BisaAsuransi
Education is Our Passion

ITIKAD ACADEMY
School of Insurance Professionals

Pohon Cahaya

INTRODUCTION TO INSURANCE

DAI
DEWAN ASURANSI INDONESIA

aaui
ASOSIASI ASURANSI UMUM INDONESIA

OJK
OTORITAS JASA KEUANGAN

LPS
LEMBAGA PENJAMIN SIMPANAN



EV INSURANCE

PERLINDUNGAN UNTUK KENDARAAN MASA DEPAN



TPL COMPULSORY INSURANCE

PERLINDUNGAN WAJIB UNTUK ANDA & ORANG LAIN



GLOBAL WARMING

RISIKO NYATA, ANCAMAN KITA SEMUA



KYC

KENALI NASABAH, LINDUNGI KITA SEMUA





GAGAL BAYAR



MIS-SELLING UNIT LINK



BANCASSURANCE

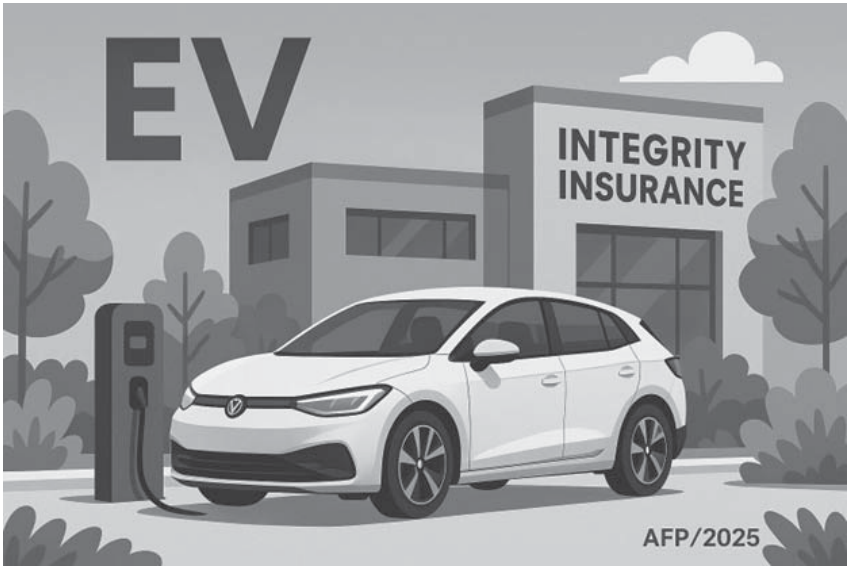


PART 3

ANDREAS FREDDY PIELOOR & TEAM

BAB
19

ELECTRIC VEHICLE (EV) INSURANCE




LIFE IS A HOUSE BUILT
UNDER AN OPEN SKY.
INSURANCE IS NOT FEAR OF THE STORM,
BUT RESPECT FOR THE ROOF
AND THOSE SLEEPING BENEATH IT.

19.1 Pengantar

Industri otomotif global sedang mengalami revolusi besar dengan semakin berkembangnya kendaraan listrik atau *Electric Vehicle* (EV). Seiring dengan meningkatnya kesadaran terhadap lingkungan dan kebijakan pemerintah yang mendorong transisi ke energi bersih, EV semakin menjadi pilihan utama bagi konsumen. Namun, peralihan dari kendaraan berbahan bakar fosil ke EV membawa tantangan baru dalam industri perasuransian, baik dari segi penilaian risiko, perhitungan premi, hingga penanganan klaim. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus mulai memahami karakteristik unik EV dan menyesuaikan produk mereka agar tetap relevan di pasar yang terus berkembang ini.

EV memiliki teknologi yang sangat berbeda dari kendaraan konvensional, termasuk sistem penggerak listrik, baterai berkapasitas tinggi, serta perangkat lunak canggih yang mengatur berbagai fungsi kendaraan. Risiko yang dihadapi juga berbeda, seperti kemungkinan kebakaran akibat baterai, kerusakan sistem elektronik, biaya perbaikan yang tinggi, serta keterbatasan bengkel dan suku cadang. Jika perusahaan asuransi tidak memiliki pemahaman mendalam tentang teknologi dan risiko EV, mereka akan kesulitan menetapkan tarif premi yang akurat, yang dapat berujung pada kerugian finansial atau kehilangan daya saing di industri.

Selain itu, kebiasaan mengemudi dan pola klaim pemilik EV juga perlu dianalisis lebih lanjut. Teknologi otonom dan fitur keselamatan canggih yang banyak dimiliki EV dapat mengurangi frekuensi kecelakaan, tetapi di sisi lain, biaya perbaikan untuk sensor dan perangkat lunak yang rusak bisa jauh lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional. Dalam beberapa kasus,

kecelakaan ringan dapat mengakibatkan biaya klaim yang sangat besar karena komponen yang harus diganti lebih kompleks dan mahal. Tanpa strategi *underwriting* yang tepat, perusahaan asuransi bisa menghadapi tantangan besar dalam menjaga profitabilitas produk EV *Insurance*.

Tidak hanya dari sisi risiko, perusahaan asuransi juga harus mempertimbangkan peluang bisnis yang dapat diperoleh dari pertumbuhan pasar EV. Beberapa negara telah menetapkan regulasi bahwa EV harus memiliki perlindungan asuransi khusus, termasuk jaminan untuk baterai, sistem kelistrikan, dan risiko kebakaran. Selain itu, beberapa perusahaan asuransi global telah menjalin kerja sama strategis dengan produsen EV untuk menawarkan produk asuransi yang lebih spesifik dan terintegrasi langsung dengan layanan purna jual kendaraan. Inovasi dalam desain polis EV *Insurance* dapat menjadi keunggulan kompetitif bagi perusahaan yang mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan teknologi ini lebih cepat.

Dengan semakin banyaknya negara yang menargetkan penghapusan kendaraan berbahan bakar fosil dalam beberapa dekade mendatang, transisi ke EV bukan lagi sekadar tren, melainkan sebuah keharusan. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus mulai berinvestasi dalam pemahaman mendalam tentang EV, melakukan penelitian tentang risiko dan pola klaim, serta mengembangkan produk asuransi yang fleksibel dan inovatif. Perusahaan yang mampu menyesuaikan diri lebih awal akan memiliki keunggulan dalam menguasai pasar EV *Insurance* di masa depan.

A. Definisi EV (*Electric Vehicle*)

Electric Vehicle (EV) adalah kendaraan yang menggunakan energi listrik sebagai sumber tenaga utama untuk menggerakkan

motor. Berbeda dengan kendaraan berbahan bakar fosil yang mengandalkan mesin pembakaran internal (*Internal Combustion Engine*/ICE), EV sepenuhnya atau sebagian besar mengandalkan motor listrik yang mendapatkan daya dari baterai atau sumber energi listrik lainnya. Keunggulan utama EV adalah rendahnya emisi karbon, efisiensi energi yang lebih tinggi dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil, serta biaya operasional yang relatif lebih rendah karena tidak memerlukan bahan bakar konvensional.

EV telah menjadi bagian dari revolusi transportasi global, didorong oleh upaya untuk mengurangi ketergantungan pada bahan bakar fosil dan menekan polusi udara. Banyak negara telah menerapkan insentif pajak dan subsidi untuk mendorong adopsi EV, serta membangun infrastruktur pengisian daya yang lebih luas untuk mendukung ekosistem kendaraan listrik ini.

Berdasarkan teknologi dan sistem penggeraknya, EV dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. *Battery Electric Vehicle* (BEV)

BEV adalah kendaraan yang sepenuhnya menggunakan listrik dan tidak memiliki mesin pembakaran internal. Seluruh tenaga yang digunakan untuk menggerakkan kendaraan berasal dari baterai *lithium-ion*, yang perlu diisi ulang melalui stasiun pengisian daya listrik (*charging station*) atau sumber listrik rumah tangga. BEV dianggap sebagai bentuk EV yang paling ramah lingkungan karena tidak menghasilkan emisi gas buang selama pengoperasiannya.

Karakteristik utama BEV:

- 100% listrik: Tidak memiliki mesin berbahan bakar bensin atau diesel.

- Nol emisi: Tidak menghasilkan karbon dioksida atau polutan lain saat digunakan.
- Memerlukan infrastruktur pengisian daya: Membutuhkan jaringan *charging station* yang memadai untuk mendukung penggunaannya.
- Jarak tempuh terbatas: Kapasitas baterai menentukan seberapa jauh kendaraan dapat beroperasi sebelum perlu diisi ulang.
- Biaya operasional rendah: Lebih hemat dibandingkan kendaraan konvensional karena tidak membutuhkan bahan bakar fosil dan memiliki komponen mekanis yang lebih sedikit.

Contoh BEV: Tesla Model S, Nissan Leaf, Hyundai Ioniq 5, dan Volkswagen ID.4.

2. *Plug-in Hybrid Electric Vehicle* (PHEV)

PHEV adalah kendaraan yang menggabungkan motor listrik dengan mesin pembakaran internal. Berbeda dengan *Hybrid Electric Vehicle* (HEV), baterai pada PHEV dapat diisi ulang dari sumber listrik eksternal, seperti charging station atau colokan listrik rumah tangga.

Karakteristik utama PHEV:

- Dapat beroperasi dalam mode listrik atau mode *hybrid*: Kendaraan bisa berjalan hanya dengan tenaga listrik untuk jarak tertentu sebelum mesin bensin/diesel menyala.
- Menggunakan dua sumber energi: Memiliki motor listrik dengan baterai yang dapat diisi ulang serta mesin berbahan bakar konvensional sebagai cadangan.
- Jarak tempuh lebih fleksibel: Bisa digunakan dalam mode listrik untuk perjalanan pendek dan menggunakan bahan bakar untuk perjalanan lebih jauh.

- Lebih hemat bahan bakar dibandingkan kendaraan konvensional: Karena motor listrik membantu mengurangi konsumsi bahan bakar.

Contoh PHEV: Toyota Prius *Plug-in*, Mitsubishi Outlander PHEV, dan BMW 330e.

3. *Hybrid Electric Vehicle* (HEV)

HEV adalah kendaraan yang menggunakan motor listrik untuk mendukung mesin berbahan bakar konvensional, tetapi tidak dapat diisi ulang melalui sumber daya eksternal. Energi listrik dihasilkan melalui proses regenerative braking, yaitu sistem yang mengubah energi kinetik dari pengereman menjadi listrik yang disimpan dalam baterai.

Karakteristik utama HEV:

- Menggunakan dua sistem tenaga: Motor listrik bekerja sebagai pendukung mesin bensin atau diesel, terutama saat akselerasi atau kecepatan rendah.
- Tidak memerlukan pengisian daya eksternal: Energi listrik dihasilkan dari pengereman regeneratif.
- Lebih hemat bahan bakar dibandingkan kendaraan konvensional: Karena motor listrik membantu mengurangi beban kerja mesin pembakaran internal.
- Tidak sepenuhnya bebas emisi: Masih menghasilkan emisi gas buang, meskipun lebih rendah dibandingkan kendaraan ICE.

Contoh HEV: Toyota Prius, Honda Insight, dan Hyundai Sonata Hybrid.

4. *Fuel Cell Electric Vehicle* (FCEV)

FCEV adalah kendaraan listrik yang menggunakan sel bahan bakar hidrogen (*fuel cell*) sebagai sumber daya utama. Hidrogen dikonversi menjadi listrik melalui reaksi kimia, yang

kemudian digunakan untuk menggerakkan motor listrik. Berbeda dengan BEV, yang membutuhkan pengisian daya listrik dari luar, FCEV hanya memerlukan pengisian bahan bakar hidrogen yang lebih cepat dan memiliki jangkauan yang lebih panjang.

Karakteristik utama FCEV:

- Menggunakan hidrogen sebagai sumber energi utama.
- Tidak menghasilkan emisi berbahaya: Satu-satunya produk sampingannya adalah uap air.
- Waktu pengisian lebih cepat dibandingkan BEV: Hanya membutuhkan beberapa menit untuk mengisi hidrogen, dibandingkan BEV yang membutuhkan waktu lebih lama untuk mengisi daya baterai.
- Terbatasnya infrastruktur hidrogen: Saat ini, masih sedikit negara yang memiliki hydrogen refueling stations yang cukup untuk mendukung penggunaan FCEV secara luas.

Contoh FCEV: Toyota Mirai, Honda Clarity Fuel Cell, dan Hyundai Nexo.

Kesimpulan

EV hadir dalam berbagai bentuk dengan keunggulan dan tantangan masing-masing. BEV adalah bentuk EV yang paling ramah lingkungan karena sepenuhnya berbasis listrik, sementara PHEV dan HEV menawarkan fleksibilitas lebih bagi pengguna yang masih membutuhkan mesin konvensional. FCEV berpotensi menjadi solusi jangka panjang dengan sumber daya hidrogen yang lebih bersih, tetapi masih menghadapi kendala dalam infrastruktur pengisian.

Bagi industri perasuransian, memahami perbedaan jenis EV sangat penting dalam melakukan penilaian risiko, penyesuaian polis, dan strategi harga premi. Setiap jenis EV memiliki risiko berbeda, baik dari segi teknologi, suku cadang, maupun biaya perbaikan. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus menyesuaikan EV *Insurance* agar sesuai dengan kebutuhan pasar dan perkembangan teknologi kendaraan listrik.

B. Definisi *EV Insurance*

EV Insurance adalah perlindungan asuransi yang dirancang khusus untuk kendaraan listrik (*Electric Vehicle*/EV), yang mempertimbangkan berbagai risiko unik yang tidak ditemukan pada kendaraan berbahan bakar fosil. Jika asuransi kendaraan konvensional berfokus pada risiko seperti kecelakaan, pencurian, atau kerusakan mesin berbahan bakar minyak, EV *Insurance* harus mempertimbangkan faktor tambahan seperti biaya penggantian baterai, risiko kebakaran akibat korsleting listrik, dan ketersediaan suku cadang yang terbatas.

Bayangkan Anda memiliki mobil listrik Tesla Model 3 dan mengalami kecelakaan kecil di jalan raya. Pada kendaraan berbahan bakar konvensional, perbaikan mungkin melibatkan penggantian bumper atau suku cadang mekanis biasa. Namun, pada EV, dampaknya bisa lebih kompleks. Jika baterai kendaraan Anda mengalami kerusakan, biaya penggantian bisa mencapai 30-50% dari harga mobil, yang jauh lebih mahal dibandingkan mesin konvensional. Oleh karena itu, EV *Insurance* harus memperhitungkan faktor ini dalam cakupan pertanggungannya.

Mengapa EV Membutuhkan Perlindungan Asuransi yang Berbeda?

EV Insurance berbeda dari asuransi kendaraan konvensional karena teknologi kendaraan listrik yang lebih kompleks. Risiko-risiko yang harus ditanggung oleh perusahaan asuransi meliputi:

1. Biaya Penggantian Baterai yang Mahal

Baterai adalah komponen paling mahal dalam kendaraan listrik, sering kali mewakili 20-40% dari total nilai mobil. Jika terjadi kecelakaan, baterai yang rusak dapat menyebabkan short circuit (hubungan pendek) yang meningkatkan risiko kebakaran. Selain itu, tidak semua bengkel dapat menangani perbaikan baterai EV, yang membuat biaya klaim menjadi lebih mahal.

2. Risiko Kebakaran Akibat Korsleting Listrik

Meskipun EV lebih aman dalam banyak aspek dibandingkan kendaraan berbahan bakar bensin atau diesel, baterainya dapat mengalami *thermal runaway*—proses di mana suhu baterai meningkat drastis dan menyebabkan kebakaran. Kasus ini terjadi, misalnya, pada Chevrolet Bolt EV yang mengalami insiden kebakaran akibat cacat baterai, yang memaksa General Motors melakukan *recall* besar-besaran.

3. Ketersediaan Suku Cadang dan Bengkel Terbatas

Tidak semua bengkel mampu menangani perbaikan EV karena membutuhkan teknisi khusus yang terlatih dalam menangani sistem listrik bertegangan tinggi. Hal ini membuat biaya perbaikan lebih mahal dan memperpanjang waktu perbaikan, yang harus diperhitungkan dalam polis EV *Insurance*.

4. *Software* dan Teknologi yang Rumit

Banyak EV yang menggunakan perangkat lunak canggih untuk mengontrol berbagai fungsi, termasuk *self-driving system*,

fitur keselamatan otomatis, dan integrasi smartphone. Kerusakan pada sistem ini dapat menyebabkan biaya perbaikan yang lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional.

5. Kurangnya Data Klaim untuk EV

Karena EV masih relatif baru dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil, perusahaan asuransi memiliki lebih sedikit data historis tentang klaim, sehingga sulit untuk menetapkan harga premi yang akurat. Oleh karena itu, banyak perusahaan asuransi yang memasukkan margin risiko lebih tinggi dalam premi asuransi EV.

Bagaimana EV *Insurance* Dirancang untuk Mengatasi Risiko Ini?

Polis EV Insurance biasanya mencakup beberapa elemen utama untuk melindungi pemilik kendaraan listrik:

1. Cakupan untuk Kerusakan Baterai

Jika baterai mengalami kerusakan akibat kecelakaan, polis EV *Insurance* akan menanggung biaya penggantian atau perbaikan baterai. Beberapa perusahaan bahkan menyediakan opsi penggantian dengan baterai baru jika kerusakan terlalu parah.

2. Perlindungan terhadap Risiko Kebakaran

Polis EV *Insurance* mencakup risiko kebakaran akibat kegagalan baterai atau korsleting listrik. Perlindungan ini mencakup biaya pemadam kebakaran, evakuasi kendaraan, dan perbaikan kendaraan setelah kebakaran.

3. Bantuan Darurat (*Roadside Assistance*) untuk EV

Karena EV tidak bisa diisi bahan bakar seperti mobil konvensional, banyak perusahaan asuransi menawarkan layanan bantuan darurat jika kendaraan kehabisan daya di tengah

jalan. Layanan ini bisa berupa towing ke stasiun pengisian daya terdekat atau pengisian baterai darurat di tempat.

4. Cakupan untuk *Software* dan Teknologi

EV Insurance juga mencakup risiko kegagalan sistem elektronik atau peretasan (*cyber risk*), yang bisa mengganggu fungsi kendaraan, termasuk sistem autopilot dan fitur konektivitas lainnya.

Ilustrasi Perbedaan EV *Insurance* dengan Asuransi Kendaraan Konvensional

Misalkan seorang pemilik mobil listrik Hyundai Ioniq 5 mengalami kecelakaan yang merusak baterai dan sistem komputernya. Jika ia memiliki asuransi kendaraan biasa, klaimnya mungkin hanya mencakup kerusakan eksterior dan interior. Namun, karena ia memiliki EV *Insurance*, polisnya juga mencakup biaya penggantian baterai yang mahal, perbaikan perangkat lunak, serta towing ke bengkel resmi yang dapat menangani EV.

Sebagai perbandingan, jika kecelakaan yang sama terjadi pada mobil bensin, penggantian mesin atau suku cadang mungkin tidak semahal baterai EV. Oleh karena itu, struktur premi EV *Insurance* umumnya lebih tinggi dibandingkan asuransi kendaraan konvensional.

Kesimpulan

EV *Insurance* adalah produk asuransi yang dirancang khusus untuk mengakomodasi kebutuhan unik kendaraan listrik. Berbeda dengan asuransi kendaraan konvensional, EV *Insurance* harus mempertimbangkan biaya baterai yang mahal, risiko kebakaran akibat korsleting listrik, serta kompleksitas

software dan teknologi. Oleh karena itu, struktur premi dan cakupan polisnya harus disesuaikan dengan karakteristik EV yang terus berkembang.

Seiring meningkatnya adopsi EV di seluruh dunia, industri perasuransian perlu terus berinovasi dalam merancang produk yang tidak hanya memberikan perlindungan optimal bagi pemilik kendaraan listrik, tetapi juga membantu mempercepat transisi menuju transportasi yang lebih ramah lingkungan.

