakjelasan dalam interpretasi klausul ini dapat menimbulkan sengketa hukum, yang pada gilirannya mengganggu kepercayaan publik terhadap perusahaan asuransi dan pialang asuransi.

Demikian pula, klausul Incontestable Period yang mengatur bahwa setelah dua tahun polis berlaku, klaim tidak dapat ditolak kecuali terbukti ada penipuan atau alasan pengecualian lainnya, seharusnya memberikan perlindungan kepada konsumen. Namun, jika perusahaan asuransi mengabaikan ketentuan ini, yang mengarah pada penolakan klaim setelah lebih dari dua tahun tanpa alasan yang jelas, maka dapat dianggap sebagai pelanggaran terhadap hak-hak konsumen dan memperburuk reputasi industri asuransi.

2. Peran Regulasi dalam Pengelolaan Klaim: Undang-Undang dan POJK

Penyelesaian klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan dalam polis dan tidak transparan dapat berisiko melanggar berbagai peraturan perundang-undangan yang ada di Indonesia. Salah satu regulasi yang mengatur tentang hal ini adalah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian yang menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim secara cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Pasal 31 ayat (1) dari UU ini menegaskan bahwa klaim harus ditangani secara cepat dan adil, yang artinya perusahaan asuransi harus memproses klaim dengan segera, dalam waktu sesingkat mungkin dan dengan prosedur yang transparan.

Namun, ketika perusahaan asuransi menunda atau bahkan menolak klaim dengan alasan yang tidak memadai, ini jelas merupakan pelanggaran terhadap prinsip-prinsip yang diatur dalam Undang-Undang ini. Hal ini bisa mengarah pada ketidakpercayaan konsumen dan berisiko merusak reputasi perusahaan asuransi dalam jangka panjang. Misalnya, apabila klaim tidak dibayar tepat waktu atau penolakan klaim tidak dijelaskan secara jelas dan rinci, hal tersebut menciptakan ketidakpastian yang merugikan bagi nasabah.

Selain itu, POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian, secara spesifik mengatur bahwa perusahaan asuransi dilarang memperlambat penyelesaian klaim. Pasal 37 ayat (1) POJK ini menyatakan bahwa perusahaan asuransi harus menyelesaikan klaim dengan tepat waktu dan tidak boleh melakukan tindakan yang memperlambat proses tersebut. Jika perusahaan asuransi melanggar ketentuan ini, mereka berisiko menghadapi sanksi hukum dan denda, serta yang lebih berbahaya, kehilangan kepercayaan konsumen.

3. Potensi Masalah yang Timbul dari Penolakan Klaim yang Tidak Jelas

Dampak terhadap Industri Asuransi

Salah satu dampak besar dari penolakan klaim yang tidak jelas dan proses klaim yang lama adalah kerusakan kepercayaan publik terhadap industri asuransi secara keseluruhan. Ketika klaim ditolak tanpa alasan yang jelas, konsumen mulai meragukan keandalan perusahaan asuransi dalam memberikan perlindungan finansial yang mereka janjikan. Hal ini bisa menyebabkan penurunan jumlah nasabah baru dan meningkatnya jumlah nasabah yang memutuskan kontrak mereka. Selain itu, risiko hukum juga menjadi besar jika proses klaim yang dipertanyakan akhirnya dibawa ke pengadilan dan perusahaan asuransi ditemukan melakukan pelanggaran.

Dalam jangka panjang, jika masalah ini tidak segera ditangani dengan serius, maka akan tercipta persepsi negatif yang berkelanjutan terhadap seluruh industri asuransi. Kepercayaan masyarakat yang merupakan aset berharga bagi industri ini dapat terkikis, dan kepercayaan tersebut sulit dipulihkan. Para konsumen yang kecewa akan lebih cenderung untuk tidak membeli produk asuransi, bahkan mungkin menyebarkan pengalaman buruk mereka ke publik, yang memperburuk citra industri.

Dampak terhadap Nama Baik Perusahaan Pialang Asuransi

Perusahaan pialang asuransi, yang berperan sebagai penghubung antara perusahaan asuransi dan konsumen, juga akan menghadapi dampak yang signifikan. Pialang asuransi berisiko kehilangan reputasi mereka jika tidak dapat memberikan kejelasan kepada klien terkait alasan penolakan klaim. Jika pialang asuransi tidak dapat memberikan informasi yang memadai mengenai proses klaim, atau jika mereka gagal mengatasi penolakan klaim yang tidak adil, maka klien akan kehilangan kepercayaan terhadap mereka.

Perusahaan pialang asuransi yang tidak dapat bertindak sebagai mediator yang efektif dalam menangani klaim berisiko kehilangan klien mereka, karena konsumen mulai melihat pialang asuransi sebagai bagian dari sistem yang tidak transparan dan tidak dapat diandalkan. Dalam hal ini, tidak hanya perusahaan asuransi yang terdampak, tetapi juga perusahaan pialang yang harus menjaga hubungan baik dengan konsumen dan mitra bisnisnya.

Dampak terhadap Kepercayaan Masyarakat terhadap Asuransi

Masalah klaim yang tidak diproses dengan baik atau penolakan klaim secara massal juga dapat merusak kepercayaan masyarakat terhadap produk asuransi secara keseluruhan. Asuransi sebagai instrumen perlindungan finansial sangat bergantung pada kepercayaan nasabah. Jika masyarakat merasa bahwa mereka tidak akan mendapatkan klaim yang seharusnya mereka terima, mereka mungkin akan berpikir dua kali untuk membeli produk asuransi di masa depan.

Apalagi, di era digital ini, informasi mengenai pengalaman buruk terkait klaim asuransi mudah tersebar luas melalui platform media sosial, yang mempercepat penyebaran ketidakpercayaan terhadap industri ini. Konsumen yang mengalami penolakan klaim akan membagikan pengalaman mereka secara online, yang dapat mengurangi minat calon konsumen untuk membeli polis asuransi.

Analisis Penggunaan Bahasa dalam Polis yang Memicu Kontroversi

Salah satu masalah yang sering kali muncul dalam proses klaim adalah penggunaan kata-kata atau frasa yang ambigu dalam polis asuransi. Misalnya, istilah seperti "pre-existing condition" atau "kondisi yang ada sebelumnya" sering kali diperdebatkan karena tidak dijelaskan dengan cukup rinci. Penggunaan istilah yang tidak jelas ini memicu keraguan di antara konsumen dan membuat interpretasi klausul menjadi subyektif, yang pada akhirnya merugikan pihak konsumen.

Dalam banyak kasus, konsumen merasa bahwa perusahaan asuransi menggunakan kata-kata tersebut untuk menolak klaim dengan alasan yang tidak benar atau dengan alasan yang tidak

sejalan dengan kenyataan. Jika perusahaan asuransi tidak dapat membuktikan bahwa kondisi penyakit peserta benar-benar sudah ada sebelum polis berlaku, maka penolakan klaim yang mengacu pada klausul tersebut seharusnya tidak sah. Ambiguitas dalam penggunaan kata-kata tersebut dapat menimbulkan ketidakadilan dan merusak hubungan antara perusahaan asuransi dan nasabahnya.

Potensi Penyelesaian dan Solusi untuk Mengatasi Masalah Ini

Untuk menghindari dampak-dampak yang telah dijelaskan di atas, perusahaan asuransi perlu melakukan beberapa perbaikan dalam prosedur penanganan klaim mereka. Pertama, penting bagi perusahaan asuransi untuk menyederhanakan dan memperjelas klausul dalam polis mereka, dengan memastikan bahwa kata-kata yang digunakan mudah dipahami oleh konsumen. Kedua, perusahaan asuransi harus mematuhi ketentuan yang telah ditetapkan dalam regulasi, seperti yang ada dalam Undang-Undang Perasuransian dan POJK, agar klaim diproses secara cepat dan adil. Ketiga, perusahaan asuransi perlu meningkatkan komunikasi dengan konsumen dan pialang asuransi, serta melakukan evaluasi klaim dengan cara yang transparan dan objektif.

Perusahaan pialang asuransi, sebagai pihak yang berhubungan langsung dengan konsumen, juga perlu berperan lebih aktif dalam mengedukasi konsumen tentang polis dan prosedur klaim, serta menjadi penghubung yang efektif dalam menyelesaikan permasalahan klaim. Langkah-langkah ini diharapkan dapat memperbaiki hubungan antara perusahaan asuransi, pialang asuransi, dan konsumen.