19.2 Memahami Risiko-Risiko EV Secara Teknik

Kendaraan listrik (*Electric Vehicle*/EV) menawarkan banyak keuntungan dalam hal efisiensi energi dan dampak lingkungan yang lebih rendah dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil. Namun, dari sudut pandang asuransi, EV memiliki profil risiko yang sangat berbeda dibandingkan kendaraan konvensional. Risiko-risiko ini terutama muncul dari teknologi unik yang digunakan dalam konstruksi, sumber tenaga, dan sistem operasional EV. Berikut adalah analisis mendalam mengenai risiko teknis utama pada kendaraan listrik:

A. Konstruksi dan Desain

Salah satu perbedaan utama antara EV dan kendaraan berbahan bakar konvensional adalah desain dan material yang digunakan. EV sering kali menggunakan bahan ringan seperti aluminium dan serat karbon untuk mengimbangi berat baterai yang besar.

Dampaknya dalam asuransi:

- Lebih mudah rusak dalam kecelakaan: Karena materialnya lebih ringan dibandingkan baja yang biasa

digunakan pada mobil berbahan bakar bensin/diesel, kendaraan listrik lebih rentan mengalami kerusakan struktural dalam tabrakan.

- Biaya perbaikan lebih tinggi: Material seperti serat karbon lebih sulit diperbaiki dan lebih mahal dibandingkan baja atau aluminium standar.
- Kendaraan lebih stabil tetapi lebih berat: Dengan pusat gravitasi yang lebih rendah (karena posisi baterai di dasar kendaraan), EV cenderung lebih stabil, tetapi bobotnya yang lebih besar dapat meningkatkan kerusakan dalam kecelakaan dengan kendaraan lain.

Sebagai contoh, Tesla Model S memiliki desain bodi yang sangat ringan dan aerodinamis, tetapi dalam kecelakaan berkecepatan tinggi, kendaraan ini bisa mengalami kerusakan struktural signifikan yang memerlukan biaya perbaikan lebih tinggi dibandingkan kendaraan biasa.

B. Baterai – Risiko Kebakaran dan Biaya Penggantian

Baterai adalah jantung dari kendaraan listrik, tetapi juga merupakan komponen paling mahal dan paling berisiko.

Risiko utama pada baterai EV:

- Kebakaran akibat *overheating* atau hubungan arus pendek (*short circuit*): Baterai *lithium-ion* yang digunakan pada sebagian besar EV rentan terhadap *thermal runaway*, yaitu kondisi di mana panas yang dihasilkan oleh baterai meningkat tanpa kontrol, menyebabkan kebakaran atau ledakan.
- Sulit dipadamkan: Kebakaran baterai EV berbeda dari kebakaran bahan bakar konvensional, karena memerlukan metode pemadaman khusus (misalnya, air

biasa sering kali tidak cukup efektif untuk memadamkan kebakaran baterai *lithium-ion*).

- Biaya penggantian sangat mahal: Harga baterai bisa mencapai 20-40% dari harga kendaraan. Contohnya, penggantian baterai Tesla Model 3 bisa mencapai $13.000 - $20.000.

Kasus nyata:

Pada tahun 2021, General Motors melakukan recall 140.000 unit Chevrolet Bolt EV karena adanya risiko kebakaran pada baterai (buatan LG *Energy Solution*). Insiden ini menyoroti bagaimana baterai EV dapat menjadi tantangan besar dalam hal risiko asuransi.

C. Peralatan Komputer dan Listrik – Kompleksitas Teknologi

EV lebih bergantung pada perangkat lunak dan sistem elektronik dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil. Hampir semua aspek kendaraan dikendalikan oleh sistem komputer, termasuk penggerak, rem, navigasi, dan fitur otonom.

Risiko yang muncul:

- Kerusakan perangkat lunak bisa menyebabkan kendaraan tidak dapat beroperasi. Sebagai contoh, pada tahun 2020, beberapa pemilik Tesla Model X mengalami kegagalan sistem akibat pembaruan perangkat lunak yang menyebabkan layar kontrol utama mati, sehingga kendaraan tidak bisa digunakan.
- Peretasan (*Cyber Risk*): EV yang terkoneksi dengan internet berpotensi mengalami serangan siber yang bisa menyebabkan kendali kendaraan diambil alih oleh pihak tidak bertanggung jawab.

- Biaya perbaikan tinggi: Komponen elektronik dan komputer pada EV lebih mahal dibandingkan komponen mekanis konvensional, yang berarti klaim asuransi bisa lebih tinggi.

D. Sistem Mekanik – Lebih Sederhana tetapi Lebih Mahal

Dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil, EV memiliki lebih sedikit komponen mekanis bergerak karena tidak memiliki mesin pembakaran internal, transmisi multi-gigi, atau sistem knalpot.

Namun, meskipun sistem mekaniknya lebih sederhana, perbaikan dan penggantian komponen pada EV lebih mahal. Misalnya:

- Motor listrik yang rusak memerlukan penggantian unit penuh, bukan sekadar perbaikan bagian tertentu.
- Suspensi dan sistem pengereman EV lebih kompleks karena adanya teknologi regeneratif, yang membuat biaya perbaikannya lebih tinggi dibandingkan kendaraan biasa.

E. Suku Cadang dan Bengkel – Keterbatasan Infrastruktur Perbaikan

Karena EV masih relatif baru dibandingkan kendaraan berbahan bakar konvensional, tidak semua bengkel bisa menangani perbaikannya.

Masalah utama dalam klaim asuransi:

- Bengkel resmi terbatas: Banyak perusahaan asuransi hanya memperbolehkan perbaikan di bengkel resmi produsen EV, yang jumlahnya masih sangat terbatas di banyak negara.

- Keterbatasan suku cadang: Jika suku cadang tidak tersedia, waktu perbaikan bisa menjadi lebih lama, menyebabkan biaya klaim yang lebih tinggi karena harus membayar biaya mobil pengganti untuk pelanggan selama kendaraan diperbaiki.

F. Perkembangan Teknologi – Risiko *Obsolescence*

EV adalah teknologi yang berkembang sangat cepat, dengan inovasi baru muncul setiap beberapa tahun. Ini menciptakan risiko bahwa model EV tertentu bisa cepat menjadi usang, yang dapat memengaruhi nilai pertanggungan dan biaya klaim asuransi.

Contoh:

- Tesla sering kali merilis pembaruan perangkat lunak *over-the-air* yang dapat meningkatkan performa mobil. Namun, model lama yang tidak dapat menerima pembaruan ini mungkin mengalami penurunan nilai lebih cepat.
- Pengembangan baterai solid-state yang diharapkan lebih aman dan lebih tahan lama dalam beberapa tahun ke depan dapat membuat baterai *lithium-ion* saat ini menjadi kurang bernilai dalam pasar sekunder.

Dari perspektif asuransi, risiko ini perlu diperhitungkan dalam penetapan nilai pertanggungan dan metode penggantian suku cadang.

G. Persaingan Antar Pabrikan dan Negara – Variasi Standar Teknologi

Berbeda dengan kendaraan berbahan bakar konvensional yang mengikuti standar global tertentu, setiap pabrikan EV menggunakan sistem teknologi dan baterai yang berbeda.

Dampaknya terhadap asuransi:

- Variasi harga suku cadang dan servis: Misalnya, baterai dari Tesla berbeda dengan baterai dari Nissan Leaf atau Hyundai Ioniq, sehingga biaya perbaikannya pun bervariasi.
- Dampak kebijakan pemerintah: Beberapa negara memberikan insentif besar untuk EV, sementara yang lain masih dalam tahap awal transisi. Hal ini memengaruhi ketersediaan bengkel, suku cadang, dan kebijakan klaim asuransi.

Contohnya, Eropa dan China lebih agresif dalam adopsi EV dibandingkan Amerika Serikat, sehingga struktur premi dan layanan perbaikan di negara-negara ini mungkin lebih kompetitif dibandingkan di negara yang baru mengadopsi EV.

Kesimpulan

Risiko teknis EV jauh lebih kompleks dibandingkan kendaraan berbahan bakar konvensional. Baterai, perangkat lunak, keterbatasan suku cadang, dan teknologi yang berkembang pesat membuat perusahaan asuransi harus mempertimbangkan metode penetapan premi yang berbeda. Dengan meningkatnya jumlah EV di jalan, asuransi kendaraan listrik harus terus beradaptasi untuk menyeimbangkan antara perlindungan optimal bagi pelanggan dan pengelolaan risiko yang efektif bagi perusahaan asuransi.

19.3 Pengalaman Klaim EV *Insurance* di Berbagai Negara Maju

Seiring dengan meningkatnya adopsi kendaraan listrik (EV) di seluruh dunia, industri perasuransian menghadapi tantangan

baru dalam menangani klaim terkait EV. Biaya perbaikan yang tinggi, risiko kebakaran baterai, ketersediaan suku cadang, dan kurangnya teknisi terlatih menjadi faktor utama yang membedakan klaim EV dari kendaraan berbahan bakar konvensional. Beberapa negara maju yang telah lebih dahulu mengadopsi kendaraan listrik, seperti Amerika Serikat, Eropa, China, dan Jepang, telah memperoleh pengalaman berharga dalam menangani klaim asuransi EV.

A. Amerika Serikat – Biaya Klaim EV yang Meningkat Signifikan

Di Amerika Serikat, pertumbuhan EV dipimpin oleh merek seperti Tesla, Rivian, Lucid, dan berbagai model dari Ford, General Motors (GM), serta Hyundai. Namun, laporan dari berbagai perusahaan asuransi menunjukkan bahwa klaim asuransi untuk EV lebih mahal dibandingkan dengan kendaraan berbahan bakar fosil.

Faktor utama peningkatan biaya klaim:

- Perbaikan baterai sangat mahal – Jika baterai mengalami kerusakan, sering kali penggantian baterai menjadi satu-satunya solusi, bukan perbaikan sebagian. Misalnya, penggantian baterai Tesla Model 3 bisa mencapai $13.000 - $20.000, yang hampir setara dengan harga kendaraan itu sendiri.
- Tingkat total loss lebih tinggi – Karena biaya perbaikan EV sangat tinggi, perusahaan asuransi lebih cenderung mengkategorikan kendaraan sebagai total loss dibandingkan melakukan perbaikan.
- Kurangnya teknisi EV bersertifikasi – Tidak semua bengkel dapat memperbaiki kendaraan listrik, sehingga

kendaraan sering kali harus dikirim ke pusat perbaikan khusus yang lebih mahal.

Menurut laporan dari IIHS (*Insurance Institute for Highway Safety*), EV memiliki angka klaim properti dan cedera yang lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional, yang menyebabkan premi asuransi EV lebih tinggi di AS.

B. Eropa – Biaya Perbaikan Lebih Tinggi tetapi Regulasi Lebih Ketat

Eropa merupakan salah satu pasar terbesar bagi EV, dengan regulasi yang lebih ketat terkait standar keselamatan, emisi karbon, dan asuransi kendaraan listrik. Perusahaan asuransi besar seperti Allianz, AXA, dan Zurich *Insurance* telah menangani klaim EV dalam jumlah besar.

Beberapa tantangan utama yang dihadapi oleh perusahaan asuransi di Eropa:

- EV lebih sering mengalami kerusakan berat dalam kecelakaan kecil – Data dari Allianz menunjukkan bahwa karena konstruksi EV yang menggunakan bahan ringan dan baterai yang sensitif, kecelakaan ringan pun dapat menyebabkan kerusakan struktural serius yang meningkatkan biaya perbaikan.
- Baterai yang rusak sering kali menyebabkan kendaraan dinyatakan sebagai total loss – Berdasarkan studi dari AXA Swiss, bahkan dalam kecelakaan kecepatan rendah, baterai EV yang mengalami benturan kecil saja dapat mengharuskan penggantian penuh, yang meningkatkan angka total loss kendaraan.
- Kurangnya standar universal untuk suku cadang dan servis – Berbeda dengan kendaraan berbahan

bakar konvensional yang memiliki standar perbaikan universal, setiap produsen EV menggunakan sistem baterai dan teknologi yang berbeda, sehingga suku cadang harus dipesan langsung dari pabrikan, yang sering kali memakan waktu lama.

Namun, Eropa juga memiliki regulasi proteksi konsumen yang lebih kuat dibandingkan negara lain. Beberapa negara seperti Jerman dan Norwegia telah menerapkan kebijakan di mana produsen EV wajib menjamin ketersediaan suku cadang dan servis dalam jangka waktu tertentu untuk mengurangi risiko klaim asuransi yang tidak dapat diproses.

C. China – Ekosistem EV yang Lebih Stabil, tetapi Tantangan Tetap Ada

China adalah pasar EV terbesar di dunia, dengan perusahaan seperti BYD, NIO, XPeng, dan Tesla China yang mendominasi pasar domestik. Pemerintah China telah banyak berinvestasi dalam ekosistem EV yang kuat, termasuk infrastruktur pengisian daya dan bengkel khusus EV, sehingga klaim asuransi di China cenderung lebih terkendali dibandingkan di negara lain.

Namun, masih ada beberapa tantangan utama:

- Kasus baterai cacat dan risiko kebakaran – Beberapa insiden EV yang mengalami kebakaran di China telah menjadi perhatian besar bagi industri perasuransian.
- Kendaraan EV murah memiliki kualitas yang bervariasi – Berbeda dengan Eropa atau AS yang fokus pada EV premium, China memiliki banyak merek EV dengan harga murah, tetapi dengan kualitas suku cadang dan perakitan yang berbeda-beda. Ini menyebabkan variasi besar dalam tingkat klaim asuransi, tergantung pada merek dan model kendaraan.

- Regulasi yang lebih fleksibel – Dibandingkan dengan Eropa, regulasi proteksi konsumen di China masih berkembang, sehingga beberapa perusahaan asuransi menghadapi tantangan dalam menetapkan premi dan cakupan perlindungan yang adil.

Meskipun demikian, karena ekosistem EV China lebih maju, biaya klaim asuransi di China lebih rendah dibandingkan AS dan Eropa, terutama karena lebih banyak bengkel dan teknisi yang dapat menangani perbaikan EV dengan biaya yang lebih murah.

D. Jepang – Infrastruktur yang Baik tetapi Premi Asuransi Masih Tinggi

Jepang adalah salah satu negara dengan penetrasi *hybrid electric vehicle* (HEV) dan *plug-in hybrid electric vehicle* (PHEV) tertinggi di dunia, berkat dominasi perusahaan seperti Toyota, Honda, dan Nissan. Meskipun Jepang memiliki ekosistem perbaikan EV yang lebih mapan dibandingkan banyak negara lain, premi asuransi EV masih relatif tinggi.

Faktor utama yang memengaruhi pengalaman klaim di Jepang:

- Suku cadang EV masih mahal – Meskipun Jepang memiliki industri otomotif yang maju, banyak suku cadang EV masih harus dipesan dari pabrikan utama dan tidak tersedia di bengkel independen, yang membuat biaya perbaikan lebih tinggi.
- Teknologi canggih membuat klaim menjadi lebih kompleks – Beberapa model seperti Nissan Leaf atau Toyota bZ4X memiliki sistem komputer yang sangat kompleks, sehingga perbaikannya memerlukan teknisi khusus yang lebih mahal dibandingkan teknisi kendaraan konvensional.

- Standar keamanan yang lebih ketat meningkatkan biaya klaim – Regulasi di Jepang mewajibkan kendaraan listrik untuk memenuhi standar keamanan baterai yang sangat ketat, yang berarti jika terjadi kecelakaan, sering kali kendaraan harus menjalani inspeksi ekstensif sebelum dapat diperbaiki atau diklaim.

Meskipun demikian, tingkat keandalan EV di Jepang lebih tinggi dibandingkan negara lain, karena produsen Jepang terkenal dengan kualitas dan ketahanan kendaraan mereka. Ini berarti klaim asuransi lebih stabil, meskipun biaya premi tetap tinggi.

Kesimpulan

Dari pengalaman berbagai negara maju, terdapat pola yang jelas dalam klaim asuransi kendaraan listrik:

1. Biaya klaim EV lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional, terutama karena harga baterai yang mahal dan suku cadang yang sulit didapat.
2. Negara dengan ekosistem EV yang lebih matang, seperti China dan Jepang, memiliki klaim yang lebih stabil dibandingkan AS atau Eropa.
3. Kurangnya teknisi dan bengkel khusus EV meningkatkan waktu dan biaya klaim, yang menjadi tantangan utama bagi perusahaan asuransi.
4. Beberapa negara mulai mengadaptasi kebijakan yang mewajibkan produsen EV untuk menjamin ketersediaan suku cadang, untuk membantu mengurangi biaya klaim asuransi.

Dengan meningkatnya adopsi EV, perusahaan asuransi perlu mengembangkan model penetapan premi dan prosedur klaim yang lebih sesuai dengan risiko unik yang dimiliki kendaraan listrik.

19.4 Penetapan Suku Premi Asuransi EV

Bagaimana Premi EV *Insurance* Ditetapkan?

Penetapan premi asuransi kendaraan listrik (EV: jenis BEV, PHEV, HEV atau FCEV) lebih kompleks dibandingkan kendaraan konvensional karena EV memiliki karakteristik teknis dan operasional yang unik. Perusahaan asuransi harus mempertimbangkan biaya perbaikan, risiko khusus yang melekat pada EV, serta faktor pengguna dan lingkungan operasional kendaraan. Dalam subbab ini, kita akan membahas faktor-faktor utama yang memengaruhi penetapan premi EV *Insurance* secara lebih luas dan mendetail.

A. Biaya Perbaikan yang Tinggi

EV memiliki struktur mekanik dan sistem kelistrikan yang lebih kompleks dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil. Jika terjadi kecelakaan, kendaraan listrik sering kali lebih sulit diperbaiki karena:

- Baterai merupakan komponen utama dan mahal, serta sering kali harus diganti daripada diperbaiki.
- Bodi kendaraan lebih ringan dan menggunakan material khusus, yang meningkatkan kerentanan terhadap kerusakan struktural.
- Teknologi otonom dan sensor canggih meningkatkan biaya perbaikan karena hanya bengkel bersertifikat yang dapat menangani perbaikannya.

Karena tingginya biaya perbaikan ini, perusahaan asuransi menetapkan premi EV lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional dengan nilai pasar yang setara.

B. Harga dan Ketersediaan Suku Cadang

Salah satu tantangan utama dalam perbaikan EV adalah ketersediaan suku cadang. Berbeda dengan kendaraan berbahan bakar fosil yang memiliki banyak produsen *aftermarket*, suku cadang EV sering kali hanya tersedia dari pabrikan asli (OEM), sehingga:

- Harga suku cadang lebih mahal karena terbatasnya produksi.
- Waktu tunggu perbaikan lebih lama, terutama untuk model baru atau edisi terbatas.
- Perbedaan standar antar produsen membuat perbaikan menjadi lebih kompleks dan memerlukan teknisi khusus.

Faktor ini sangat memengaruhi penetapan premi, di mana EV dengan suku cadang yang lebih mudah didapatkan cenderung memiliki premi yang lebih rendah.

C. Garansi Pabrikan dan Durasi Baterai

Beberapa pabrikan EV menawarkan garansi panjang untuk baterai dan komponen utama, yang dapat mengurangi risiko bagi perusahaan asuransi. Sebagai contoh:

- Tesla menawarkan garansi baterai hingga 8 tahun atau 160.000 km.
- Nissan Leaf memiliki garansi degradasi baterai hingga 8 tahun atau 160.000 km.

EV dengan garansi panjang akan dikenakan premi lebih rendah dibandingkan EV tanpa garansi, karena biaya penggantian baterai yang mahal sebagian besar ditanggung oleh pabrikan.

Durasi daya tahan baterai juga menjadi faktor penting. Baterai dengan umum pakai lebih panjang memiliki risiko penggantian yang lebih rendah, sehingga premi asuransi dapat lebih kompetitif.

D. Risiko Kebakaran dan *Overheating*

Baterai *lithium-ion* yang digunakan dalam EV memiliki risiko kebakaran akibat *overheating*, korsleting, atau benturan keras. Beberapa insiden di berbagai negara menunjukkan bahwa EV yang mengalami kebakaran lebih sulit dipadamkan dibandingkan kendaraan konvensional, yang menyebabkan:

- Biaya klaim meningkat karena kerusakan lebih besar dan sulit dikendalikan.
- Risiko kecelakaan meningkat karena kebakaran bisa terjadi saat parkir atau pengisian daya.

Premi asuransi EV akan lebih tinggi jika model kendaraan memiliki riwayat insiden kebakaran yang lebih banyak. Oleh karena itu, perusahaan asuransi sering kali menganalisis riwayat *recall* dan *rating* keamanan baterai sebelum menetapkan tarif premi.