Proses Klaim yang Berkepanjangan dan Dampaknya terhadap Industri Asuransi

Proses klaim yang berkepanjangan, antara 60 hingga 120 hari tanpa kejelasan status diterima atau ditolak, menciptakan ketidakpastian yang merugikan bagi nasabah dan bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar yang diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai perasuransian. Ketika klaim diproses dalam jangka waktu yang sangat lama tanpa adanya kejelasan, perusahaan asuransi jelas melanggar ketentuan yang mengatur kewajiban mereka dalam menyelesaikan klaim dengan cepat dan transparan.

Pasal 31 ayat (1) Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim secara cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Dalam hal ini, ketentuan tersebut mengatur bahwa klaim harus diselesaikan dengan segera dalam waktu sesingkat-singkatnya, dan perusahaan asuransi tidak boleh memperlambat atau mengabaikan penyelesaian klaim yang sah. Penyelesaian klaim yang tertunda selama 60 hingga 120 hari tanpa memberikan status yang jelas melanggar prinsip “cepat” sebagaimana diatur dalam UU Perasuransian, yang mana proses klaim yang berlangsung lebih dari dua bulan tanpa kejelasan status akan menambah ketidakpastian bagi konsumen.

Pasal 4 ayat (4) UU No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian juga melarang perusahaan asuransi untuk memperlambat penyelesaian klaim atau tidak melakukan tindakan yang

seharusnya untuk menghindari keterlambatan penyelesaian klaim. Perusahaan asuransi yang menunda klaim tanpa alasan yang jelas atau tidak memberikan tanggapan dalam jangka waktu yang wajar, menciptakan kerugian finansial dan ketidaknyamanan bagi pemegang polis. Ini juga mengindikasikan bahwa perusahaan asuransi gagal untuk memenuhi kewajiban mereka yang sudah ditetapkan dalam peraturan tersebut.

Selain itu, POJK No. 69/POJK.05/2016 Pasal 37 ayat (1) menyatakan bahwa perusahaan asuransi dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim. Penundaan klaim yang berlangsung berlarut-larut tanpa alasan yang kuat mengarah pada pelanggaran ketentuan dalam POJK ini, yang mengatur kewajiban perusahaan asuransi untuk menyelesaikan klaim dengan tepat waktu dan transparansi. Ketidakjelasan status klaim yang berlangsung lebih dari dua bulan juga menciptakan ketidakpastian yang berisiko merusak hubungan antara konsumen dengan perusahaan asuransi dan dapat menurunkan tingkat kepuasan konsumen terhadap produk asuransi yang ditawarkan.

Dampak Terhadap Kepercayaan Publik dan Reputasi Perusahaan

Proses klaim yang berkepanjangan tanpa kejelasan berpotensi merusak reputasi perusahaan asuransi. Masyarakat yang sebelumnya sudah memiliki harapan akan perlindungan finansial dari asuransi akan merasa kecewa ketika klaim yang diajukan tidak diproses dalam waktu yang wajar dan tanpa penjelasan yang memadai. Kepercayaan konsumen terhadap industri asuransi akan terganggu, dan ini dapat menyebabkan penurunan dalam penjualan produk asuransi serta mengurangi tingkat loyalitas nasabah terhadap perusahaan asuransi tersebut.

Perusahaan asuransi yang terlibat dalam penundaan klaim tanpa alasan yang jelas berisiko kehilangan kepercayaan dari masyarakat. Dalam era media sosial, keluhan mengenai klaim yang tertunda atau tidak jelas statusnya dapat dengan cepat tersebar dan mempengaruhi pandangan publik secara luas. Konsumen yang merasa diperlakukan tidak adil dapat membagikan pengalaman buruk mereka secara online, yang akan menciptakan efek domino yang merugikan bagi perusahaan asuransi dan bahkan bisa berdampak pada industri asuransi secara keseluruhan.