E. Tingkat Kesulitan Mengemudi dan Teknologi Canggih

EV modern dilengkapi dengan berbagai fitur keselamatan seperti *auto braking*, *lane assist*, dan *adaptive cruise control*, yang seharusnya mengurangi risiko kecelakaan. Namun, faktor ini tidak selalu berarti premi lebih murah, karena:

- Beberapa pengemudi terlalu mengandalkan fitur otomatis dan kurang berhati-hati saat berkendara.
- Teknologi canggih meningkatkan biaya perbaikan karena sensor dan modul komputer sulit diganti.
- Perbaikan sistem elektronik membutuhkan kalibrasi ulang, yang menambah biaya klaim.

Oleh karena itu, perusahaan asuransi akan mempertimbangkan sejauh mana teknologi keselamatan

benar-benar membantu mengurangi risiko kecelakaan dalam menetapkan premi.

F. Profil Pengemudi: Jumlah, Usia, Pengalaman, dan Kebiasaan Berkendara

Selain karakteristik kendaraan, profil pengemudi juga sangat memengaruhi tarif premi. Beberapa faktor utama meliputi:

- Jumlah pengemudi – siapa saja yang akan mengemudikan EV
- Usia pengemudi – Pengemudi muda (di bawah 25 tahun) cenderung memiliki premi lebih tinggi karena risiko kecelakaan lebih tinggi.
- Pengalaman berkendara – Pengemudi dengan riwayat berkendara yang bersih selama bertahun-tahun akan mendapatkan tarif lebih rendah.
- Siapa pemilik utama kendaraan – Jika EV sering dikendarai oleh pengemudi yang lebih berisiko (misalnya, remaja atau pemilik baru), premi akan lebih tinggi.

Asuransi EV dapat menjadi lebih murah bagi pengemudi yang lebih berpengalaman dan memiliki riwayat berkendara yang baik.

G. Lokasi Penyimpanan Kendaraan

Di mana kendaraan diparkir saat tidak digunakan juga menjadi faktor penting dalam penentuan premi:

- Parkir di garasi pribadi lebih aman dibandingkan parkir di jalan umum, sehingga premi lebih rendah.
- Area dengan tingkat pencurian kendaraan tinggi dapat meningkatkan premi EV karena nilai jual kendaraan listrik yang tinggi di pasar gelap.

- Keberadaan infrastruktur pengisian daya juga menjadi faktor penting, karena pengisian daya di rumah cenderung lebih aman dibandingkan di tempat umum yang berisiko korsleting atau sabotase.

Jika kendaraan sering diparkir di area yang berisiko tinggi terhadap pencurian atau kebakaran, premi asuransi akan lebih mahal.

H. Jenis dan Fungsi Kendaraan

Faktor lain yang tidak kalah penting dalam penentuan premi adalah bagaimana kendaraan tersebut digunakan. Beberapa aspek yang dipertimbangkan:

- Apakah EV merupakan kendaraan utama atau sekunder? Jika EV hanya digunakan sesekali dan memiliki jarak tempuh rendah, premi bisa lebih rendah.
- Rute perjalanan – EV yang sering digunakan untuk perjalanan jauh atau di jalanan yang sulit memiliki premi lebih tinggi.
- Jenis kendaraan – EV sport atau performa tinggi memiliki premi lebih mahal dibandingkan EV keluarga atau fleet kendaraan perusahaan.

Kendaraan yang lebih sering digunakan dalam kondisi berisiko tinggi akan dikenakan premi lebih besar.

I. Negara dan Pabrikan Kendaraan

Asuransi EV juga mempertimbangkan faktor geografis dan manufaktur kendaraan:

- Beberapa negara memiliki regulasi dan perlindungan konsumen yang lebih kuat, sehingga premi lebih rendah dibandingkan negara dengan risiko kecelakaan atau pencurian lebih tinggi.

- Pabrikan kendaraan juga menjadi pertimbangan, di mana produsen dengan reputasi buruk dalam layanan purna jual atau suku cadang yang sulit ditemukan akan dikenakan premi lebih mahal.

Sebagai contoh, Tesla cenderung memiliki premi lebih tinggi di banyak negara karena biaya suku cadang dan perbaikannya yang lebih mahal dibandingkan EV lain seperti Nissan Leaf atau Hyundai Kona EV.

Kesimpulan

Penetapan premi asuransi EV tidak hanya bergantung pada harga kendaraan, tetapi juga mencakup faktor teknis, risiko operasional, dan profil pengguna. Dengan perkembangan teknologi EV yang terus meningkat, perusahaan asuransi perlu menyesuaikan model penetapan premi agar tetap kompetitif dan relevan dengan pasar.

Dalam beberapa tahun ke depan, kemungkinan besar akan ada model asuransi berbasis penggunaan (*usage-based insurance*/UBI) yang dapat menyesuaikan premi berdasarkan data telematika dan kebiasaan berkendara pengemudi EV, sehingga premi menjadi lebih akurat dan adil bagi setiap pemilik kendaraan listrik.

19.5 Desain Khusus Polis Asuransi EV (*Electric Vehicle Insurance Policy Design*)

Polis asuransi kendaraan listrik (EV) harus memperhitungkan karakteristik uniknya yang berbeda dari kendaraan berbahan bakar konvensional. Risiko EV mencakup biaya perbaikan yang mahal, risiko kebakaran baterai, ancaman peretasan sistem komputer, serta kompleksitas penggantian suku cadang. Oleh

karena itu, cakupan polis EV harus lebih luas dan terstruktur dengan baik agar memberikan perlindungan maksimal bagi pemilik kendaraan.

Di bawah ini adalah elemen-elemen utama yang perlu diperhatikan dalam desain polis asuransi EV:

A. Perlindungan terhadap Baterai

Baterai merupakan komponen paling mahal dan kritis dalam kendaraan listrik, sehingga polis asuransi EV harus memberikan perlindungan khusus terhadap baterai. Cakupan ini mencakup:

- Kerusakan akibat kecelakaan – Jika kendaraan mengalami benturan keras dan baterainya mengalami kerusakan, biaya perbaikannya harus ditanggung oleh asuransi.
- Kerusakan akibat korsleting atau *overheating* – Polis harus mencakup kejadian *thermal runaway*, di mana baterai mengalami panas berlebih dan berpotensi terbakar.
- Penurunan kapasitas baterai secara drastis – Polis bisa mencakup garansi penggantian jika kapasitas baterai menurun lebih cepat dari standar yang ditentukan (misalnya, turun lebih dari 30% dalam 5 tahun).
- Pencurian baterai – Mengingat harga baterai yang mahal, pencurian baterai menjadi risiko yang signifikan.
- Jaminan atas biaya daur ulang atau pembuangan baterai – Karena regulasi lingkungan mengenai pembuangan baterai sangat ketat, polis harus mencakup biaya daur ulang.

Contoh Kasus:

Sebuah Tesla Model S mengalami kecelakaan ringan, tetapi baterainya terkena dampak sehingga memerlukan penggantian. Biaya penggantian baterai mencapai $15.000 atau lebih,

hampir sepertiga dari harga kendaraan. Jika pemilik kendaraan tidak memiliki perlindungan baterai dalam polisnya, ia harus menanggung seluruh biaya tersebut.

B. Perlindungan terhadap Risiko Kebakaran akibat Korsleting Listrik

Kebakaran EV berbeda dari kendaraan berbahan bakar fosil karena sulit dipadamkan dan dapat menyebabkan ledakan berantai. Oleh karena itu, polis harus mencakup:

- Ganti rugi atas kendaraan yang terbakar, baik akibat kecelakaan maupun gangguan teknis pada baterai.
- Biaya evakuasi dan pemadaman kebakaran – Beberapa negara memiliki regulasi khusus yang mengharuskan pemadaman kebakaran EV dilakukan dengan metode tertentu.
- Tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga, misalnya jika kebakaran kendaraan menyebar ke bangunan atau kendaraan lain.

Contoh Kasus:

Sebuah EV yang sedang diisi ulang mengalami *thermal runaway*, menyebabkan kebakaran yang menyebar ke kendaraan lain di area parkir apartemen. Tanpa perlindungan yang memadai dalam polis asuransi, pemilik kendaraan dapat menghadapi tuntutan hukum dari pemilik kendaraan lain dan pengelola apartemen.

C. Jaminan terhadap Peretasan *Software* Kendaraan

Karena banyak EV memiliki sistem komputerisasi canggih yang terhubung ke internet, risiko peretasan menjadi perhatian utama. Polis harus mencakup:

- Gangguan fungsi kendaraan akibat peretasan, misalnya sistem pengereman atau navigasi terganggu.
- Pencurian data pribadi pengguna, termasuk informasi lokasi, pola berkendara, dan data kartu kredit yang tersimpan dalam sistem kendaraan.
- Kontrol jarak jauh oleh peretas, yang dapat menyebabkan kecelakaan atau bahkan pencurian kendaraan.

Contoh Kasus:

Seorang pemilik EV menemukan bahwa kendaraannya dapat dinyalakan dan dikemudikan oleh orang lain karena sistem keamanannya diretas. Tanpa perlindungan asuransi siber, ia harus menanggung kerugian sendiri. Mungkin Anda pernah menonton film *Fast & Furious 8*, dimana mobil EV dikendalikan dari jarak jauh oleh karakter Cipher (dibintangi Charlize Theron).

D. Asuransi Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga

Beberapa EV modern memiliki fitur *autonomous driving* atau ADAS (Advanced Driver Assistance Systems). Jika sistem ini mengalami malfungsi dan menyebabkan kecelakaan, polis harus mencakup:

- Cedera atau kematian pihak ketiga akibat kegagalan sistem otomatis.
- Ganti rugi terhadap properti yang rusak, seperti kendaraan lain atau bangunan.
- Biaya hukum jika pengemudi dituntut akibat kegagalan sistem otomatis.

Contoh Kasus:

Sebuah kendaraan dengan fitur autopilot mengalami kegagalan dalam membaca rambu lalu lintas, menyebabkan

kecelakaan. Jika polis tidak mencakup tanggung jawab atas sistem otomatis, pemilik kendaraan mungkin harus menanggung seluruh biaya klaim secara pribadi.

E. Risiko Sendiri (*Deductible*) dalam Polis EV

Polis EV perlu menerapkan risiko sendiri (*deductible*) yang dapat disesuaikan berdasarkan faktor-faktor berikut:

- Usia kendaraan – EV yang lebih tua mungkin memiliki deductible lebih tinggi.
- Frekuensi klaim sebelumnya – Jika tertanggung sering mengajukan klaim, deductible bisa ditingkatkan.
- Usia dan pengalaman berkendara pengemudi – Pengemudi muda atau kurang berpengalaman mungkin dikenakan deductible lebih tinggi.

F. Pengecualian dalam Polis EV

Beberapa kondisi tidak dapat ditanggung dalam polis, seperti:

- Kerusakan sistem komputer akibat kesalahan pengguna, seperti gagal memperbarui perangkat lunak.
- Penggunaan kendaraan di luar peruntukannya, seperti balapan atau *off-road*.
- Modifikasi kendaraan yang tidak sesuai standar pabrikan.

G. Prosedur Klaim Asuransi EV

Prosedur klaim harus lebih detail dibandingkan kendaraan konvensional, meliputi:

- Penilaian kerusakan baterai sebelum klaim disetujui.
- Bengkel yang ditunjuk, karena tidak semua bengkel memiliki teknisi EV tersertifikasi.

- Jangka waktu klaim, mengingat ketersediaan suku cadang EV lebih terbatas dibanding kendaraan biasa.

H. Penentuan Uang Pertanggungan dalam Polis EV

Nilai pertanggungan EV harus mempertimbangkan:

- Harga beli kendaraan, termasuk harga baterai.
- Depresiasi kendaraan dan baterai.
- Harga pasaran kendaraan bekas, karena nilai jual EV bisa turun lebih cepat dibanding kendaraan berbahan bakar fosil.

I. Metode Penggantian Klaim dalam Asuransi EV

- Perbaikan di bengkel resmi jika kendaraan masih dapat diperbaiki.
- Penggantian baterai baru atau refurbished sesuai dengan polis.
- *Buyback* oleh pabrikan jika kendaraan memiliki cacat produk.

Polis asuransi EV harus disesuaikan dengan karakteristik unik kendaraan listrik. Perlindungan baterai, risiko kebakaran, ancaman peretasan, sistem otomatis, dan tanggung jawab hukum harus menjadi fokus utama dalam polis.

Selain itu, *deductible*, pengecualian, prosedur klaim, dan metode penggantian klaim harus dirancang secara cermat agar polis dapat memberikan perlindungan maksimal bagi pemilik kendaraan dan memitigasi risiko bagi perusahaan asuransi.

19.6 Faktor yang Harus Diperhatikan dalam Menerima Penutupan EV

Sebelum menerima penutupan EV, perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan aspek berikut:

A. Pabrik dan Negara Asal – Produsen dengan rekam jejak baik dan negara dengan regulasi ketat cenderung menghasilkan kendaraan berkualitas lebih tinggi.
B. Masa Garansi dan Pengalaman Pabrikan – EV dengan garansi lebih panjang dan diproduksi oleh pabrikan yang memiliki pengalaman panjang lebih aman secara teknis.
C. Umur Pakai, Teknologi, dan Ketersediaan Suku Cadang – EV yang lebih tua dan memiliki teknologi usang atau suku cadang yang langka berisiko lebih tinggi dalam perbaikan.
D. Jumlah Bengkel dan Mekanik Terlatih – Wilayah dengan bengkel dan teknisi EV yang memadai akan menekan biaya klaim dan mempercepat proses perbaikan.
E. Riwayat Recall dan Cacat Produk – Model EV dengan riwayat *recall* tinggi atau cacat produk berulang memiliki tingkat risiko lebih tinggi.
F. Jumlah, Usia, Jenis Kelamin Pengemudi, dan Pengalaman Berkendara – Pengemudi muda atau kurang berpengalaman cenderung memiliki tingkat klaim lebih tinggi.
G. Tempat Penyimpanan Kendaraan – EV yang disimpan di garasi dengan sistem keamanan baik lebih aman dibanding yang diparkir di tempat terbuka.
H. Mobil EV Ini Merupakan Mobil Kedua atau Utama – EV yang digunakan sebagai kendaraan utama lebih sering digunakan dan memiliki eksposur risiko lebih tinggi.

I. Tipe, Kapasitas, Usia, dan Jenis EV – EV dengan baterai besar, tenaga tinggi, atau berusia lebih tua mungkin memiliki biaya perbaikan lebih tinggi.
J. Rute Perjalanan (Rumah - Kantor dan Jarak Tempuh Harian) – Penggunaan EV dalam perjalanan jauh atau di lingkungan lalu lintas padat meningkatkan risiko kecelakaan dan kerusakan.
K. Okupasi Pengguna (Pribadi, Kantor, atau Komersial) – EV yang digunakan untuk keperluan komersial (misalnya taksi atau ride-sharing) memiliki tingkat risiko lebih tinggi dibanding kendaraan pribadi.
L. Jaminan yang Dibeli dalam Polis – Jenis perlindungan yang dipilih nasabah (komprehensif, *total loss only*, atau perlindungan tambahan) akan memengaruhi risiko yang ditanggung oleh asuransi.
M. *Deductible* yang Ditanggung oleh Pemilik EV – *Deductible* yang lebih tinggi mengurangi klaim kecil dan dapat menekan premi, sementara deductible rendah meningkatkan eksposur risiko bagi perusahaan asuransi.
N. Sistem Pengisian Daya (*Charging Infrastructure*) – EV yang diisi daya di fasilitas standar lebih aman dibanding yang menggunakan instalasi listrik tidak standar yang meningkatkan risiko kebakaran.
O. Riwayat Perawatan dan Penggunaan Baterai – EV yang dirawat dengan baik dan baterainya tidak sering mengalami pengisian daya cepat (fast charging) memiliki risiko lebih rendah terhadap degradasi baterai.
P. Lingkungan Operasional EV – Apakah EV digunakan di daerah dengan cuaca ekstrem atau medan sulit yang dapat mempengaruhi performa dan ketahanan baterai.

Q. Risiko Kebakaran Baterai dan Biaya Pemadaman – EV memiliki risiko kebakaran akibat *thermal runaway* pada baterai *lithium-ion*, sehingga biaya pemadaman yang lebih tinggi perlu diperhitungkan.

A. Pabrik dan Negara Asal

Produsen kendaraan listrik (EV) memiliki peran besar dalam menentukan kualitas, keamanan, dan daya tahan kendaraan. Pabrikan dengan rekam jejak baik, seperti Tesla, BMW, Toyota, dan Hyundai, cenderung memiliki standar produksi yang lebih tinggi serta investasi besar dalam penelitian dan pengembangan (R&D). Sebaliknya, produsen baru atau yang belum teruji dalam industri EV bisa memiliki risiko lebih besar terkait reliabilitas dan daya tahan kendaraan.

Selain pabrikan, negara asal kendaraan juga menjadi faktor penting. Negara-negara seperti Jerman, Jepang, dan Amerika Serikat memiliki regulasi ketat dalam industri otomotif, termasuk uji ketahanan baterai, keamanan struktur kendaraan, dan efisiensi energi. EV yang diproduksi di negara dengan regulasi longgar mungkin tidak memiliki standar keamanan dan daya tahan yang sama, sehingga berisiko lebih tinggi dalam hal klaim asuransi.

Penting juga untuk mempertimbangkan kebijakan purna jual dan layanan servis dari pabrikan. Beberapa produsen menawarkan jaminan purna jual yang sangat baik, seperti jaringan bengkel resmi yang luas dan ketersediaan suku cadang yang memadai. Sebaliknya, EV dari pabrikan yang tidak memiliki dukungan layanan yang kuat dapat menyebabkan kesulitan dalam perbaikan dan meningkatkan biaya klaim. Oleh

karena itu, asuransi harus mempertimbangkan apakah suatu pabrikan memiliki infrastruktur layanan yang memadai di wilayah operasionalnya.

B. Masa Garansi dan Pengalaman Pabrikan

Masa garansi yang diberikan oleh produsen dapat menjadi indikator kualitas dan daya tahan kendaraan. EV dengan garansi lebih panjang, terutama pada baterai dan sistem penggerak listriknya, menunjukkan kepercayaan pabrikan terhadap produknya. Beberapa produsen menawarkan garansi baterai hingga 8 tahun atau lebih, yang menandakan bahwa baterai mereka dirancang untuk bertahan lama dan memiliki risiko kegagalan yang lebih rendah.

Selain itu, pengalaman pabrikan dalam memproduksi EV juga sangat mempengaruhi risiko yang terkait. Produsen yang telah lama mengembangkan EV memiliki pemahaman lebih baik terhadap tantangan teknis, seperti degradasi baterai, efisiensi sistem pendinginan, serta keandalan perangkat lunak dan elektronik. Sebagai contoh, Tesla memiliki pengalaman lebih dari satu dekade dalam industri EV dan telah melakukan banyak penyempurnaan pada produk mereka, sementara beberapa pabrikan baru mungkin masih dalam tahap eksplorasi dan perbaikan.

Dari sudut pandang asuransi, kendaraan dengan garansi panjang dan berasal dari pabrikan berpengalaman memiliki risiko klaim yang lebih rendah. Jika terjadi kerusakan atau cacat produk dalam periode garansi, pabrikan biasanya akan menanggung biaya perbaikan atau penggantian, sehingga mengurangi beban klaim bagi perusahaan asuransi. Sebaliknya, kendaraan dari produsen baru yang belum teruji bisa menghadapi lebih banyak masalah teknis yang berujung pada klaim yang lebih tinggi.

C. Umur Pakai, Teknologi, dan Ketersediaan Suku Cadang

Semakin lama EV digunakan, semakin besar kemungkinan terjadi degradasi pada baterai dan sistem kelistrikan. Baterai lithium-ion yang umum digunakan dalam EV memiliki masa pakai terbatas, dengan tingkat penurunan kapasitas yang dipengaruhi oleh frekuensi pengisian daya, suhu operasional, dan pola penggunaan kendaraan. Seiring bertambahnya usia kendaraan, efisiensi baterai menurun, yang dapat berdampak pada performa kendaraan dan meningkatkan risiko kecelakaan akibat daya yang tidak stabil.

Teknologi yang digunakan dalam EV juga terus berkembang. Model EV yang lebih baru umumnya memiliki sistem manajemen baterai yang lebih canggih, teknologi keselamatan yang lebih baik, serta perangkat lunak yang lebih stabil. Sebaliknya, model lama yang tidak lagi menerima pembaruan perangkat lunak mungkin memiliki kerentanan keamanan atau performa yang tidak optimal. Selain itu, teknologi baterai baru sering kali lebih efisien dan lebih tahan lama dibandingkan teknologi lama, sehingga mempengaruhi tingkat risiko dan biaya klaim.

Ketersediaan suku cadang menjadi faktor penting dalam menilai risiko asuransi EV. Jika suatu model EV tidak lagi diproduksi atau memiliki suku cadang yang sulit ditemukan, maka biaya perbaikan bisa menjadi sangat mahal atau memakan waktu lama. Hal ini tidak hanya meningkatkan biaya klaim tetapi juga memperpanjang waktu penyelesaian klaim, yang dapat berdampak pada kepuasan pelanggan dan efisiensi operasional perusahaan asuransi. Oleh karena itu, asuransi harus menilai apakah suku cadang dan layanan purna jual untuk model EV tertentu masih tersedia dengan baik di pasaran.

D. Jumlah Bengkel dan Mekanik Terlatih

EV memiliki sistem mekanik dan kelistrikan yang berbeda dengan kendaraan berbahan bakar fosil, sehingga memerlukan bengkel khusus dan teknisi terlatih untuk menangani perbaikan dan perawatannya. Jika jumlah bengkel dan mekanik EV masih terbatas di suatu wilayah, maka biaya perbaikan akan lebih mahal dan proses klaim akan memakan waktu lebih lama. Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus mempertimbangkan ketersediaan bengkel resmi atau independen yang memiliki kompetensi dalam menangani EV sebelum menerima penutupan.

Selain itu, teknisi yang menangani EV harus memiliki keahlian khusus, terutama dalam aspek kelistrikan tegangan tinggi dan sistem manajemen baterai. EV yang diperbaiki oleh teknisi yang tidak berpengalaman berisiko mengalami masalah teknis lebih lanjut, seperti kerusakan pada sistem kelistrikan atau bahkan potensi kebakaran akibat kesalahan dalam menangani baterai. Oleh karena itu, perusahaan asuransi sebaiknya memberikan preferensi pada EV yang memiliki akses ke bengkel dan teknisi yang tersertifikasi.

Lebih lanjut, jumlah bengkel yang terbatas juga bisa menyebabkan waktu tunggu yang lama untuk perbaikan kendaraan, yang berpotensi meningkatkan biaya klaim tambahan seperti biaya mobil pengganti selama kendaraan diperbaiki. Jika ketersediaan bengkel dan teknisi EV masih minim di suatu daerah, perusahaan asuransi dapat mempertimbangkan untuk menaikkan premi atau bahkan menolak penutupan untuk model tertentu yang sulit diperbaiki.

E. Riwayat Recall dan Cacat Produk

Recall merupakan indikator penting dalam menilai risiko suatu model EV. Jika sebuah model EV memiliki riwayat recall yang tinggi, berarti terdapat kelemahan dalam desain atau produksi yang berpotensi menimbulkan masalah di masa depan. Recall yang sering terjadi, terutama yang berkaitan dengan baterai, sistem kelistrikan, atau perangkat lunak kendaraan, bisa menjadi sinyal bahwa kendaraan tersebut memiliki risiko lebih tinggi dibanding model lain yang lebih stabil.

Cacat produk juga bisa meningkatkan risiko klaim asuransi. Misalnya, jika sebuah model EV memiliki riwayat masalah pada sistem pengereman regeneratif atau kegagalan baterai yang menyebabkan kebakaran, maka risiko kecelakaan atau kerusakan kendaraan menjadi lebih tinggi. Perusahaan asuransi harus mempertimbangkan laporan dari otoritas keselamatan kendaraan, seperti *National Highway Traffic Safety Administration* (NHTSA) di AS atau Euro NCAP di Eropa, yang sering merilis data tentang keamanan kendaraan.

Selain itu, cara pabrikan menangani recall juga berpengaruh terhadap risiko klaim. Pabrikan yang cepat tanggap dalam menangani recall dan memberikan solusi yang efektif dapat mengurangi risiko jangka panjang. Sebaliknya, jika suatu model EV terus mengalami recall tanpa solusi yang memadai, maka perusahaan asuransi harus lebih berhati-hati dalam menerima penutupan untuk model tersebut.

F. Jumlah, Usia, Jenis Kelamin Pengemudi, dan Pengalaman Berkendara

Profil pengemudi sangat berpengaruh terhadap tingkat risiko klaim asuransi. Statistik menunjukkan bahwa pengemudi

muda dan yang kurang berpengalaman memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kecelakaan dibandingkan dengan pengemudi yang lebih tua dan berpengalaman. Oleh karena itu, perusahaan asuransi biasanya menetapkan premi lebih tinggi bagi pengemudi muda atau mereka yang baru memperoleh SIM.

Selain usia, jenis kelamin juga dapat menjadi faktor dalam penilaian risiko. Beberapa studi menunjukkan bahwa pengemudi pria cenderung lebih sering terlibat dalam kecelakaan dibandingkan pengemudi wanita, terutama pada usia muda. Namun, faktor ini perlu dikombinasikan dengan data lain, seperti riwayat klaim sebelumnya dan pola berkendara, untuk mendapatkan gambaran risiko yang lebih akurat.

Pengalaman berkendara juga menjadi pertimbangan penting, terutama bagi mereka yang baru beralih ke EV dari kendaraan berbahan bakar fosil. EV memiliki karakteristik berkendara yang berbeda, seperti akselerasi yang lebih responsif dan sistem pengereman regeneratif yang memerlukan adaptasi. Jika pengemudi tidak terbiasa dengan karakteristik ini, maka risiko kecelakaan bisa meningkat. Oleh karena itu, perusahaan asuransi dapat mempertimbangkan untuk menawarkan pelatihan berkendara khusus bagi pemilik EV guna mengurangi risiko klaim.

G. Tempat Penyimpanan Kendaraan

Lokasi penyimpanan kendaraan saat tidak digunakan memiliki pengaruh besar terhadap tingkat risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi. EV yang disimpan di garasi tertutup dan memiliki sistem keamanan yang baik lebih terlindungi dari risiko pencurian, vandalisme, serta paparan cuaca ekstrem yang dapat merusak baterai dan komponen listrik. Sebaliknya, EV

yang sering diparkir di luar ruangan, terutama di area dengan tingkat kejahatan tinggi atau kondisi cuaca ekstrem, lebih berisiko mengalami kerusakan atau kehilangan.

Selain faktor keamanan, suhu lingkungan tempat penyimpanan EV juga perlu diperhatikan. Baterai lithium-ion dalam EV sangat sensitif terhadap suhu. Penyimpanan di tempat yang terlalu panas dapat mempercepat degradasi baterai, sementara suhu yang terlalu dingin dapat mengurangi efisiensi dan daya tahan baterai. Oleh karena itu, kendaraan yang sering diparkir di daerah dengan suhu ekstrem memerlukan proteksi lebih tinggi, yang dapat berdampak pada penyesuaian premi asuransi.

Faktor lain yang harus dipertimbangkan adalah ketersediaan fasilitas pengisian daya di tempat penyimpanan kendaraan. Jika pemilik EV memiliki stasiun pengisian daya pribadi yang aman dan sesuai standar, risiko kesalahan pengisian daya atau korsleting listrik dapat dikurangi. Sebaliknya, jika pengisian daya dilakukan secara tidak aman, misalnya dengan kabel ekstensi yang tidak sesuai spesifikasi, maka potensi risiko kebakaran atau kerusakan sistem listrik meningkat. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan lokasi penyimpanan dan metode pengisian daya EV dalam menilai tingkat risiko polis.

H. Apakah EV Merupakan Kendaraan Utama atau Kedua

Perbedaan antara kendaraan utama dan kendaraan kedua mempengaruhi frekuensi penggunaannya. Jika EV digunakan sebagai kendaraan utama, maka kemungkinan kendaraan tersebut mengalami kerusakan atau kecelakaan akan lebih tinggi karena tingkat penggunaan yang lebih sering. Sebaliknya, jika

EV hanya digunakan sebagai kendaraan kedua atau kendaraan cadangan, maka tingkat risiko klaim bisa lebih rendah karena pemakaiannya lebih jarang.

Selain itu, kendaraan utama biasanya digunakan dalam berbagai kondisi dan jarak tempuh yang lebih panjang, termasuk perjalanan harian ke kantor, perjalanan luar kota, serta kondisi lalu lintas padat yang meningkatkan risiko kecelakaan. Sebaliknya, kendaraan kedua lebih sering digunakan untuk keperluan tertentu, seperti rekreasi atau perjalanan pendek, yang umumnya lebih aman dibandingkan dengan kendaraan utama yang digunakan setiap hari.

Dari perspektif asuransi, penting untuk mengetahui pola penggunaan kendaraan karena hal ini akan menentukan tingkat eksposur terhadap risiko. Jika EV digunakan sebagai kendaraan utama dengan jarak tempuh tinggi dan sering melintasi jalan dengan kondisi lalu lintas padat, maka perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan tarif premi yang lebih tinggi dibandingkan EV yang hanya digunakan sesekali sebagai kendaraan cadangan.

I. Tipe, Kapasitas, Usia, dan Jenis EV

Jenis dan spesifikasi EV juga menjadi faktor penting dalam penilaian risiko asuransi. EV hadir dalam berbagai jenis, mulai dari city car dengan kapasitas kecil hingga SUV dan truk listrik dengan daya besar. Kendaraan dengan ukuran lebih besar dan daya lebih tinggi cenderung memiliki risiko lebih tinggi dalam hal kecelakaan dan biaya perbaikan, sehingga mempengaruhi premi asuransi.

Usia kendaraan juga menjadi faktor penting. EV yang lebih baru umumnya memiliki teknologi keamanan dan efisiensi baterai yang lebih baik dibandingkan model lama. Namun, model

baru juga bisa memiliki risiko terkait teknologi yang belum teruji secara luas di pasar. Sebaliknya, EV yang sudah lama digunakan mungkin memiliki risiko lebih tinggi terkait degradasi baterai, keausan komponen listrik, dan kesulitan dalam mendapatkan suku cadang.

Selain itu, perusahaan asuransi juga harus mempertimbangkan apakah EV tersebut merupakan hybrid plug-in atau full electric. Kendaraan hybrid memiliki mesin pembakaran internal sebagai cadangan, yang bisa mengurangi risiko kehabisan daya saat perjalanan. Sebaliknya, kendaraan full electric sepenuhnya bergantung pada kapasitas baterai dan infrastruktur pengisian daya, yang bisa menimbulkan tantangan tambahan dalam klaim asuransi, terutama di daerah dengan stasiun pengisian daya terbatas.

J. Rute Perjalanan (Rumah – Kantor, Jarak Tempuh, dan Kondisi Lalu Lintas)

Rute perjalanan harian yang ditempuh oleh pemilik EV dapat memengaruhi tingkat risiko klaim asuransi. Jika kendaraan digunakan untuk perjalanan jarak jauh secara rutin, misalnya antar kota atau wilayah dengan infrastruktur pengisian daya yang terbatas, maka risiko kehabisan daya atau mogok di perjalanan menjadi lebih tinggi. Sebaliknya, jika EV hanya digunakan untuk perjalanan pendek dalam kota dengan akses mudah ke stasiun pengisian daya, maka risiko operasionalnya lebih rendah.

Kondisi lalu lintas juga menjadi pertimbangan utama. Penggunaan EV di daerah dengan kepadatan lalu lintas tinggi, seperti di pusat kota besar, meningkatkan kemungkinan kecelakaan lalu lintas akibat *stop-and-go* yang sering serta interaksi dengan banyak kendaraan lain. Selain itu, pengereman

regeneratif yang umum pada EV bekerja lebih sering dalam kondisi lalu lintas padat, yang bisa memengaruhi umur pakai sistem pengereman dan baterai dalam jangka panjang.

Selain aspek jarak tempuh dan lalu lintas, kondisi jalan juga menjadi faktor yang tidak boleh diabaikan. Jika EV sering digunakan di jalan dengan permukaan yang buruk, risiko kerusakan pada suspensi, sistem kelistrikan, dan komponen lainnya menjadi lebih besar. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu menyesuaikan harga premi berdasarkan pola perjalanan dan medan yang sering dilalui oleh kendaraan tertanggung.

K. Okupasi Pengguna (Pribadi, Kantor, atau Komersial)

Jenis penggunaan kendaraan juga mempengaruhi tingkat risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi. Jika EV digunakan untuk keperluan pribadi, maka pola penggunaan kendaraan cenderung lebih terkendali, dengan frekuensi perjalanan yang lebih rendah dan tingkat perawatan yang lebih terjaga. Sebaliknya, jika EV digunakan untuk keperluan bisnis atau sebagai kendaraan operasional kantor, maka penggunaannya bisa lebih intensif, meningkatkan risiko keausan dan kecelakaan.

EV yang digunakan untuk layanan transportasi publik atau ride-sharing memiliki tingkat risiko lebih tinggi dibandingkan dengan kendaraan pribadi. Mobil yang digunakan sebagai taksi listrik atau kendaraan layanan antar-jemput biasanya memiliki jam operasional lebih panjang dan lebih sering berada di jalan, meningkatkan eksposur terhadap risiko kecelakaan dan keausan komponen. Dalam hal ini, perusahaan asuransi perlu menerapkan premi yang lebih tinggi atau menerapkan ketentuan khusus dalam polis untuk membatasi risiko.

Selain itu, beberapa perusahaan atau instansi mulai menggunakan EV sebagai bagian dari armada kendaraan dinas mereka. Penggunaan EV dalam konteks ini bisa memiliki tingkat risiko yang bervariasi, tergantung pada aturan perusahaan dalam mengelola dan merawat kendaraan. Jika kendaraan digunakan oleh banyak pengemudi dengan tingkat keterampilan yang berbeda-beda, risiko klaim juga bisa meningkat. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan aspek okupasi secara menyeluruh sebelum memberikan penutupan.

L. Jaminan yang Dibeli (Cakupan Perlindungan dalam Polis)

Jenis perlindungan yang dipilih oleh pemegang polis akan menentukan seberapa besar tanggung jawab perusahaan asuransi dalam menangani klaim. Polis asuransi EV dapat mencakup berbagai perlindungan, mulai dari asuransi komprehensif yang melindungi hampir semua risiko hingga polis yang hanya mencakup kerusakan tertentu atau tanggung jawab pihak ketiga.

Jika pemegang polis memilih cakupan yang luas, seperti perlindungan terhadap risiko kebakaran, pencurian, kecelakaan, dan kerusakan akibat bencana alam, maka premi yang dikenakan tentu lebih tinggi. Sebaliknya, jika hanya memilih perlindungan dasar, seperti asuransi tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga, maka risiko bagi perusahaan asuransi lebih rendah, sehingga premi bisa lebih murah.

Selain itu, beberapa polis EV menawarkan perlindungan khusus, seperti asuransi baterai terpisah atau perlindungan terhadap kegagalan perangkat lunak. Baterai merupakan komponen paling mahal dalam EV, sehingga adanya perlindungan

khusus untuk baterai dapat menjadi faktor yang mempengaruhi harga premi. Perusahaan asuransi perlu mengevaluasi sejauh mana cakupan perlindungan yang diinginkan oleh pemegang polis dan bagaimana dampaknya terhadap potensi klaim di masa depan.

M. Deductible yang Ditanggung oleh Pemegang Polis

Deductible adalah jumlah biaya yang harus ditanggung oleh pemilik kendaraan sebelum klaim asuransi dibayarkan. Semakin tinggi deductible yang dipilih, semakin rendah premi asuransi yang harus dibayarkan. Sebaliknya, jika pemegang polis memilih deductible yang rendah atau bahkan nol, maka premi akan lebih mahal karena perusahaan asuransi menanggung hampir seluruh risiko klaim.

Deductible juga dapat digunakan sebagai alat untuk mengurangi klaim kecil yang sering diajukan oleh pemegang polis. Jika deductible cukup tinggi, maka pemilik kendaraan cenderung hanya mengajukan klaim untuk kerusakan yang signifikan, sehingga mengurangi frekuensi klaim dan menekan biaya operasional asuransi. Hal ini penting bagi perusahaan asuransi dalam mengelola risiko dan memastikan profitabilitas jangka panjang.

Selain itu, *deductible* juga bisa bervariasi tergantung pada jenis klaim. Misalnya, perusahaan asuransi mungkin menerapkan deductible yang lebih tinggi untuk klaim yang terkait dengan baterai EV, karena biaya penggantian baterai bisa sangat mahal. Oleh karena itu, penting bagi perusahaan asuransi untuk menyesuaikan ketentuan deductible agar sesuai dengan tingkat risiko yang dihadapi oleh masing-masing polis.

N. Riwayat Klaim dan Perilaku Mengemudi Pemilik

Salah satu indikator risiko yang penting dalam underwriting asuransi adalah riwayat klaim dari calon tertanggung. Jika pemilik kendaraan memiliki riwayat klaim yang sering dalam asuransi kendaraan sebelumnya, ini dapat menjadi sinyal bahwa mereka memiliki kebiasaan mengemudi yang kurang hati-hati atau sering terlibat dalam kecelakaan. Sebaliknya, jika seorang pengemudi memiliki catatan yang bersih dengan sedikit atau tanpa klaim, maka risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi cenderung lebih rendah.

Selain riwayat klaim, perilaku mengemudi juga berperan dalam menentukan harga premi. Teknologi telematika dan perangkat IoT (*Internet of Things*) yang terpasang pada EV dapat membantu perusahaan asuransi dalam menganalisis gaya mengemudi pemilik kendaraan. Misalnya, pengemudi yang sering melakukan akselerasi mendadak, pengereman keras, atau mengemudi dengan kecepatan tinggi secara konsisten dapat dianggap memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan pengemudi yang lebih berhati-hati.

Oleh karena itu, beberapa perusahaan asuransi mungkin menerapkan skema *usage-based insurance* (UBI) atau *pay-as-you-drive* (PAYD), di mana premi disesuaikan dengan data perilaku berkendara yang dikumpulkan melalui sistem telematika. Pendekatan ini memungkinkan premi lebih adil, di mana pengemudi yang lebih aman mendapatkan tarif yang lebih rendah, sementara pengemudi berisiko tinggi dikenakan premi yang lebih mahal.

O. Infrastruktur dan Ketersediaan Stasiun Pengisian Daya

Ketersediaan infrastruktur pengisian daya sangat mempengaruhi pengalaman penggunaan EV dan tingkat risikonya. Di daerah yang memiliki banyak stasiun pengisian daya publik, pemilik EV lebih mudah mengakses sumber listrik ketika dibutuhkan, sehingga mengurangi risiko kehabisan daya di tengah perjalanan. Sebaliknya, jika seorang pemilik EV tinggal atau sering bepergian ke daerah dengan infrastruktur pengisian daya yang terbatas, maka kemungkinan mereka mengalami gangguan perjalanan meningkat, yang dapat berdampak pada risiko klaim.

Selain itu, pengisian daya di stasiun umum mungkin memiliki risiko tambahan, seperti potensi pencurian kabel pengisian, vandalisme, atau bahkan kesalahan dalam sistem pengisian yang dapat menyebabkan kerusakan pada baterai kendaraan. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan lokasi geografis dan akses pemilik kendaraan terhadap fasilitas pengisian daya dalam menentukan risiko polis.

Selain infrastruktur publik, ketersediaan pengisian daya di rumah juga penting. Jika pemilik kendaraan memiliki sistem pengisian daya pribadi dengan standar keamanan tinggi, risiko terkait pengisian daya dapat diminimalkan. Sebaliknya, jika pengisian daya dilakukan dengan metode yang kurang aman, seperti menggunakan kabel ekstensi yang tidak sesuai atau mencolokkan kendaraan ke sumber daya yang tidak stabil, maka risiko kebakaran dan kerusakan baterai meningkat, yang perlu diperhitungkan dalam *underwriting* polis.