Dampak Terhadap Konsumen dan Pengelolaan Risiko Keuangan

Bagi konsumen, penundaan klaim yang berkepanjangan memiliki dampak langsung terhadap pengelolaan risiko keuangan mereka. Dalam banyak kasus, klaim asuransi diajukan untuk menanggulangi risiko besar seperti penyakit kritis atau kecelakaan. Ketika klaim tidak segera disetujui atau ditolak tanpa alasan yang jelas, konsumen akan kesulitan untuk mengakses dana yang mereka butuhkan dalam waktu yang tepat. Hal ini tidak hanya menciptakan ketidakpastian finansial bagi konsumen, tetapi juga memperburuk kondisi psikologis mereka, terutama bagi keluarga yang sedang menghadapi masalah kesehatan atau kehilangan anggota keluarga.

Penundaan klaim yang berlarut-larut bisa memaksa konsumen untuk mencari sumber pendanaan alternatif yang tidak selalu mudah didapatkan. Ini dapat menciptakan beban finansial yang lebih besar dan pada akhirnya mengurangi manfaat yang seharusnya mereka

dapatkan dari asuransi. Dalam kasus yang lebih parah, proses klaim yang tertunda dapat menyebabkan konsumen merasa bahwa mereka tidak mendapat perlindungan yang dijanjikan, yang pada gilirannya merugikan perusahaan asuransi dalam hal reputasi dan kelangsungan bisnis jangka panjang.

Penyelesaian Klaim Berdasarkan Prinsip Adil dan Cepat

Penting bagi perusahaan asuransi untuk mengadopsi prinsip "cepat dan adil" dalam menangani klaim, sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Perasuransian dan POJK. Penyelesaian klaim yang tepat waktu bukan hanya sebuah kewajiban hukum, tetapi juga bagian dari tanggung jawab perusahaan asuransi untuk memastikan bahwa konsumen mendapatkan manfaat yang sesuai dengan polis yang telah mereka beli.

Perusahaan asuransi yang berkomitmen untuk menangani klaim dengan cara yang cepat dan adil akan mampu menjaga hubungan baik dengan konsumen, meningkatkan reputasi perusahaan, dan memperoleh kepercayaan yang lebih besar dari pasar. Dalam hal ini, perusahaan harus memiliki sistem yang efisien untuk memproses klaim dalam waktu yang wajar dan memberikan penjelasan yang jelas tentang status klaim yang diajukan. Proses klaim yang transparan dan responsif dapat meningkatkan kepuasan konsumen dan berkontribusi pada kelangsungan bisnis perusahaan dalam jangka panjang.

Proses Investigasi Klaim yang Tidak Transparan dan Dampaknya terhadap Industri Asuransi

Investigasi klaim adalah salah satu elemen krusial dalam proses penyelesaian klaim asuransi, baik dilakukan oleh perusahaan asuransi itu sendiri maupun oleh pihak ketiga berupa investigator independen yang ditunjuk oleh perusahaan asuransi. Investigasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dan tidak melibatkan penipuan atau penyalahgunaan. Namun, ketika proses investigasi tersebut dilakukan tanpa transparansi, tanpa data yang akurat, dan melanggar aturan yang berlaku, hal ini dapat menimbulkan masalah serius bagi perusahaan asuransi, pialang asuransi, dan tentu saja bagi nasabah yang dirugikan.

Transparansi dalam Proses Investigasi Klaim

Transparansi adalah prinsip utama dalam setiap proses klaim, yang mengharuskan perusahaan asuransi untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dipahami oleh pemegang polis mengenai status klaim dan alasan di balik keputusan yang diambil. Namun, jika kegiatan investigasi klaim dilakukan tanpa memberikan penjelasan yang cukup kepada nasabah atau pihak terkait, hal ini bisa menimbulkan persepsi negatif dan menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi. Pemegang polis berhak untuk mengetahui proses yang mereka jalani, termasuk alasan dan temuan yang melandasi keputusan penolakan atau penerimaan klaim mereka.

Ketentuan dalam Undang-Undang dan POJK terkait Proses Investigasi Klaim

Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, khususnya pada Pasal 31 ayat (1), mengatur bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim dengan cepat, sederhana, mudah diakses, dan adil. Dalam hal ini, proses investigasi klaim harus dilakukan dengan

transparansi dan kejelasan, serta tidak boleh ada penundaan yang tidak berdasar. Penundaan yang terjadi akibat investigasi yang tidak transparan atau dilakukan tanpa dasar yang kuat jelas bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar yang ada dalam undang-undang tersebut.