P. Risiko Keamanan Siber (*Cybersecurity Risk*) pada EV

EV modern semakin bergantung pada perangkat lunak dan sistem komputer yang kompleks untuk mengendalikan berbagai aspek kendaraan, termasuk sistem penggerak, navigasi, dan bahkan fitur keselamatan. Namun, ketergantungan pada teknologi ini juga membawa risiko baru, yaitu ancaman serangan siber terhadap sistem kendaraan.

Beberapa EV telah mengalami insiden di mana peretas dapat mengambil alih kendali kendaraan dari jarak jauh, membuka pintu tanpa izin, atau bahkan mengganggu sistem pengisian daya. Serangan siber semacam ini dapat menyebabkan risiko keselamatan bagi pemilik kendaraan serta berpotensi menimbulkan klaim asuransi yang signifikan. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu mempertimbangkan seberapa kuat sistem keamanan siber pada kendaraan sebelum menawarkan penutupan.

Selain itu, banyak EV saat ini menggunakan sistem *over-the-air* (OTA) *updates*, yang memungkinkan pabrikan untuk memperbarui perangkat lunak kendaraan secara jarak jauh. Meskipun fitur ini meningkatkan efisiensi perbaikan dan pemeliharaan, pembaruan perangkat lunak yang tidak sempurna atau gangguan dalam proses pembaruan dapat menyebabkan malfungsi kendaraan yang mungkin berujung pada klaim asuransi. Oleh karena itu, faktor keamanan digital harus menjadi bagian dari evaluasi risiko dalam underwriting EV *insurance*.

Q. Ketersediaan Suku Cadang dan Waktu Perbaikan

Salah satu tantangan utama dalam asuransi EV adalah ketersediaan suku cadang dan waktu perbaikan kendaraan yang lebih lama dibandingkan kendaraan berbahan bakar konvensional. Jika suku cadang EV sulit didapat atau harus diimpor dari negara lain, maka biaya perbaikan akan lebih tinggi dan waktu klaim bisa menjadi lebih lama, yang berpotensi meningkatkan beban perusahaan asuransi.

Misalnya, baterai EV adalah salah satu komponen paling mahal dan sering kali sulit diganti. Jika terjadi kecelakaan atau kerusakan baterai, perbaikannya mungkin membutuhkan waktu berbulan-bulan jika suku cadangnya tidak tersedia secara lokal. Selain itu, tenaga ahli yang mampu menangani perbaikan EV juga masih terbatas, yang menyebabkan waktu perbaikan menjadi lebih lama dibandingkan kendaraan konvensional.

Untuk mengurangi risiko ini, perusahaan asuransi dapat bekerja sama dengan bengkel resmi atau pabrikan untuk memastikan adanya jaringan layanan yang memadai. Selain itu, asuransi dapat menawarkan manfaat tambahan, seperti mobil pengganti selama masa perbaikan, tetapi tentunya ini akan berdampak pada peningkatan biaya premi. Oleh karena itu, faktor ketersediaan suku cadang dan estimasi waktu perbaikan harus menjadi bagian penting dalam analisis risiko asuransi EV.

19.7 Penerapan EV di Eropa, Amerika dan China

Penerapan asuransi kendaraan listrik (EV *Insurance*) di Eropa, Amerika Serikat, dan China.

A. Penerapan EV *Insurance* di Eropa

Eropa merupakan salah satu kawasan dengan penetrasi kendaraan listrik tertinggi di dunia. Negara-negara seperti Norwegia, Jerman, Inggris, Prancis, dan Belanda memiliki kebijakan ketat dalam mendukung transisi ke kendaraan listrik. Regulasi yang diterapkan Uni Eropa terkait emisi karbon secara langsung memengaruhi premi asuransi kendaraan listrik. Karena kendaraan listrik memiliki emisi karbon yang lebih rendah dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil, beberapa perusahaan asuransi memberikan insentif berupa premi yang lebih murah. Namun, hal ini juga disertai dengan persyaratan keamanan kendaraan dan pemeliharaan yang lebih ketat.

Salah satu faktor utama yang mempengaruhi premi asuransi EV di Eropa adalah regulasi keselamatan kendaraan. Uni Eropa menetapkan standar keamanan yang tinggi bagi kendaraan listrik, yang mencakup sistem pengereman otomatis, teknologi penghindaran tabrakan, serta daya tahan baterai dalam situasi darurat. Mobil yang memenuhi standar ini cenderung mendapatkan premi yang lebih rendah, sementara model EV dengan riwayat recall atau tingkat keandalan yang kurang baik dikenakan premi yang lebih tinggi.

Di beberapa negara seperti Norwegia dan Belanda, EV Insurance juga dipengaruhi oleh kebijakan pajak dan insentif pemerintah. Pemilik EV di negara-negara ini sering kali

mendapatkan keringanan pajak kendaraan, yang secara tidak langsung mengurangi beban biaya keseluruhan, termasuk asuransi. Beberapa asuransi bahkan menawarkan perlindungan khusus untuk baterai EV, mengingat baterai merupakan komponen paling mahal dan rentan terhadap kerusakan akibat suhu ekstrem atau kesalahan pengisian daya.

Namun, ada tantangan dalam penerapan EV *Insurance* di Eropa, terutama terkait dengan biaya perbaikan yang tinggi. Bengkel yang mampu menangani perbaikan EV masih terbatas, dan suku cadang tertentu harus diimpor, sehingga waktu tunggu klaim menjadi lebih lama dibandingkan kendaraan konvensional. Oleh karena itu, perusahaan asuransi di Eropa sering kali menerapkan kebijakan *deductible* yang lebih tinggi bagi klaim yang berkaitan dengan suku cadang tertentu, terutama baterai dan sistem kelistrikan.

Selain itu, perusahaan asuransi di Eropa semakin beralih ke sistem berbasis data untuk menentukan premi EV. Dengan menggunakan teknologi *telematics* dan *pay-as-you-drive* (PAYD), premi asuransi dapat disesuaikan berdasarkan kebiasaan berkendara pemilik EV. Pengemudi yang lebih aman dan lebih jarang berkendara bisa mendapatkan premi lebih rendah, sementara mereka yang sering mengemudi dalam kondisi lalu lintas padat atau memiliki gaya berkendara agresif mungkin dikenakan premi yang lebih tinggi.

B. Penerapan EV Insurance di Amerika Serikat

Amerika Serikat memiliki pendekatan yang berbeda dalam penerapan EV *Insurance* dibandingkan Eropa. Karena regulasi asuransi kendaraan diatur berdasarkan negara bagian, premi

asuransi EV dapat sangat bervariasi tergantung pada lokasi, penyedia asuransi, serta infrastruktur pendukung kendaraan listrik di wilayah tersebut. Negara bagian seperti California dan New York yang memiliki insentif besar untuk kendaraan listrik cenderung memiliki pasar asuransi EV yang lebih kompetitif, dengan premi yang lebih rendah dibandingkan negara bagian dengan penetrasi EV yang lebih rendah.

Faktor utama yang mempengaruhi premi asuransi EV di Amerika adalah biaya perbaikan yang tinggi. Karena kendaraan listrik masih tergolong baru dan teknologinya berkembang pesat, biaya perbaikan EV sering kali lebih mahal dibandingkan kendaraan berbahan bakar konvensional. Suku cadang, terutama baterai, sering kali tidak tersedia secara luas dan harus dipesan langsung dari pabrikan. Selain itu, hanya sedikit bengkel independen yang memiliki teknisi bersertifikasi untuk memperbaiki EV, sehingga pemilik sering kali harus pergi ke bengkel resmi, yang biayanya lebih mahal.

Aspek lain yang mempengaruhi premi asuransi EV di AS adalah riwayat klaim yang menunjukkan bahwa EV cenderung lebih sering mengalami kerusakan kecil namun biaya perbaikannya lebih tinggi. Sebagai contoh, banyak EV memiliki bodi berbahan aluminium yang lebih ringan, tetapi lebih mahal untuk diperbaiki setelah tabrakan kecil. Oleh karena itu, beberapa perusahaan asuransi menaikkan premi EV untuk menutupi potensi biaya klaim yang lebih tinggi.

Namun, perusahaan asuransi di AS juga mulai menawarkan kebijakan berbasis data melalui penggunaan teknologi telematics. Beberapa penyedia asuransi, seperti Progressive dan State Farm, telah memperkenalkan program usage-based

insurance (UBI) untuk EV, di mana premi disesuaikan dengan pola penggunaan kendaraan. Pemilik EV yang berkendara dalam jarak pendek atau dengan gaya mengemudi yang lebih aman dapat memperoleh tarif yang lebih rendah.

Di beberapa negara bagian, terdapat juga perbedaan dalam perlindungan terhadap risiko khusus EV, seperti risiko kebakaran baterai dan pencurian kabel pengisian daya. Beberapa perusahaan asuransi telah memasukkan perlindungan tambahan untuk risiko-risiko ini, meskipun dengan kenaikan premi yang cukup signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa pasar EV Insurance di AS masih dalam tahap perkembangan dan terus menyesuaikan diri dengan tantangan serta perubahan regulasi yang ada.

C. Penerapan EV *Insurance* di China

China merupakan pasar kendaraan listrik terbesar di dunia, dengan jumlah kendaraan listrik yang terus meningkat setiap tahunnya. Untuk mendukung adopsi EV, pemerintah China telah menerapkan berbagai insentif, termasuk subsidi kendaraan, pemotongan pajak, serta skema asuransi yang lebih kompetitif.

Salah satu keunikan dari EV *Insurance* di China adalah keterlibatan pemerintah dalam menentukan kebijakan asuransi. Pemerintah China mendorong perusahaan asuransi untuk menawarkan tarif yang lebih murah bagi pemilik EV, sebagai bagian dari strategi untuk mempercepat transisi menuju kendaraan ramah lingkungan. Beberapa skema asuransi bahkan disubsidi oleh pemerintah, memungkinkan pemilik kendaraan mendapatkan perlindungan dengan biaya yang lebih rendah dibandingkan negara lain.

Selain itu, perusahaan asuransi di China juga mulai mengembangkan produk asuransi khusus EV yang mencakup perlindungan terhadap risiko unik, seperti kegagalan baterai, malfungsi perangkat lunak, serta pencurian kabel pengisian daya. Hal ini sangat relevan mengingat banyaknya kendaraan listrik di China yang bergantung pada sistem smart charging dan teknologi otomatisasi yang kompleks.

Namun, pasar asuransi EV di China juga menghadapi beberapa tantangan. Salah satunya adalah tingginya angka kecelakaan akibat pengemudi yang belum terbiasa dengan karakteristik berkendara EV, terutama dalam hal akselerasi cepat dan sistem pengereman regeneratif. Selain itu, karena banyak produsen EV baru bermunculan di China, terdapat perbedaan yang cukup besar dalam kualitas dan standar keselamatan antar merek, yang membuat underwriting asuransi menjadi lebih kompleks.

Dalam beberapa tahun terakhir, beberapa perusahaan asuransi di China juga mulai menggunakan teknologi AI dan big data untuk menentukan premi asuransi EV secara lebih akurat. Dengan mengumpulkan data dari kendaraan secara real-time, perusahaan dapat menilai risiko secara lebih spesifik berdasarkan pola penggunaan kendaraan. Ini memungkinkan adanya diferensiasi tarif yang lebih adil antara pengemudi berisiko tinggi dan rendah.

Secara keseluruhan, kebijakan EV *Insurance* di China sangat dipengaruhi oleh dukungan pemerintah dan perkembangan pesat industri kendaraan listrik. Meskipun terdapat tantangan dalam hal standar keselamatan dan kualitas kendaraan yang bervariasi, pendekatan berbasis data dan inovasi teknologi diharapkan dapat membantu perusahaan asuransi dalam

menyesuaikan produk mereka dengan kebutuhan pasar yang terus berkembang.



19.8 Allianz, AXA dan Generali

Perusahaan asuransi terkemuka seperti Allianz, AXA, dan Generali telah beradaptasi dengan perkembangan kendaraan listrik (EV) dengan menyesuaikan produk asuransi mereka. Penyesuaian ini mencakup penetapan premi yang adil, penyediaan layanan khusus bagi pemilik EV, dan menjalin kemitraan strategis dengan produsen EV untuk memahami risiko spesifik dari model tertentu.

A. Menentukan Harga Premi yang Adil

Menetapkan premi asuransi yang adil untuk kendaraan listrik merupakan tantangan utama bagi perusahaan asuransi.

Perbedaan karakteristik antara EV dan kendaraan konvensional, seperti biaya perbaikan yang lebih tinggi dan teknologi yang lebih kompleks, mempengaruhi penentuan tarif premi. Allianz Indonesia, misalnya, masih mengkaji besaran premi asuransi khusus untuk kendaraan listrik dengan berkoordinasi bersama Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) dan Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Mereka mempertimbangkan apakah premi untuk EV sebaiknya lebih murah atau lebih mahal dibandingkan kendaraan konvensional, sambil menunggu regulasi terbaru dari OJK.

Ilustrasi dari tantangan ini dapat dilihat pada kasus di mana biaya perbaikan baterai EV yang mahal dapat meningkatkan risiko klaim bagi perusahaan asuransi. Sebagai contoh, jika terjadi kerusakan pada baterai akibat kecelakaan, biaya penggantian atau perbaikannya bisa mencapai puluhan hingga ratusan juta rupiah, tergantung pada merek dan model kendaraan. Hal ini membuat perusahaan asuransi perlu menyesuaikan premi agar tetap kompetitif namun juga mencerminkan risiko yang ditanggung.

Selain itu, perusahaan asuransi juga mempertimbangkan faktor-faktor seperti frekuensi klaim, biaya suku cadang, dan ketersediaan bengkel khusus EV dalam menentukan premi yang adil. Pendekatan ini memastikan bahwa premi yang ditetapkan tidak hanya menarik bagi konsumen tetapi juga mencerminkan risiko aktual yang dihadapi oleh perusahaan asuransi.

Dengan mempertimbangkan risiko teknis kendaraan listrik, perusahaan asuransi juga harus memperhitungkan tren perkembangan regulasi yang memengaruhi harga premi. Misalnya, beberapa negara Eropa menerapkan insentif pajak atau subsidi untuk EV, yang juga berpengaruh terhadap biaya

asuransi. Jika pemerintah suatu negara memberikan insentif bagi EV, premi asuransi bisa lebih rendah karena ada jaminan dari pemerintah terkait biaya perbaikan atau penggantian komponen.

Sebagai contoh, di Norwegia dan Belanda, kendaraan listrik mendapatkan subsidi besar dari pemerintah, yang secara tidak langsung mengurangi beban biaya asuransi. Ini berbeda dengan negara seperti Amerika Serikat, di mana insentifnya lebih bervariasi tergantung pada masing-masing negara bagian. Hal ini menunjukkan bahwa faktor geografis dan kebijakan negara juga dapat mempengaruhi penentuan harga premi.

Selain itu, perusahaan asuransi juga melakukan analisis klaim historis untuk menentukan pola risiko kendaraan listrik dibandingkan kendaraan berbahan bakar fosil. Jika EV terbukti lebih aman dan memiliki frekuensi klaim lebih rendah, premi dapat disesuaikan agar tetap kompetitif di pasar.

B. Menyediakan Layanan Khusus untuk Pemilik EV

Pemilik kendaraan listrik memiliki kebutuhan yang berbeda dibandingkan pemilik kendaraan konvensional, terutama terkait dengan layanan darurat dan perawatan baterai. Perusahaan asuransi seperti Allianz telah mengembangkan produk asuransi kendaraan yang dirancang untuk memberikan perlindungan terbaik bagi pemilik EV.

Salah satu layanan khusus yang ditawarkan adalah bantuan darurat jika kendaraan kehabisan daya di tengah perjalanan. Layanan ini penting mengingat infrastruktur pengisian daya yang belum merata di beberapa wilayah. Sebagai ilustrasi, bayangkan seorang pengemudi EV yang kehabisan daya di area terpencil tanpa stasiun pengisian terdekat; layanan bantuan darurat dapat

mengirimkan kendaraan derek atau unit pengisian daya portabel untuk membantu pengemudi melanjutkan perjalanan.

Beberapa polis asuransi EV juga mulai mencakup risiko terhadap kabel pengisian daya. Ini menjadi aspek penting karena kabel pengisian daya EV sering dicuri atau rusak akibat penggunaan yang tidak tepat. Polis asuransi dengan cakupan semacam ini semakin menarik bagi pemilik EV yang ingin memastikan perlindungan menyeluruh.

Selain itu, perlindungan terhadap baterai sebagai komponen utama EV juga menjadi fokus. Beberapa perusahaan asuransi menawarkan cakupan untuk kerusakan baterai akibat kecelakaan, korsleting, atau faktor lainnya. Misalnya, jika terjadi korsleting yang menyebabkan kebakaran pada baterai, polis asuransi akan menanggung biaya penggantian atau perbaikan. Layanan tambahan seperti kendaraan pengganti selama perbaikan juga disediakan, mengingat perbaikan EV bisa memakan waktu lebih lama dibandingkan kendaraan konvensional.

C. Mencari Mitra Strategis dengan Produsen EV

Dalam membangun kemitraan strategis, perusahaan asuransi tidak hanya bekerja sama dengan produsen kendaraan listrik, tetapi juga dengan perusahaan teknologi yang mengembangkan sistem keamanan dan telematika untuk EV.

Sebagai contoh, beberapa asuransi kini mulai menawarkan premi berbasis penggunaan (*usage-based insurance*) yang menggunakan data dari sensor dan perangkat IoT (*Internet of Things*) dalam kendaraan. Dengan ini, pengemudi yang berkendara lebih aman atau memiliki pola penggunaan yang lebih sedikit dapat memperoleh diskon premi.

Kemitraan ini juga memungkinkan perusahaan asuransi untuk mendapatkan wawasan tentang perbedaan risiko dari setiap merek atau model EV. Sebagai contoh, risiko kebakaran akibat baterai lebih tinggi pada beberapa model dibandingkan yang lain, sehingga perusahaan asuransi dapat menyesuaikan cakupan dan harga premi berdasarkan data yang lebih akurat.

Selain itu, kemitraan ini dapat membantu perusahaan asuransi dalam merancang produk *bundling* dengan pembelian kendaraan listrik. Misalnya, saat membeli kendaraan Tesla atau BMW iX, pelanggan dapat langsung memperoleh asuransi khusus yang sudah dikembangkan bersama oleh produsen dan perusahaan asuransi.

Untuk memahami risiko spesifik dari model EV tertentu, perusahaan asuransi menjalin kemitraan strategis dengan produsen kendaraan listrik. Kemitraan ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk memperoleh data dan wawasan mendalam tentang teknologi, performa, dan potensi risiko dari setiap model EV. Dengan informasi ini, mereka dapat merancang produk asuransi yang sesuai dengan karakteristik masing-masing kendaraan.

Melalui kemitraan dengan produsen EV, perusahaan asuransi dapat memahami bagaimana sistem keamanan pada model tertentu bekerja, potensi risiko kebakaran baterai, atau biaya rata-rata perbaikan untuk komponen spesifik. Informasi ini membantu dalam penetapan premi yang lebih akurat dan pengembangan layanan yang lebih sesuai dengan kebutuhan pemilik EV.

Ilustrasi dari manfaat kemitraan ini dapat dilihat pada kasus di mana produsen EV menginformasikan bahwa model tertentu memiliki fitur keselamatan canggih yang mengurangi risiko

kecelakaan. Dengan demikian, perusahaan asuransi dapat menawarkan premi yang lebih rendah untuk model tersebut, memberikan insentif bagi konsumen untuk memilih kendaraan dengan standar keselamatan tinggi.

Dengan langkah-langkah tersebut, Allianz, AXA, dan Generali berupaya untuk tidak hanya memenuhi kebutuhan pasar kendaraan listrik yang berkembang pesat tetapi juga memastikan bahwa produk asuransi mereka tetap relevan dan kompetitif di era elektrifikasi transportasi.

19.9 Regulasi dan Kebijakan EV

Tentu! Berikut adalah pembahasan regulasi dan kebijakan pemerintah terhadap EV *Insurance* di lima wilayah dengan masing-masing poin dijelaskan dalam tiga paragraf:

A. Eropa – Standar Ketat dalam Perlindungan Baterai dan Suku Cadang

Eropa memiliki pendekatan regulasi yang ketat terkait kendaraan listrik, termasuk kebijakan yang berdampak langsung pada industri perasuransian. Uni Eropa telah menetapkan standar tinggi terkait perlindungan baterai, suku cadang, serta perbaikan kendaraan listrik guna meningkatkan keamanan dan keandalan EV. Salah satu regulasi penting adalah Regulasi UNECE R100, yang mengatur standar keselamatan untuk sistem baterai EV, termasuk perlindungan terhadap kebakaran, ledakan, dan kebocoran. Selain itu, beberapa negara seperti Jerman dan Prancis telah mengembangkan kebijakan untuk memastikan bengkel memiliki sertifikasi khusus dalam menangani EV, yang berpengaruh terhadap biaya klaim asuransi.

Premi asuransi kendaraan listrik di Eropa cenderung lebih tinggi dibandingkan kendaraan berbahan bakar konvensional karena faktor biaya perbaikan yang lebih mahal, terutama dalam hal baterai. Oleh karena itu, perusahaan asuransi di Eropa menerapkan sistem asuransi yang mempertimbangkan residual value atau nilai sisa baterai EV, yang dapat menentukan jumlah penggantian jika terjadi kerusakan atau kehilangan. Selain itu, beberapa perusahaan asuransi juga mulai menawarkan polis berbasis penggunaan (pay-as-you-drive) yang menggunakan telematika untuk menilai gaya berkendara pemilik EV, sehingga premi dapat disesuaikan dengan tingkat risiko masing-masing pengemudi.

Di sisi lain, beberapa negara Eropa memberikan insentif bagi pemilik EV, termasuk pengurangan pajak kendaraan, subsidi pembelian, serta program insentif asuransi. Misalnya, di Belanda, pemilik EV mendapatkan keringanan pajak kendaraan hingga 2025, yang juga berdampak pada biaya asuransi yang lebih rendah. Selain itu, di Norwegia, pemerintah bekerja sama dengan industri perasuransian untuk mengembangkan asuransi hijau yang menawarkan premi lebih murah bagi kendaraan listrik yang menggunakan energi terbarukan. Dengan pendekatan regulasi yang progresif ini, Eropa menjadi salah satu wilayah yang paling maju dalam pengembangan ekosistem asuransi kendaraan listrik.

B. Amerika Serikat – Kebijakan yang Masih Berkembang dengan Insentif Pajak bagi EV

Di Amerika Serikat, regulasi dan kebijakan terkait EV Insurance masih berkembang, mengikuti tren peningkatan jumlah kendaraan listrik di pasar. Pemerintah federal telah memberikan insentif pajak untuk pembelian EV hingga $7.500

sebagai bagian dari kebijakan untuk mendorong adopsi kendaraan ramah lingkungan. Namun, kebijakan ini menghadapi tantangan politik, terutama setelah pemerintahan Donald Trump mendapatkan tekanan dari industri otomotif untuk tetap mempertahankan insentif tersebut. Selain itu, regulasi asuransi untuk EV di Amerika Serikat masih sangat bervariasi, tergantung pada kebijakan masing-masing negara bagian.

Salah satu tantangan utama dalam asuransi EV di AS adalah biaya perbaikan yang tinggi dan kurangnya standar yang seragam untuk penanganan baterai serta suku cadang EV. Perusahaan asuransi di AS menghadapi tantangan dalam menetapkan premi yang wajar karena suku cadang EV masih tergolong mahal, dan tenaga kerja yang memiliki keahlian dalam memperbaiki EV masih terbatas. Akibatnya, beberapa perusahaan asuransi seperti State Farm dan Geico bahkan menolak untuk mengasuransikan beberapa model EV tertentu yang dianggap memiliki risiko perbaikan tinggi.

Selain tantangan tersebut, perusahaan asuransi di AS juga mulai berinovasi dengan asuransi berbasis data menggunakan teknologi telematika. Dengan sistem ini, premi asuransi ditentukan berdasarkan pola berkendara pengemudi EV, memungkinkan pengemudi yang lebih hati-hati mendapatkan premi lebih rendah. Beberapa negara bagian seperti California dan New York juga telah mengembangkan kebijakan untuk memberikan subsidi premi bagi pemilik EV sebagai bentuk dukungan terhadap transisi ke kendaraan listrik. Namun, regulasi EV Insurance di AS masih terus berkembang dan dipengaruhi oleh faktor politik serta perkembangan industri otomotif.

C. China – Regulasi yang Mendukung Penggunaan EV dengan Subsidi Premi

China merupakan salah satu pemimpin global dalam adopsi kendaraan listrik, didorong oleh kebijakan pemerintah yang agresif dalam memberikan subsidi serta regulasi yang mendukung ekosistem EV. Pemerintah China tidak hanya memberikan subsidi untuk pembelian kendaraan listrik tetapi juga menawarkan subsidi premi asuransi untuk mendorong lebih banyak masyarakat beralih ke EV. Selain itu, beberapa kota besar seperti Beijing dan Shanghai telah menerapkan kebijakan batasan kendaraan berbahan bakar bensin, yang semakin mempercepat transisi ke kendaraan listrik.

Dalam hal regulasi asuransi, China telah mengembangkan sistem yang lebih fleksibel untuk EV Insurance, termasuk asuransi khusus untuk baterai yang memberikan perlindungan terhadap risiko kerusakan, kebakaran, serta penurunan kapasitas baterai seiring waktu. China juga mendorong perusahaan asuransi untuk bekerja sama dengan produsen EV dalam menyediakan extended warranty insurance, yang melindungi pemilik EV dari biaya perbaikan yang tinggi setelah masa garansi standar berakhir. Hal ini bertujuan untuk mengatasi kekhawatiran konsumen terkait biaya perawatan jangka panjang kendaraan listrik.

Selain itu, perusahaan asuransi di China juga mulai menerapkan sistem asuransi berbasis AI dan big data untuk menganalisis pola berkendara serta kondisi kendaraan guna menentukan premi yang lebih akurat. Dengan dukungan penuh dari pemerintah dan inovasi di sektor asuransi, China berhasil menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pertumbuhan

industri EV, menjadikannya sebagai pasar kendaraan listrik terbesar di dunia.

D. Singapura – Regulasi Ketat dengan Biaya Asuransi yang Masih Tinggi

Pemerintah Singapura menerapkan kebijakan insentif bagi pemilik EV, termasuk pengurangan pajak pendaftaran kendaraan dan bebas biaya ERP (*Electronic Road Pricing*) di beberapa rute tertentu. Namun, di sisi lain, biaya asuransi kendaraan listrik di Singapura masih tergolong tinggi karena biaya perbaikan yang mahal serta terbatasnya jumlah bengkel yang memiliki keahlian menangani EV.

Perusahaan asuransi di Singapura menghadapi tantangan dalam menetapkan premi yang kompetitif untuk EV *Insurance*, terutama karena biaya tenaga kerja yang tinggi dan keterbatasan teknisi bersertifikat yang dapat memperbaiki kendaraan listrik. Selain itu, perusahaan asuransi juga harus mempertimbangkan nilai depresiasi baterai yang dapat memengaruhi klaim asuransi jika terjadi kecelakaan atau kerusakan pada EV.

Untuk mengatasi tantangan ini, beberapa perusahaan asuransi di Singapura mulai menawarkan asuransi paket khusus yang mencakup perlindungan baterai, layanan bantuan darurat EV, serta asuransi berbasis penggunaan (*usage-based insurance*). Pemerintah Singapura juga berencana untuk bekerja sama dengan industri perasuransian dalam mengembangkan regulasi yang lebih mendukung adopsi EV di masa mendatang.

E. Indonesia – Insentif Pajak dan Regulasi yang Sedang Berkembang

Indonesia telah mengadopsi berbagai kebijakan untuk mendorong pertumbuhan kendaraan listrik, termasuk insentif pembelian dan pengurangan pajak kendaraan EV. Pemerintah memberikan subsidi sebesar Rp70 juta untuk pembelian mobil listrik serta PPN ditanggung pemerintah sebesar 10% untuk kendaraan dengan TKDN (Tingkat Komponen Dalam Negeri) minimal 40%. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan daya tarik kendaraan listrik di Indonesia dan mendukung industri otomotif lokal dalam memproduksi EV.

Di sisi asuransi, regulasi terkait EV *Insurance* masih dalam tahap pengembangan, dengan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) sedang menyusun pedoman premi asuransi untuk kendaraan listrik. Saat ini, perusahaan asuransi seperti Allianz dan Astra *Insurance* mulai menawarkan produk asuransi EV, tetapi harga premi masih lebih tinggi dibandingkan kendaraan konvensional karena biaya perbaikan baterai yang mahal.

Selain itu, industri perasuransian di Indonesia juga sedang mengeksplorasi model asuransi berbasis teknologi untuk kendaraan listrik, termasuk asuransi berbasis penggunaan yang dapat memberikan tarif lebih fleksibel bagi pemilik EV. Dengan regulasi yang terus berkembang, Indonesia berupaya menciptakan lingkungan yang lebih kondusif bagi pertumbuhan kendaraan listrik dalam beberapa tahun ke depan.

19.10 Reasuransi EV Insurance

Reasuransi memegang peran krusial dalam mendukung industri perasuransian kendaraan listrik (EV) melalui berbagai fungsi penting. Berikut adalah penjelasan mengenai peran tersebut:

Peran perusahaan reasuransi dalam mendukung asuransi kendaraan listrik (EV) sangat penting, terutama dalam menganalisis tren klaim, menyediakan kapasitas risiko, meneliti risiko unik EV, dan berkolaborasi dengan perusahaan asuransi. Berikut adalah penjelasan mengenai peran tersebut, dengan fokus pada perusahaan reasuransi di China, Jepang, Singapura, Korea Selatan, India, dan Inggris:

A. Menganalisis Tren Klaim untuk Menyesuaikan Harga Premi

Perusahaan reasuransi memiliki peran penting dalam menganalisis tren klaim asuransi kendaraan listrik untuk membantu perusahaan asuransi menetapkan harga premi yang sesuai. Analisis ini mencakup evaluasi terhadap frekuensi dan besarnya klaim, serta identifikasi pola tertentu yang mungkin muncul seiring meningkatnya penggunaan kendaraan listrik. Dengan memahami tren ini, perusahaan asuransi dapat menyesuaikan tarif premi agar mencerminkan risiko aktual yang dihadapi, sehingga memastikan keseimbangan antara daya tarik produk asuransi dan keberlanjutan finansial perusahaan.

Di China, perusahaan asuransi Jepang, Mitsui Sumitomo, bekerja sama dengan Panasonic Holdings untuk mengembangkan penawaran asuransi baru yang fokus pada perlindungan kendaraan listrik, termasuk biaya inspeksi, derek,

dan masalah lain yang berasal dari baterai EV yang rusak. Melalui pemantauan baterai EV secara real-time, mereka dapat mengidentifikasi anomali seperti suhu tinggi yang tidak biasa, sehingga membantu mencegah kecelakaan sebelum terjadi.

B. Menyediakan Kapasitas Risiko untuk Perusahaan Asuransi yang Menangani EV

Perusahaan reasuransi menyediakan kapasitas risiko tambahan bagi perusahaan asuransi yang menawarkan produk asuransi untuk kendaraan listrik. Kapasitas ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk menanggung risiko yang lebih besar daripada yang dapat mereka tangani sendiri, sehingga memperluas jangkauan layanan mereka kepada pemilik EV. Dengan adanya dukungan dari reasuransi, perusahaan asuransi dapat lebih percaya diri dalam menawarkan perlindungan terhadap risiko-risiko spesifik yang terkait dengan kendaraan listrik, seperti kerusakan baterai atau risiko kebakaran akibat korsleting.

Indonesia Re, misalnya, telah menyatakan kesiapan mereka dalam mendukung era kendaraan listrik yang tengah berkembang di Indonesia. Mereka bekerja sama dengan perusahaan asuransi untuk menyediakan kapasitas reasuransi yang diperlukan dalam menghadapi risiko-risiko baru yang muncul seiring dengan adopsi kendaraan listrik.

Di Singapura, Allianz Insurance Singapore menekankan perlunya perspektif mendalam dalam menilai premi dan cakupan asuransi kendaraan listrik. Mereka mempertimbangkan faktor risiko khusus, termasuk cakupan untuk insiden yang terkait dengan baterai, perlindungan terhadap kerusakan akibat peretasan siber, dan dukungan untuk baterai yang habis selama perjalanan.

C. Meneliti Risiko Unik EV untuk Memastikan Kelangsungan Bisnis Asuransi

Kendaraan listrik memiliki karakteristik dan teknologi yang berbeda dari kendaraan konvensional, sehingga menimbulkan risiko-risiko unik yang perlu diteliti secara mendalam. Perusahaan reasuransi berperan dalam melakukan penelitian terhadap risiko-risiko tersebut, seperti potensi kebakaran baterai, biaya penggantian suku cadang yang mahal, serta tantangan dalam perbaikan dan perawatan EV. Penelitian ini penting untuk memastikan bahwa produk asuransi yang ditawarkan dapat memberikan perlindungan yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan pemilik kendaraan listrik.

Indonesia Re menyoroti pentingnya membangun ekosistem asuransi yang berkelanjutan bagi kendaraan listrik. Mereka mengadakan webinar tematik yang membahas tantangan dan peluang dalam memahami risiko kendaraan listrik serta menciptakan solusi asuransi yang relevan di tengah perkembangan pasar EV yang pesat.

Di Jepang, Mitsui Sumitomo dan Panasonic Holdings mengembangkan sistem pemantauan baterai EV berbasis cloud yang memungkinkan deteksi dini terhadap anomali, seperti suhu tinggi yang tidak biasa. Inisiatif ini membantu mencegah kecelakaan sebelum terjadi dan memungkinkan pengoperasian EV yang lebih aman.

D. Perusahaan Reasuransi yang Menangani EV *Insurance*

Perusahaan reasuransi telah mengambil langkah proaktif dalam mendukung asuransi kendaraan listrik. Indonesia Re, sebagai perusahaan reasuransi nasional, telah bekerja sama

dengan Swiss Re, salah satu perusahaan reasuransi terkemuka di dunia, untuk menggelar sosialisasi terkait tahapan klaim asuransi kendaraan listrik. Kerja sama ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kesiapan industri perasuransian dalam menghadapi perubahan yang dibawa oleh perkembangan kendaraan listrik.

Selain itu, perusahaan asuransi seperti Allianz dan Astra *Insurance* telah mulai menawarkan produk asuransi khusus untuk kendaraan listrik, dengan cakupan yang disesuaikan untuk melindungi komponen spesifik seperti baterai. Meskipun informasi mengenai keterlibatan langsung perusahaan reasuransi dalam produk-produk ini tidak selalu dipublikasikan, dukungan dari reasuransi memungkinkan perusahaan asuransi tersebut untuk menawarkan perlindungan yang lebih komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan pemilik EV.

Beberapa perusahaan reasuransi di berbagai negara telah mengambil langkah proaktif dalam mendukung asuransi kendaraan listrik:

- China: Mitsui Sumitomo, perusahaan asuransi asal Jepang, mengembangkan produk asuransi khusus untuk baterai EV di China, bekerja sama dengan Panasonic Holdings untuk memantau baterai secara real-time dan mencegah kecelakaan sebelum terjadi.
- Jepang: Tokio Marine, perusahaan asuransi terkemuka Jepang, telah menyiapkan produk asuransi khusus untuk kendaraan listrik, mencakup perlindungan terhadap kerusakan baterai, risiko pengisian daya, dan biaya perbaikan komponen teknologi tinggi.
- Singapura: Allianz *Insurance* Singapore menyesuaikan produk asuransi mereka untuk mencakup risiko unik yang

dihadapi oleh kendaraan listrik, seperti risiko kebakaran baterai dan biaya perbaikan yang lebih tinggi akibat teknologi canggih.

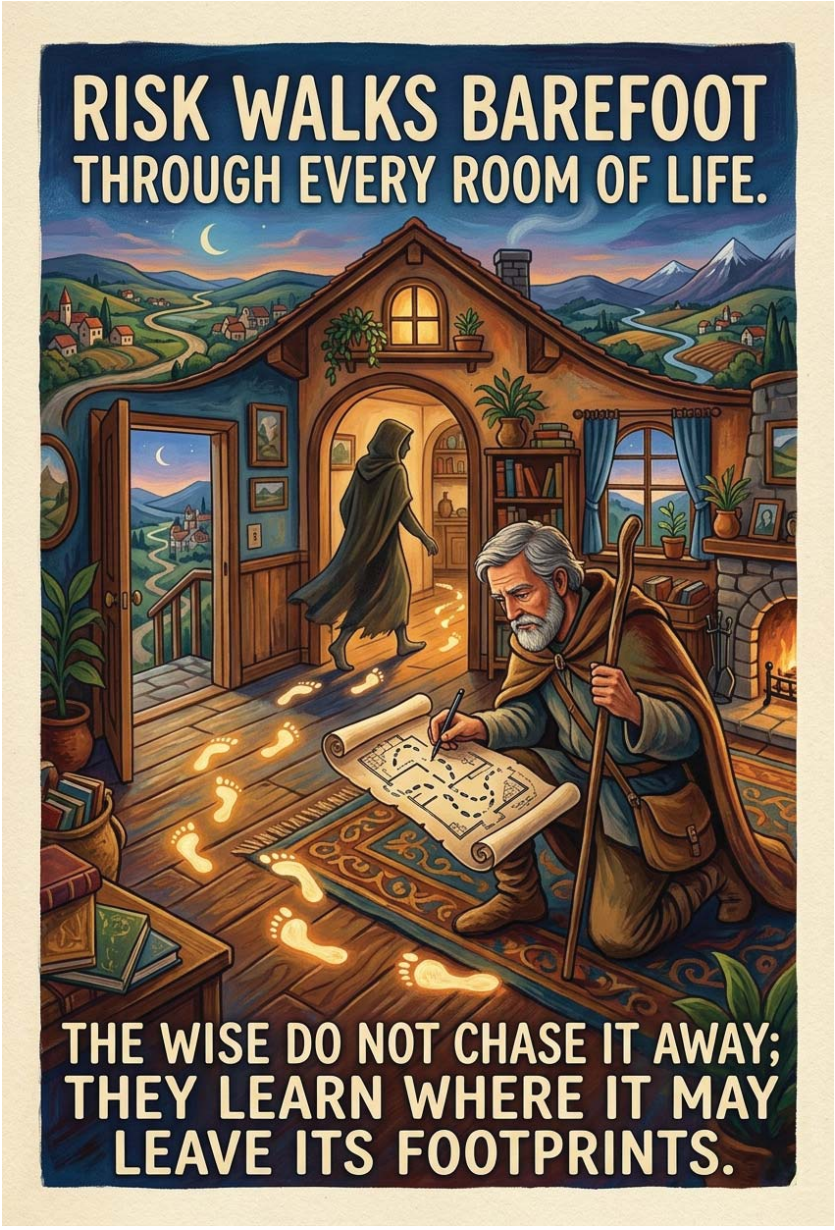
- Korea Selatan: Shinhan EZ General Insurance, bagian dari Shinhan Financial Group, menjalin kerja sama dengan Tap Insure untuk menghadirkan asuransi otomotif digital, termasuk untuk kendaraan listrik, dengan fokus pada proses yang mudah dan cepat.
- India: Informasi spesifik mengenai perusahaan reasuransi yang menangani asuransi kendaraan listrik di India masih terbatas. Namun, dengan pertumbuhan pasar EV di India, diharapkan perusahaan reasuransi lokal dan internasional akan mulai berperan dalam menyediakan kapasitas risiko dan produk asuransi yang sesuai.
- Inggris: Perusahaan reasuransi global seperti Swiss Re dan Munich Re memiliki kehadiran signifikan di Inggris dan terlibat dalam mendukung asuransi kendaraan listrik melalui analisis risiko, penyediaan kapasitas, dan pengembangan produk asuransi inovatif yang disesuaikan dengan kebutuhan pasar EV.

Secara keseluruhan, peran perusahaan reasuransi dalam EV *Insurance* sangat penting dalam memastikan bahwa industri perasuransian dapat beradaptasi dengan perubahan teknologi dan risiko yang dibawa oleh kendaraan listrik. Melalui analisis tren klaim, penyediaan kapasitas risiko, penelitian terhadap risiko unik, dan kolaborasi dengan perusahaan asuransi, reasuransi membantu menciptakan ekosistem asuransi yang berkelanjutan dan responsif terhadap perkembangan industri otomotif.