Selain itu, Pasal 4 ayat (4) UU No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian secara tegas melarang perusahaan asuransi untuk memperlambat penyelesaian klaim tanpa alasan yang jelas atau yang melanggar ketentuan yang ada dalam polis asuransi. Perusahaan asuransi juga tidak diperkenankan untuk melakukan investigasi yang tidak sesuai dengan prosedur yang sah atau untuk mengabaikan bukti yang ada, jika bukti tersebut menunjukkan bahwa klaim yang diajukan seharusnya diterima.

POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian juga menyatakan dalam Pasal 37 ayat (3) bahwa perusahaan asuransi tidak boleh mengabaikan hasil penilaian yang dilakukan oleh pihak yang independen, seperti investigator yang ditunjuk. Jika perusahaan asuransi menggunakan pihak ketiga untuk melakukan investigasi klaim, hasilnya tidak boleh diabaikan tanpa alasan yang kuat dan berbasis pada bukti yang valid. Pengabaian terhadap hasil penilaian yang jelas atau tidak memberikan penjelasan yang cukup mengenai proses investigasi yang dilakukan akan melanggar aturan ini dan dapat mempengaruhi integritas perusahaan asuransi itu sendiri.

Data yang Tidak Akurat dalam Investigasi Klaim

Selain transparansi, akurasi data yang digunakan dalam investigasi klaim juga merupakan aspek yang sangat penting. Investigasi klaim yang didasarkan pada data yang tidak akurat atau tidak lengkap akan sangat merugikan pihak yang mengajukan klaim, terutama jika data tersebut digunakan sebagai dasar penolakan klaim. Misalnya, jika klaim diklaim tidak valid karena informasi medis yang tidak lengkap atau tidak sesuai, padahal peserta asuransi tidak diberitahukan mengenai ketidakakuratan tersebut, maka ini jelas merupakan pelanggaran terhadap prinsip transparansi dan keadilan yang ada dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

Pasal 31 ayat (3) UU Perasuransian menyebutkan bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim dengan berpegang pada kebenaran dan tidak memihak. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus memastikan bahwa data yang digunakan dalam proses investigasi adalah data yang valid dan akurat, serta memberikan penjelasan yang jelas mengenai data tersebut kepada pihak yang mengajukan klaim. Jika data yang digunakan tidak akurat, maka keputusan yang diambil oleh perusahaan asuransi bisa dianggap cacat hukum dan bertentangan dengan prinsip-prinsip yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Pelanggaran terhadap Prosedur Perundang-Undangan dalam Investigasi Klaim

Berdasarkan ketentuan POJK No. 69/POJK.05/2016, perusahaan asuransi wajib memastikan bahwa investigasi klaim dilakukan dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, transparansi, dan keadilan. Jika perusahaan asuransi atau investigator yang ditunjuk tidak mengikuti prosedur yang jelas atau mengabaikan bukti yang relevan dalam investigasi klaim, mereka tidak hanya merugikan pemegang polis, tetapi juga berisiko melanggar ketentuan hukum yang berlaku. Investigasi yang tidak sah dan tidak transparan ini berpotensi menyebabkan

klaim yang valid ditolak tanpa dasar yang jelas, merusak reputasi perusahaan asuransi, dan menciptakan ketidakpastian bagi nasabah.

Dampak Negatif Terhadap Reputasi dan Kepercayaan Masyarakat

Investigasi klaim yang tidak transparan dan melanggar peraturan yang ada akan sangat merugikan industri asuransi, karena akan menciptakan persepsi negatif di mata masyarakat. Ketika masyarakat merasa bahwa mereka tidak diperlakukan dengan adil dalam proses klaim, mereka akan kehilangan kepercayaan terhadap perusahaan asuransi dan industri secara keseluruhan. Dalam jangka panjang, hal ini dapat menyebabkan penurunan tingkat partisipasi masyarakat dalam produk asuransi, yang berdampak pada keberlanjutan bisnis perusahaan asuransi itu sendiri.