EV Insurance Policy

- https://www.england.com.mt/wp-content/uploads/2021/07/EVI-V1.0-010721-Electric-Vehicle-Insurance-Product-Information-Document.pdf
- https://www.hdfcergo.com/docs/default-source/downloads/policy-wordings/motor/ev-motor-add-ons---private-car---annual.pdf
- https://www.allianz.sg/content/dam/onemarketing/azsg/www-allianz-sg/assets/is/electric-motor-protect/documents/Allianz-Electric-Motor-Protect-Policy-Wording.pdf
- https://www.allianz.sg/content/dam/onemarketing/azsg/www-allianz-sg/assets/is/electric-motor-protect/documents/Allianz-Electric-Motor-Protect-Policy-Wording.pdf

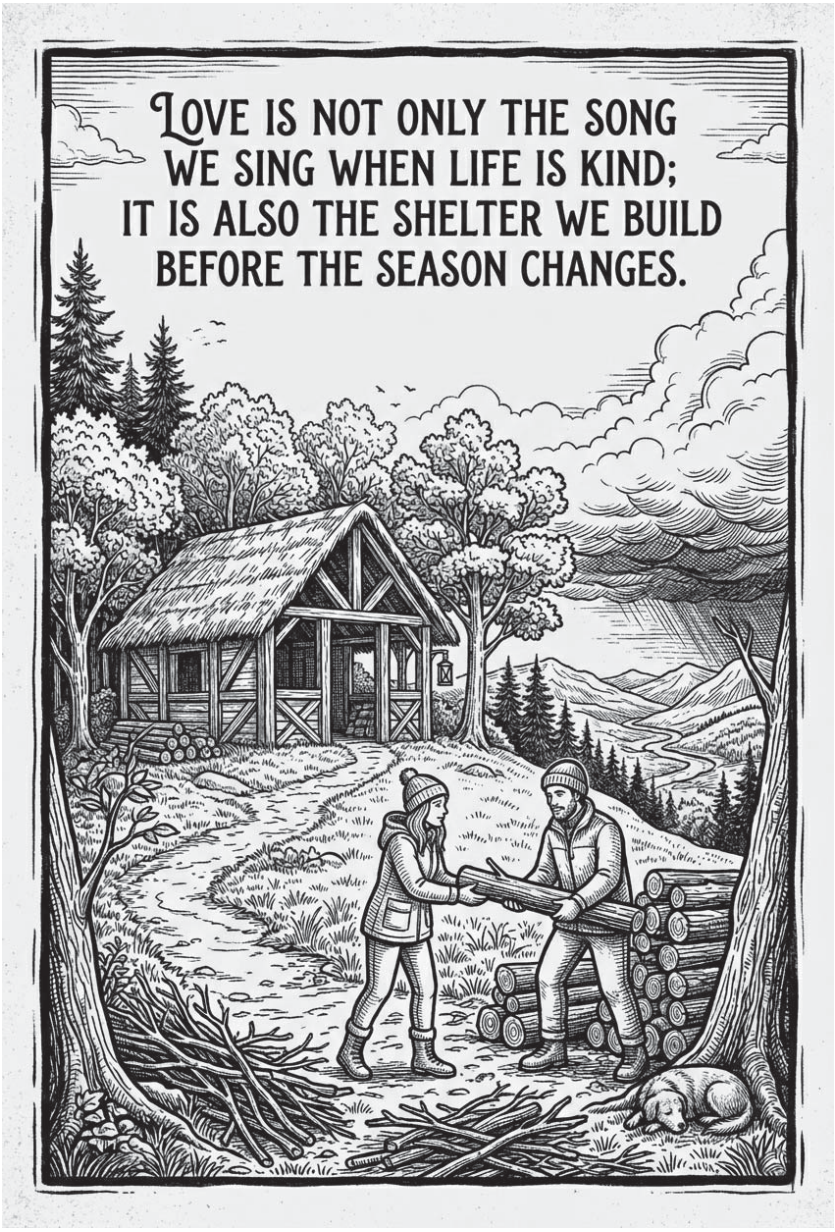

THE LAWYER
Pembegal Keadilan?
TRUTH
JUSTICE
FAIRNESS
CLAIM FILE
POLICY
CLAIM FILE
INVESTIGATION REPORT
EVIDENCE
CONFIDENTIAL
LEGAL OPINION
Andreas Freddy Pieloor - Guru Asuransi


RISK WALKS BAREFOOT
THROUGH EVERY ROOM OF LIFE.
THE WISE DO NOT CHASE IT AWAY;
THEY LEARN WHERE IT MAY
LEAVE ITS FOOTPRINTS.

BAB
20

ASURANSI MIKRO




LOVE IS NOT ONLY THE SONG
WE SING WHEN LIFE IS KIND;
IT IS ALSO THE SHELTER WE BUILD
BEFORE THE SEASON CHANGES.

20.1 Pengantar

Di tengah upaya global untuk mewujudkan keadilan finansial dan perlindungan bagi semua lapisan masyarakat, asuransi mikro hadir sebagai jawaban atas tantangan akses terhadap proteksi bagi kelompok berpenghasilan rendah. Asuransi selama ini identik dengan biaya tinggi, syarat rumit, dan segmentasi menengah ke atas, membuat jutaan orang yang hidup dalam kondisi rentan tidak memiliki perlindungan atas risiko dasar dalam hidup mereka. Padahal, kelompok inilah yang paling membutuhkan jaring pengaman finansial ketika terkena musibah, seperti sakit, kecelakaan, gagal panen, atau kehilangan mata pencaharian.

Asuransi mikro adalah bentuk adaptasi dari prinsip asuransi konvensional, yang didesain ulang agar sederhana, terjangkau, dan mudah diakses. Fokusnya bukan pada nilai pertanggungan besar, tetapi pada manfaat cepat, biaya ringan, dan proses yang mudah dipahami. Inovasi ini tidak hanya menjadi alat perlindungan risiko, tetapi juga instrumen pemberdayaan ekonomi, yang membuka ruang partisipasi finansial bagi kelompok yang sebelumnya terpinggirkan dari sistem keuangan formal.

Bab ini disusun untuk memperkenalkan secara utuh konsep asuransi mikro, mulai dari sejarah kelahirannya di dunia dan di Indonesia, karakteristik uniknya, target pasarnya, hingga praktik implementasi di berbagai negara. Tidak hanya teori, pembaca akan diajak melihat bagaimana asuransi mikro dijalankan dalam kenyataan, termasuk tiga jenis polis paling umum, cara pemasaran yang efektif, serta bagaimana premi dihitung dengan pendekatan sederhana namun tetap berprinsip aktuaria.

Dalam konteks Indonesia, asuransi mikro menjadi bagian penting dari strategi inklusi keuangan nasional, sejalan dengan program pemerintah untuk mendorong perlindungan sosial dan penguatan ekonomi kerakyatan. Namun, tentu tidak tanpa tantangan. Masalah literasi keuangan, infrastruktur distribusi, dan keberlanjutan model bisnis menjadi bagian yang harus dijawab oleh industri dan regulator.

Semoga dengan membaca bab ini, pembaca tidak hanya memahami konsep dan praktik asuransi mikro, tetapi juga menyadari peran pentingnya dalam menciptakan masyarakat yang lebih resilien, inklusif, dan sejahtera. Karena dalam dunia yang penuh risiko ini, perlindungan seharusnya bukan hak istimewa—melainkan hak dasar setiap manusia, tanpa terkecuali.

20.2 Sejarah Asuransi Mikro

A. Latar Belakang dan Munculnya Konsep Asuransi Mikro

Asuransi mikro lahir dari kebutuhan akan perlindungan keuangan bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah yang selama ini tidak terjangkau oleh produk-produk asuransi konvensional. Ketimpangan akses terhadap perlindungan risiko menjadi sorotan utama lembaga-lembaga internasional seperti *International Labour Organization* (ILO) dan *World Bank* sejak akhir tahun 1990-an. Mereka menilai bahwa sistem keuangan formal—termasuk asuransi—belum menyentuh sektor informal dan komunitas miskin yang justru paling rentan terhadap risiko sosial dan ekonomi.

B. Fase Inisiasi oleh Lembaga Sosial dan Komunitas

Konsep awal asuransi mikro dikembangkan melalui pendekatan solidaritas komunitas yang berbasis koperasi, kelompok tani, atau lembaga keuangan mikro (LKM). Beberapa program perintis seperti Grameen Bank di Bangladesh dan *Self-Employed Women's Association* (SEWA) di India menjadi contoh sukses awal penerapan prinsip-prinsip perlindungan mikro. Dalam banyak kasus, manfaat yang diberikan tidak terlalu besar, namun cukup untuk menanggulangi beban ekonomi akibat kematian anggota keluarga, kehilangan harta benda, atau biaya pengobatan dasar.

C. Evolusi Menuju Keterlibatan Komersial dan Formalisasi

Memasuki awal 2000-an, sejumlah perusahaan asuransi komersial mulai tertarik mengembangkan produk asuransi mikro, terutama setelah adanya dorongan dari donor internasional dan lembaga pembangunan. Tahun 2008, *Microinsurance Innovation Facility* dari ILO diluncurkan untuk mendorong inovasi dan eksperimen model bisnis asuransi mikro secara global. Sejak saat itu, terjadi peningkatan kolaborasi antara asuransi formal dan lembaga keuangan mikro, baik melalui *model partner-agent*, *mutuals*, maupun *community-based organizations*.

D. Perkembangan Regulasi Asuransi Mikro

Langkah penting menuju keberlanjutan asuransi mikro adalah adanya pengakuan dan regulasi formal dari pemerintah dan otoritas keuangan. Di Indonesia, tonggak penting dimulai dengan keluarnya POJK No. 36/2024 dan POJK No. 8/2024 yang mengatur secara khusus tentang produk asuransi mikro dan model distribusinya. Regulasi ini mendorong perusahaan

asuransi untuk menyediakan produk mikro yang memenuhi kriteria sederhana, terjangkau, dan sesuai kebutuhan masyarakat rentan.

E. Praktik Asuransi Mikro di Indonesia

Sejarah asuransi mikro di Indonesia secara lebih nyata terlihat melalui implementasi program-program pemerintah seperti Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP) dan Asuransi Nelayan. Program ini dijalankan oleh Kementerian Pertanian dan Kementerian Kelautan dan Perikanan bekerja sama dengan perusahaan asuransi nasional. Meskipun masih menghadapi tantangan dari sisi literasi dan distribusi, praktik ini menunjukkan bahwa perlindungan risiko bagi petani, nelayan, dan pelaku usaha mikro adalah hal yang mungkin dijalankan secara nasional.

20.3 Definisi, Karakteristik, dan Cara Kerja Asuransi Mikro

A. Definisi Asuransi Mikro

Asuransi mikro merupakan bentuk perlindungan risiko yang didesain khusus untuk menjawab kebutuhan masyarakat berpenghasilan rendah dan kelompok rentan lainnya. Menurut *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), asuransi mikro adalah asuransi yang memiliki nilai pertanggungan kecil, premi rendah, dan proses yang sederhana, serta disesuaikan untuk menjangkau masyarakat yang tidak terlayani oleh asuransi konvensional. Di Indonesia, SEOJK No. 9/SEOJK 05/2017 mendefinisikan asuransi mikro sebagai produk asuransi dengan karakteristik sederhana, nilai pertanggungan rendah, premi terjangkau, dan proses layanan yang mudah.

B. Karakteristik Utama Asuransi Mikro

Asuransi mikro memiliki sejumlah karakteristik yang membedakannya dari asuransi komersial pada umumnya:

- Sederhana dan mudah dipahami: Produk ini dirancang dengan syarat minimal, bahasa yang lugas, dan proses administrasi yang tidak rumit.
- Premi rendah: Biasanya berkisar antara Rp5.000 hingga Rp50.000 per bulan, sesuai dengan kemampuan bayar masyarakat sasaran.
- Nilai pertanggungan kecil: Besaran santunan relatif kecil, namun cukup untuk menutup kebutuhan dasar seperti biaya pengobatan, pemakaman, atau kerugian usaha mikro.
- Distribusi berbasis komunitas: Umumnya didistribusikan melalui koperasi, warung desa, LKM, atau agen komunitas.
- Skema kelompok: Banyak produk ditawarkan secara kelompok untuk menekan biaya dan meningkatkan inklusi.

C. Prinsip Dasar yang Diadopsi

Meskipun sederhana, asuransi mikro tetap memegang prinsip-prinsip inti dalam perasuransian, yaitu:

- Indemnity atau manfaat tetap (*fixed benefit*)
- Pengalihan risiko kepada pihak ketiga (perusahaan asuransi)
- *Pooling of risk*, yakni pengumpulan risiko dalam satu kelompok besar
- *Utmost good faith*, yakni kejujuran dalam proses kepesertaan maupun klaim

D. Model Operasional yang Umum Diterapkan

Terdapat beberapa model distribusi dan operasional dalam praktik asuransi mikro:

- Partner-agent model: Perusahaan asuransi bermitra dengan koperasi, LKM, atau perusahaan distribusi untuk menjual produk.
- Provider model: Lembaga sosial atau komunitas mengelola sendiri asuransinya, kadang tanpa keterlibatan perusahaan asuransi formal.
- Community-based model: Risiko dan premi dikumpulkan dalam satu komunitas, biasanya berbentuk dana sosial.
- Full-service model: Perusahaan asuransi langsung melayani tanpa perantara, namun ini lebih jarang dilakukan dalam konteks mikro.

E. Proses Kerja dari Registrasi hingga Klaim

1. Registrasi: Sederhana, hanya memerlukan identitas dasar dan formulir singkat.
2. Pembayaran premi: Bisa harian, mingguan, atau bulanan melalui agen lokal atau digital.
3. Masa tunggu: Biasanya singkat (7-30 hari), menyesuaikan risiko yang diasuransikan.
4. Klaim: Diajukan dengan dokumen terbatas dan sederhana, seringkali hanya membutuhkan surat keterangan desa atau bukti kerugian dasar.
5. Pembayaran klaim: Cepat dan langsung ke penerima manfaat atau rekening yang ditentukan, seringkali dalam waktu kurang dari 7 hari kerja.

F. Keunggulan dan Risiko Model Asuransi Mikro

Keunggulannya adalah inklusivitas, kecepatan layanan, dan relevansi dengan kebutuhan masyarakat bawah. Namun, risiko yang menyertai adalah kemungkinan *adverse selection*, kurangnya pemahaman nasabah, serta potensi penyalahgunaan skema oleh oknum tertentu di lapangan. Oleh karena itu, edukasi

dan pemantauan sangat penting dalam pengembangan produk asuransi mikro.

20.4 Target, Tujuan, Market, dan Manfaat Asuransi Mikro

A. Segmentasi Target: Siapa yang Dilindungi oleh Asuransi Mikro?

Asuransi mikro secara khusus ditujukan kepada kelompok masyarakat yang memiliki pendapatan rendah dan tidak memiliki akses terhadap asuransi komersial, baik karena faktor harga, pemahaman, maupun hambatan geografis. Mereka termasuk petani, nelayan, pedagang pasar tradisional, pekerja harian, buruh tani, pengemudi ojek, tenaga kerja informal, dan pelaku UMKM. Mereka memiliki kerentanan tinggi terhadap risiko, tetapi daya dukung finansial yang terbatas untuk menghadapi musibah.

Salah satu ciri khas dari kelompok target ini adalah keterbatasan arus kas, tingginya ketergantungan pada satu sumber pendapatan, serta rendahnya literasi keuangan. Oleh karena itu, produk asuransi mikro tidak hanya menjadi alat perlindungan, tetapi juga alat untuk memberdayakan dan membangun ketahanan finansial.

B. Tujuan Asuransi Mikro: Mencegah Kemiskinan Mendalam

Tujuan utama asuransi mikro bukanlah akumulasi keuntungan, melainkan menciptakan jaring pengaman keuangan yang melindungi dari guncangan ekonomi kecil yang bisa berdampak besar. Tanpa perlindungan, satu insiden seperti sakit atau kehilangan barang dagangan bisa mendorong keluarga

miskin ke dalam kemiskinan ekstrem. Maka dari itu, asuransi mikro dirancang sebagai sistem proteksi yang mencegah regresi ekonomi dan mendorong stabilitas rumah tangga.

Di samping tujuan protektif, asuransi mikro juga berperan sebagai alat pendukung inklusi keuangan dan pembangunan ekonomi. Ketika masyarakat merasa lebih aman dari sisi finansial, mereka cenderung berani mengambil keputusan ekonomi yang lebih produktif, seperti memulai usaha kecil atau mengakses kredit mikro.

C. Potensi Pasar Asuransi Mikro di Indonesia dan Dunia

Berdasarkan data ILO dan *MicroInsurance Network*, 4 miliar orang di dunia tergolong dalam populasi potensial asuransi mikro. Di Indonesia, data OJK menunjukkan bahwa dari total penduduk Indonesia, lebih dari 60% belum tersentuh produk asuransi. Ini menciptakan potensi pasar besar untuk produk-produk yang dapat diakses secara luas, murah, dan sesuai kebutuhan dasar masyarakat.

Namun, pasar ini menuntut pendekatan khusus: harga harus sangat terjangkau, komunikasi harus berbasis lokal dan empatik, dan distribusi harus menjangkau area terpencil. Perusahaan asuransi, lembaga keuangan mikro, dan startup digital harus bekerja bersama untuk membangun ekosistem yang mendukung penetrasi produk ini secara berkelanjutan.

D. Manfaat bagi Individu dan Rumah Tangga

Manfaat asuransi mikro terasa pada saat risiko terjadi:

- Kematian kepala keluarga: memberi santunan pemakaman dan modal hidup bagi keluarga yang ditinggalkan
- Sakit atau kecelakaan: menutup biaya pengobatan dasar

- Kehilangan usaha kecil: memberi bantuan modal awal untuk bangkit kembali
- Gagal panen: memberi perlindungan bagi petani dari kerugian total

Dengan demikian, asuransi mikro mencegah masyarakat dari keterpurukan finansial yang bisa mengarah pada utang, penjualan aset produktif, atau putus sekolah anak-anak.

E. Manfaat bagi Masyarakat dan Ekosistem Keuangan

Secara kolektif, keberadaan asuransi mikro mampu menciptakan masyarakat yang lebih tangguh dan produktif secara ekonomi. Asuransi juga memberi kepercayaan bagi lembaga keuangan untuk menyalurkan pinjaman mikro karena risiko kredit menjadi lebih terkendali. Dalam jangka panjang, pertumbuhan ekonomi lokal akan lebih stabil karena konsumsi tidak terlalu terguncang oleh kejadian tak terduga.

Selain itu, asuransi mikro membuka peluang kerja bagi agen lokal dan pengelola komunitas asuransi, serta menciptakan budaya perencanaan keuangan yang sehat di tingkat akar rumput.

20.5 Jenis Asuransi Mikro di Dunia dan Indonesia

A. Diversifikasi Produk Asuransi Mikro

Asuransi mikro tidak terbatas pada satu jenis perlindungan saja. Produk-produk ini terus berevolusi mengikuti kebutuhan masyarakat berpenghasilan rendah yang beragam. Di dunia internasional, produk asuransi mikro berkembang meliputi

proteksi terhadap risiko jiwa, kesehatan, kecelakaan, aset rumah tangga, usaha mikro, hingga risiko iklim dan pertanian.

Prinsip utama dalam pengembangan produk-produk tersebut adalah bahwa manfaatnya harus relevan, nilainya sederhana, dan premi dapat dijangkau oleh masyarakat yang menjadi target.

B. Asuransi Jiwa Mikro

Jenis ini merupakan bentuk asuransi mikro paling umum dan tersebar luas di berbagai negara berkembang. Manfaat utamanya berupa santunan kematian dengan nilai tetap, tanpa proses klaim yang kompleks. Di India, produk ini dijalankan melalui *Life Insurance Corporation* (LIC) yang bermitra dengan koperasi dan pemerintah desa. Di Indonesia, asuransi jiwa mikro juga dikembangkan oleh sejumlah perusahaan asuransi umum dan jiwa dalam bentuk produk payung bagi kelompok masyarakat.

C. Asuransi Kesehatan Mikro

Asuransi kesehatan mikro menawarkan perlindungan dasar atas biaya rawat jalan dan rawat inap, serta risiko penyakit umum yang sering menimpa masyarakat miskin. Di Bangladesh dan Filipina, produk ini sering digabung dengan pelayanan kesehatan primer dan program donasi. Ciri khas produk ini adalah pencairan manfaat yang cepat dan kadang berbasis layanan langsung tanpa reimburse.