Kepercayaan publik terhadap industri asuransi sangat bergantung pada kejelasan dan transparansi dalam proses klaim. Jika perusahaan asuransi terus menerus melakukan investigasi yang tidak transparan atau tidak akurat, ini akan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap perusahaan asuransi dan bahkan pialang asuransi yang terlibat dalam distribusi produk asuransi. Di sisi lain, perusahaan asuransi yang dapat memastikan bahwa klaim mereka diproses dengan transparansi dan berdasarkan data yang akurat akan lebih mudah mempertahankan reputasi baik mereka dan membangun hubungan jangka panjang dengan konsumen.

Implikasi bagi Pialang Asuransi dan Keberlanjutan Bisnis

Bagi perusahaan pialang asuransi, masalah klaim yang tidak jelas atau ditolak secara sepihak berisiko merusak reputasi mereka di mata klien. Pialang asuransi harus berperan aktif dalam memastikan bahwa perusahaan asuransi yang mereka wakili mematuhi prosedur yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip yang berlaku di industri ini. Mereka harus mampu mengarahkan klien untuk memahami hak-hak mereka dalam proses klaim dan menjaga komunikasi yang terbuka dengan perusahaan asuransi. Di sisi lain, pialang asuransi juga berisiko kehilangan kepercayaan klien jika tidak dapat memberikan kejelasan atas proses klaim yang sering kali menjadi titik kritis dalam hubungan bisnis ini.

Secara keseluruhan, untuk menjaga keberlanjutan dan kestabilan industri asuransi, sangat penting bagi semua pihak yang terlibat untuk memastikan bahwa seluruh proses yang berkaitan dengan klaim dijalankan dengan prosedur yang sah dan transparan. Ini tidak hanya menguntungkan perusahaan asuransi dalam jangka panjang, tetapi juga memberikan jaminan perlindungan kepada masyarakat sebagai konsumen. Pemerintah dan regulator, melalui Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 serta POJK No. 69/POJK.05/2016, telah menetapkan dasar hukum yang kuat untuk mengatur dan mengawasi praktik-praktik yang berlaku di industri asuransi. Namun, penerapan aturan-aturan ini perlu lebih ditegakkan dengan tegas untuk menghindari penyalahgunaan yang dapat merugikan semua pihak yang terlibat.

Penyelesaian Potensial

Terkait dengan permasalahan klaim yang tidak transparan dan berlarut-larut, ada beberapa jalur penyelesaian yang dapat ditempuh oleh pihak-pihak terkait. Salah satunya adalah dengan melibatkan LAPS SJK (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan) yang dapat berperan sebagai mediator untuk menyelesaikan sengketa antara pihak pialang asuransi dan perusahaan asuransi secara lebih cepat dan efisien, tanpa melalui proses hukum yang panjang. LAPS SJK memiliki fungsi untuk menyelesaikan sengketa yang melibatkan perusahaan asuransi dan konsumen, dengan prosedur yang sederhana dan dapat mengurangi beban pihak-pihak yang terlibat.

Selain itu, klien atau pialang asuransi dapat mengajukan Pengaduan Konsumen kepada OJK (Otoritas Jasa Keuangan) jika mereka merasa dirugikan dengan penolakan klaim atau ketidakjelasan proses klaim. OJK sebagai regulator industri keuangan dan asuransi memiliki kewajiban untuk melakukan pengawasan terhadap praktik perusahaan asuransi dan memastikan bahwa peraturan perasuransian dipatuhi, serta memberikan perlindungan kepada konsumen. Pengaduan kepada OJK dapat menjadi langkah strategis dalam memitigasi masalah klaim yang berlarut-larut dan memberikan sanksi yang diperlukan kepada perusahaan asuransi yang terbukti melakukan pelanggaran.

Apabila jalur alternatif dan pengaduan tidak menghasilkan solusi yang memadai, maka pihak-pihak yang dirugikan, baik pialang asuransi maupun klien, dapat mempertimbangkan penyelesaian melalui jalur hukum, baik secara perdata maupun pidana. Penyelesaian perdata dapat melibatkan gugatan hukum untuk mendapatkan ganti rugi atas kerugian yang dialami akibat penolakan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan hukum. Selain itu, tindakan yang tidak transparan dalam investigasi klaim dan penundaan yang tidak wajar dapat mengarah pada pelanggaran pidana, seperti penipuan atau penggelapan, yang dapat dikenakan sanksi hukum terhadap pihak-pihak yang terlibat.

Secara keseluruhan, penyelesaian atas permasalahan ini memerlukan kerjasama antara berbagai pihak, mulai dari perusahaan asuransi, pialang asuransi, LAPS SJK, OJK, hingga jalur hukum yang dapat memberikan solusi yang adil dan memenuhi hak-hak konsumen serta menjaga kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi di Indonesia.

Kesimpulan

Dalam konteks industri asuransi, terutama yang berkaitan dengan klaim yang ditolak atau diproses dalam waktu yang lama, kasus yang terjadi menunjukkan adanya ketidaksesuaian dalam pelaksanaan prosedur klaim antara perusahaan asuransi dan pihak pialang asuransi. Hal ini berpotensi menimbulkan dampak yang signifikan baik bagi reputasi perusahaan asuransi, keberlangsungan pialang asuransi, maupun kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi itu sendiri. Proses klaim yang seharusnya berjalan dengan cepat, transparan, dan efisien, berdasarkan ketentuan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang

Perasuransian dan POJK No. 69/POJK.05/2016, malah terhambat dengan penundaan yang tidak jelas dan kurangnya komunikasi mengenai status klaim, yang bertentangan dengan peraturan yang berlaku.

Salah satu masalah utama yang diidentifikasi dalam kasus ini adalah interpretasi yang berbeda mengenai klausul dalam polis asuransi yang mengatur tentang Guarantee of Acceptance dan Incontestable Period. Perbedaan interpretasi ini berujung pada penolakan klaim secara massal, meskipun ketentuan dalam peraturan perundang-undangan mengharuskan perusahaan asuransi untuk melakukan prosedur yang adil, jelas, dan transparan. Penolakan klaim yang tidak dibarengi dengan bukti atau investigasi yang mendalam tidak hanya merugikan pihak tertanggung, tetapi juga mencederai kepercayaan terhadap industri asuransi secara keseluruhan.

Selain itu, proses investigasi klaim yang dilakukan baik oleh internal perusahaan asuransi maupun investigator independen yang ditunjuk, namun tidak transparan dan tanpa data yang akurat, menunjukkan adanya pelanggaran terhadap prinsip kehati-hatian dan transparansi yang menjadi landasan utama dalam pengelolaan klaim asuransi. POJK No. 69/POJK.05/2016 jelas mengatur bahwa perusahaan asuransi tidak boleh mengabaikan hasil penilaian yang dilakukan oleh pihak independen atau menghindari kewajiban untuk memberikan penjelasan yang memadai kepada pihak tertanggung. Kegagalan dalam memenuhi kewajiban ini dapat mengakibatkan kerugian reputasi yang parah bagi perusahaan asuransi dan merusak kepercayaan masyarakat.

Dalam perspektif kepercayaan publik, industri asuransi harus memahami bahwa kredibilitasnya sangat bergantung pada bagaimana perusahaan asuransi menangani klaim yang diajukan. Proses klaim yang memakan waktu hingga berbulan-bulan tanpa kejelasan status dapat membuat masyarakat merasa tidak aman dalam berasuransi dan pada akhirnya enggan untuk melibatkan diri dalam produk-produk asuransi. Situasi ini dapat mengancam keberlangsungan industri asuransi, terutama di pasar yang sangat bergantung pada kepercayaan pelanggan. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus lebih responsif dan transparan dalam menyelesaikan klaim, serta memperkuat komunikasi dengan para pialang asuransi dan nasabahnya.

Penutup

Permasalahan terkait penolakan klaim yang berlarut-larut, ketidaktransparanan dalam investigasi klaim, dan ketidaksesuaian prosedur dalam industri asuransi merupakan tantangan serius yang tidak hanya merugikan pihak tertanggung, tetapi juga mencederai reputasi dan keberlanjutan perusahaan asuransi serta pialang asuransi. Dalam konteks ini, penting untuk menekankan bahwa kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, seperti Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian dan POJK No. 69/POJK.05/2016, adalah kunci utama dalam memastikan bahwa klaim diproses secara adil, cepat, dan transparan. Ketidaksesuaian dalam interpretasi klausul polis, seperti Guarantee of Acceptance dan Incontestable Period, serta ketidakjelasan dalam komunikasi proses klaim,

menunjukkan adanya kelemahan dalam penerapan prinsip kehati-hatian dan transparansi yang seharusnya menjadi dasar dalam operasi perusahaan asuransi.

Dari perspektif manajemen, keberlanjutan bisnis asuransi sangat bergantung pada kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat dan klien terhadap sistem klaim dan penanganan polis. Penundaan klaim yang tidak jelas statusnya, disertai dengan proses investigasi yang tidak transparan dan tanpa dasar yang jelas, dapat menyebabkan ketidakpuasan yang luas di kalangan konsumen. Hal ini, pada gilirannya, dapat menurunkan tingkat partisipasi masyarakat dalam produk-produk asuransi, yang mengancam pertumbuhan industri ini.

Penyelesaian dari permasalahan ini tidak hanya memerlukan tindakan internal oleh perusahaan asuransi untuk meningkatkan transparansi dan kepatuhan terhadap prosedur klaim, tetapi juga kolaborasi dengan pihak eksternal, seperti LAPS SJK dan OJK, untuk memastikan bahwa sengketa klaim dapat diselesaikan dengan cara yang efisien dan adil. Jika penyelesaian melalui jalur alternatif tidak memadai, maka jalur hukum, baik perdata maupun pidana, dapat menjadi pilihan yang diperlukan untuk melindungi hak-hak konsumen dan menjaga integritas industri asuransi.

Secara keseluruhan, keberhasilan penyelesaian permasalahan ini akan berdampak positif pada kredibilitas perusahaan asuransi dan pialang asuransi, serta mengembalikan kepercayaan publik terhadap industri asuransi. Oleh karena itu, penting bagi semua pihak yang terlibat untuk memastikan bahwa prinsip-prinsip transparansi, kepatuhan terhadap regulasi, dan keadilan dijalankan dengan baik dalam setiap aspek pelayanan klaim. Dengan demikian, industri asuransi dapat terus berkembang dengan memberikan perlindungan yang tepat dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat.

Daftar Pustaka

BUKU

- Abdulkadir Muhammad.2015. Hukum Asuransi Indonesia. Bandung: PT.Citra Aditya Bakti;
- Man Suparman Sastrawidjaja. 2003. Aspek-Aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga. Bandung. PT. Alumni.
- Soeisno Djojosoedarso.1999. Prinsip - Prinsip Manajemen Risiko dan Asuransi. Jakarta, Salemba Empat.
- Sri Redjeki Hartono. 1985 Asuransi dan Hukum Asuransi. Semarang, IKIP.
- Freddy Pielor, Harry Purwanto, Kapler A Marpaung. "PIALANG ASURANSI dari A ke Z" Temukan manfaat berasuransi melalui Pialang, 2018, APPARINDO

JURNAL

- Bernando H Paluhutan, Rinitami Njatrijani, Hendri Saptono. 2016. "Tanggung Jawab Broker Asuransi Dalam Hal Penyelesaian Sengketa Klaim Asuransi Atas Pencabutan Izin Penanggung". Diponegoro Law Volume 6 Nomor 4. Fakultas Hukum Universitas Diponegoro. Semarang
- Malalina. 2011. "Peramalan Klaim Asuransi Kendaraan Bermotor dengan Credibility Shrinkage". Jurnal Teknologi dan Informatika (TEKNOMATIKA). STMIK PalComTech Palembang.
- Ronen Avraham. "The Economics Of Insurance Law-A Primer". Connecticut Insurance Law Journal Vol 19, 2012. Connecticut University.

INTERNET

- <http://www.jasindo.co.id/produk/detail/asuransi-jasindo-oto>

PRODUK HUKUM & UNDANG UNDANG

- Undang-undang Nomor 40 (2014). Perasuransian;
- Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69 (2016). Penyelenggaraan Usaha Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi dan Perusahaan Reasuransi Syariah;

- Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 38.(2020). Perubahan atas Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah;
- Elda Aldira Laniza Zainal.(2020). Hukum Asuransi.