Di Indonesia, walau masyarakat miskin telah dilindungi BPJS PBI, kebutuhan akan perlindungan tambahan tetap ada, khususnya bagi kelompok rentan yang belum terdaftar atau membutuhkan perlindungan non-medis (seperti transportasi atau kehilangan pendapatan saat sakit).

D. Asuransi Kecelakaan Mikro

Jenis ini melindungi tertanggung dari risiko kecelakaan yang mengakibatkan cacat tetap, kematian, atau kehilangan penghasilan harian. Produk ini sangat populer di kalangan pekerja sektor informal seperti buruh proyek, pedagang kaki lima, dan pengemudi ojek. Biasanya disertakan dalam program bantuan sosial atau bundling dalam pinjaman mikro.

E. Asuransi Usaha Mikro dan Aset Produktif

Jenis ini memberikan perlindungan terhadap kerusakan barang dagangan, kehilangan aset usaha, atau kebakaran lapak. Di Kenya, produk seperti ini digunakan oleh pedagang pasar dan pemilik kios kecil. Di Indonesia, model ini mulai diperkenalkan kepada pelaku UMKM di desa-desa melalui kerja sama antara perusahaan asuransi dan koperasi pasar.

F. Asuransi Pertanian dan Peternakan

Produk ini melindungi petani dan peternak dari risiko gagal panen, penyakit ternak, dan bencana alam. Beberapa produk bahkan menggunakan indeks cuaca (*weather index insurance*) sebagai dasar klaim. Di Afrika dan Asia Selatan, model ini sudah cukup mapan. Indonesia mengembangkan Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP) dan Asuransi Usaha Ternak Sapi/Kerbau (AUTS/K) dengan subsidi premi dari pemerintah.

G. Asuransi Mikro di Indonesia: Gambaran Praktik

Secara nasional, jenis asuransi mikro yang dikembangkan di Indonesia mencakup:

- Asuransi Jiwa Kredit Mikro, bagi peminjam di LKM atau koperasi

- Asuransi Jiwa Syariah Mikro, untuk masyarakat yang menginginkan pendekatan berbasis nilai-nilai Islam
- Asuransi Bencana, untuk rumah tangga berpenghasilan rendah di daerah rawan bencana (dalam bentuk kerja sama dengan pemerintah daerah)
- Asuransi Pendidikan Mikro, yang memberikan santunan dana pendidikan anak jika orang tua meninggal

Praktik ini umumnya dijalankan melalui kerja sama antar perusahaan asuransi, koperasi, agen lokal, lembaga keuangan mikro, atau bahkan platform digital seperti dompet elektronik (e-wallet) yang memiliki basis pengguna luas.

20.6 Praktik Asuransi Mikro di Eropa, Amerika, India, Bangladesh, Jepang, Korea, dan Singapura

A. India: Pemerataan Asuransi melalui Regulasi dan Program Pemerintah

India adalah salah satu negara pelopor dalam pengembangan asuransi mikro secara masif dan sistematis. Melalui badan pengawas IRDAI (*Insurance Regulatory and Development Authority of India*), pemerintah India mewajibkan perusahaan asuransi untuk menyediakan produk asuransi mikro sebagai bagian dari komitmen inklusi keuangan. Program-program seperti *Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana* (PMJJBY) dan *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY) menyediakan asuransi jiwa dan kesehatan mikro bagi jutaan masyarakat miskin dengan premi sangat terjangkau.

India juga mengembangkan model partner-agent, di mana lembaga keuangan mikro, koperasi, dan NGO menjadi kanal distribusi utama. Salah satu contoh sukses adalah SKDRDP (*Shri*

Kshetra Dharmasthala Rural Development Project) yang bermitra dengan perusahaan asuransi nasional untuk menjangkau lebih dari 3 juta rumah tangga di pedesaan.

B. Bangladesh: Integrasi Asuransi Mikro dengan Mikrofinansial

Bangladesh dikenal sebagai pionir integrasi antara layanan mikrofinansial dan asuransi mikro. Lembaga seperti Grameen Bank, BRAC, dan Delta Life Insurance menyediakan paket kredit mikro yang telah disertai asuransi jiwa mikro. Model yang digunakan sering kali berbasis kelompok dengan prinsip solidaritas, di mana peserta saling mendukung dalam pembayaran premi dan klaim.

Produk asuransi mikro di Bangladesh meliputi perlindungan terhadap risiko kematian, kecelakaan, gagal panen, hingga perlindungan saat melahirkan. BRAC juga mengembangkan *community health insurance* yang memungkinkan akses ke layanan medis dasar bagi komunitas miskin melalui sistem premi kolektif yang sangat murah.

C. Amerika Latin dan Amerika Serikat: Peran Teknologi dan Pasar Komersial

Di Amerika Latin, negara-negara seperti Meksiko, Kolombia, dan Peru mengembangkan asuransi mikro melalui kerja sama antara perusahaan asuransi, bank mikro, dan penyedia layanan digital. Contoh sukses adalah program Bansefi (sekarang Banco del Bienestar) di Meksiko, di mana nasabah bank pemerintah mendapat perlindungan asuransi kesehatan mikro otomatis saat membuka rekening.

Di Amerika Serikat, asuransi mikro mulai dikembangkan oleh lembaga sosial dan insurtech untuk komunitas berpenghasilan

rendah dan migran. Salah satu pendekatan yang menonjol adalah digital microinsurance berbasis aplikasi mobile yang menawarkan polis kecelakaan dan jiwa seharga kurang dari 1 USD per bulan, terutama untuk pekerja lepas (*gig workers*).

D. Eropa: Fokus pada Perlindungan Sosial Komunitas Rentan

Meskipun tingkat inklusi asuransi di Eropa tinggi, konsep asuransi mikro tetap dikembangkan untuk komunitas rentan seperti imigran, tunawisma, dan pekerja informal. Di Spanyol, Prancis, dan Jerman, asuransi mikro difasilitasi oleh credit unions, koperasi, dan organisasi gereja. Produk-produk ini biasanya merupakan bentuk perlindungan dasar terhadap kecelakaan kerja atau kehilangan tempat tinggal.

Eropa juga memperkenalkan konsep mutual microinsurance, di mana anggota komunitas menjadi pemilik sekaligus peserta, dan klaim disesuaikan berdasarkan keputusan bersama. Hal ini membangun kepercayaan sosial dan efisiensi biaya.

E. Jepang dan Korea Selatan: Asuransi Mikro untuk Bencana dan Komunitas Lansia

Di Jepang dan Korea, konsep asuransi mikro berfokus pada perlindungan komunitas dari risiko bencana alam (gempa bumi, banjir) dan pada program lansia. Di Jepang, koperasi seperti Zenrosai menawarkan polis mikro berbasis komunitas untuk anggota koperasi rumah tangga dengan premi sekitar 100 yen per bulan. Produk ini mencakup kecelakaan kecil, kebakaran, dan bencana.

Di Korea Selatan, pemerintah bekerja sama dengan koperasi petani untuk menyediakan asuransi mikro berbasis indeks cuaca

dan perlindungan peternakan kecil, dengan distribusi melalui organisasi petani lokal.

F. Singapura: Digitalisasi dan Integrasi dengan *e-Wallet*

Singapura mengembangkan pendekatan modern dalam asuransi mikro melalui integrasi dengan teknologi finansial. Beberapa perusahaan asuransi bermitra dengan *platform e-wallet* seperti GrabPay dan ShopeePay untuk menawarkan asuransi mikro berbasis langganan harian atau per transaksi. Misalnya, pembelian makanan melalui aplikasi bisa otomatis menyertakan perlindungan kecelakaan harian senilai SGD 1.000.

Singapura juga menekankan pentingnya edukasi digital dalam mengakses asuransi mikro, serta memastikan bahwa konsumen memahami produk sebelum membeli. Program literasi dan consumer protection sangat dijaga agar masyarakat tetap percaya pada produk asuransi mikro digital.

20.7 Tiga Jenis Polis Asuransi Mikro Terbanyak

A. Pendahuluan: Kategori Polis yang Mendominasi

Dalam praktik global maupun lokal, asuransi mikro cenderung terkonsentrasi pada jenis-jenis risiko yang paling umum dan paling berdampak pada kehidupan masyarakat miskin. Dari berbagai studi dan laporan industri, tiga jenis polis yang paling banyak dikembangkan dan digunakan adalah: asuransi jiwa mikro, asuransi kesehatan mikro, dan asuransi usaha mikro. Ketiga polis ini dianggap sebagai perlindungan dasar yang mendukung stabilitas ekonomi rumah tangga rentan.

B. Asuransi Jiwa Mikro

Asuransi jiwa mikro merupakan polis paling dominan secara global. Produk ini menawarkan santunan kematian kepada ahli waris bila peserta meninggal dunia. Nilai manfaatnya tidak besar—berkisar antara Rp1 juta hingga Rp20 juta—tetapi cukup untuk menutupi biaya pemakaman atau kebutuhan mendesak keluarga yang ditinggalkan.

Polis ini umumnya memiliki premi antara Rp5.000–Rp20.000 per bulan dan bisa dibeli melalui koperasi, agen lapangan, atau *digital apps*. Di India dan Indonesia, produk ini sering digabungkan dengan pinjaman mikro atau program simpanan untuk memudahkan distribusi dan memastikan kepesertaan berkelanjutan.

Karakteristik Utama:

- Proses klaim cepat (1–7 hari kerja)
- Cukup menunjukkan KTP dan surat kematian
- Tidak memerlukan pemeriksaan kesehatan awal

C. Asuransi Kesehatan Mikro

Jenis polis ini melindungi peserta dari risiko biaya pengobatan dasar akibat penyakit umum atau kecelakaan ringan. Produk ini sangat relevan di wilayah dengan keterbatasan fasilitas kesehatan dan mahalnya biaya rawat jalan atau inap. Polis biasanya menawarkan santunan harian rawat inap, biaya dokter, atau penggantian biaya transportasi medis.

Beberapa produk dikembangkan secara cashless dalam kemitraan dengan klinik lokal, sehingga peserta bisa langsung menerima layanan tanpa mengeluarkan uang. Di Bangladesh, India, dan Filipina, asuransi ini banyak didukung oleh NGO dan lembaga donor untuk memperluas jangkauan.

Karakteristik Utama:

- Premi sangat rendah (sekitar Rp5.000–Rp15.000 per bulan)
- Manfaat terbatas tapi tepat sasaran
- Tidak mencakup penyakit kritis atau perawatan lanjutan

D. Asuransi Usaha Mikro (*Micro Business Insurance*)

Polis ini memberikan perlindungan terhadap aset usaha kecil, seperti warung, lapak, kios, alat produksi, atau stok barang. Risiko yang dijamin mencakup kebakaran, pencurian, banjir, atau kerusakan karena kecelakaan. Di Kenya dan Filipina, polis ini menjadi alat penting untuk pemulihan ekonomi setelah bencana atau krisis sosial.

Di Indonesia, produk ini mulai diperkenalkan di pasar tradisional melalui kerja sama antara koperasi pasar dan perusahaan asuransi. Polis bisa dibeli secara individu maupun kelompok, dan nilai pertanggungan biasanya berkisar antara Rp2 juta–Rp25 juta tergantung jenis usahanya.

Karakteristik Utama:

- Proteksi atas kerugian materiil dasar
- Klaim berdasarkan dokumen sederhana atau foto kerusakan
- Dukungan pemulihan usaha pascakejadian

E. Faktor yang Menjadikan Ketiganya Paling Populer

Ketiga jenis polis ini populer karena menjawab kebutuhan paling mendesak masyarakat berpenghasilan rendah:

- Kematian mendadak dapat menghentikan pendapatan rumah tangga
- Sakit ringan seringkali menguras tabungan kecil

- Kehilangan barang dagangan bisa menghentikan arus ekonomi keluarga

Selain itu, proses penjualan dan klaim yang relatif mudah menjadikan ketiga jenis ini lebih disukai dibanding jenis polis mikro lainnya yang lebih kompleks.

F. Implikasi terhadap Inklusi Keuangan dan Stabilitas Sosial

Dengan penetrasi ketiga jenis polis ini, masyarakat bawah mulai mengenal konsep mitigasi risiko, perencanaan keuangan, dan pentingnya perlindungan jangka panjang. Dalam jangka waktu menengah hingga panjang, partisipasi dalam produk-produk ini terbukti menurunkan angka kemiskinan pascakejadian (*post-shock poverty*) dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem keuangan formal.

20.8 Cara Pemasaran dan Penjualan Asuransi Mikro

A. Tantangan Pemasaran Asuransi Mikro

Pemasaran asuransi mikro menghadapi tantangan unik yang tidak selalu ditemukan pada asuransi komersial biasa. Kelompok sasaran umumnya berada di wilayah terpencil, memiliki literasi keuangan rendah, dan minim akses terhadap teknologi atau saluran distribusi formal. Selain itu, persepsi negatif terhadap asuransi—baik karena pengalaman buruk maupun kurangnya pemahaman—masih menjadi penghalang utama.

Maka, strategi pemasaran asuransi mikro harus memadukan pendekatan personal, edukatif, dan kontekstual, serta membangun kepercayaan jangka panjang melalui pihak yang dekat dengan komunitas.

B. Strategi Berbasis Agen Komunitas dan Koperasi

Salah satu pendekatan paling efektif adalah melalui agen lapangan yang berasal dari komunitas lokal. Agen ini umumnya adalah anggota koperasi, pemilik warung, ketua RT, atau tokoh masyarakat. Mereka bertindak sebagai penyambung antara perusahaan asuransi dan masyarakat, membantu menjelaskan manfaat produk, mengumpulkan premi, dan mendampingi proses klaim.

Di banyak wilayah, koperasi dan lembaga keuangan mikro (LKM) menjadi kanal distribusi utama. Kelebihan mereka adalah memiliki kedekatan sosial dan relasi ekonomi yang sudah terbangun, sehingga potensi penetrasi dan keberlanjutan produk lebih tinggi.

C. Strategi Digital dan Kolaborasi dengan Fintech

Digitalisasi memberikan peluang besar dalam pemasaran asuransi mikro, terutama di negara dengan penetrasi smartphone yang tinggi. Melalui aplikasi mobile, *platform e-wallet*, atau situs e-commerce, perusahaan asuransi dapat menyisipkan produk mikro sebagai fitur tambahan. Contoh populer adalah:

- Asuransi kecelakaan harian yang ditawarkan saat membeli tiket transportasi *online*
- Asuransi jiwa mikro yang otomatis aktif saat pengguna top up saldo *e-wallet*
- Proteksi barang belanjaan dari kerusakan saat membeli online

Beberapa *startup insurtech* telah mengembangkan *embedded microinsurance*, di mana produk asuransi muncul tanpa proses pembelian terpisah, melainkan melekat pada aktivitas rutin digital konsumen.

D. Penjualan Melalui Mitra Usaha Lokal

Warung tradisional, kios pulsa, toko tani, atau agen laku pandai (agen bank) juga dapat menjadi kanal penjualan yang efektif. Melalui sistem voucher, QR code, atau formulir sederhana, produk asuransi mikro dapat dijual layaknya produk konsumen lainnya.

Contoh: petani dapat membeli asuransi gagal panen saat membeli pupuk di toko tani; atau nelayan dapat membeli asuransi kecelakaan kerja saat membeli solar di koperasi pelabuhan. Model ini memperluas jangkauan asuransi tanpa membangun saluran baru dari nol.

E. Kampanye Literasi Asuransi Mikro

Pemasaran yang berhasil selalu diawali dengan literasi yang tepat sasaran. Program edukasi dilakukan melalui pertemuan komunitas, pelatihan petani atau nelayan, kerja sama dengan sekolah kejuruan, bahkan melalui pendekatan keagamaan (misalnya khutbah atau pengajian dengan tema perlindungan keluarga). Edukasi ini bertujuan membangun pemahaman bahwa asuransi bukan beban, tapi investasi jangka panjang dalam keamanan hidup.

Materi edukasi dibuat sederhana, visual, dan kontekstual—misalnya melalui cerita, ilustrasi, video pendek, atau simulasi musibah dan perlindungannya.

F. Etika dan Regulasi dalam Penjualan Asuransi Mikro

Karena sasarannya adalah masyarakat rentan, penjualan asuransi mikro harus mengedepankan etika dan keterbukaan informasi. Agen wajib menjelaskan secara utuh manfaat dan

keterbatasan polis, serta tidak menjanjikan sesuatu di luar ketentuan.

POJK No. 8/2024 mengatur bahwa produk asuransi mikro harus disampaikan dalam bentuk yang mudah dipahami, termasuk menggunakan bahasa daerah bila perlu, serta memiliki mekanisme pengaduan yang mudah diakses oleh nasabah.

20.9 Menghitung Premi Asuransi Mikro

A. Prinsip Dasar dalam Perhitungan Premi Mikro

Premi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi untuk mendapatkan perlindungan atas risiko tertentu. Dalam konteks asuransi mikro, perhitungan premi mengikuti prinsip-prinsip aktuaria yang sama seperti asuransi konvensional, namun dengan penyesuaian yang signifikan untuk menjaga kesederhanaan, keterjangkauan, dan keberlanjutan produk.

Tujuan utama premi mikro bukan hanya menutup risiko, tetapi juga agar tetap dapat dibeli oleh masyarakat berpenghasilan rendah. Oleh karena itu, pendekatan biaya sangat diperhitungkan, termasuk potensi subsidi dan efisiensi distribusi.

B. Komponen dalam Perhitungan Premi

Premi asuransi mikro biasanya disusun berdasarkan komponen berikut:

- Expected claims (klaim yang diantisipasi)
- Administrative and distribution costs (biaya operasional dan distribusi)
- Profit margin atau surplus margin (jika produk dijalankan secara komersial)

- Contingency margin untuk menghadapi ketidakpastian
- Cadangan teknis untuk jangka waktu tertentu

Namun pada banyak program sosial atau kemitraan publik, margin keuntungan bisa dihilangkan atau ditekan seminimal mungkin.

C. Pendekatan Komunitas: *Community Rating*

Alih-alih menghitung premi berdasarkan profil individu seperti usia, riwayat kesehatan, atau pekerjaan, asuransi mikro sering menggunakan pendekatan community rating, yaitu menyamakan premi bagi semua peserta dalam satu kelompok atau komunitas.

Contoh: Semua anggota koperasi petani membayar premi Rp10.000 per bulan, tanpa memperhitungkan perbedaan usia atau jenis kelamin. Ini memudahkan pengelolaan dan meningkatkan solidaritas risiko, namun memerlukan pengawasan ketat terhadap potensi adverse selection.

D. Peran Data Statistik dan Aktuaria Sederhana

Untuk memastikan keberlanjutan, perhitungan premi tetap didasarkan pada:

- Frekuensi kejadian risiko (berapa sering risiko terjadi)
- Tingkat keparahan (severity) rata-rata kerugian
- Ukuran populasi peserta
- Durasi perlindungan (biasanya 1 bulan atau 1 tahun)

Jika data lokal tidak tersedia, perusahaan asuransi dapat menggunakan data regional, studi lapangan, atau referensi dari lembaga internasional seperti ILO atau Swiss Re.

Contoh sederhana:

Jika rata-rata 5 dari 1.000 peserta meninggal dalam setahun, dan manfaat santunan sebesar Rp5.000.000, maka biaya klaim per peserta =

(5/1000) × Rp5.000.000 = Rp25.000

Tambahkan biaya operasional Rp5.000 dan margin cadangan Rp2.000 → premi = ± Rp32.000 per tahun (±Rp2.700/bulan)

E. Dukungan Subsidi dan Donor

Karena keterbatasan daya beli masyarakat miskin, banyak program asuransi mikro dikembangkan dengan subsidi dari pemerintah atau donor internasional. Misalnya, dalam Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP), pemerintah Indonesia membayar 80% premi, sementara petani hanya menanggung sisanya.

Model subsidi seperti ini penting untuk menjembatani antara biaya aktuaria sebenarnya dan kemampuan bayar masyarakat, sambil tetap menjaga prinsip keberlanjutan dan tanggung jawab bersama.

F. Inovasi dan Teknologi dalam Penentuan Premi

Teknologi memungkinkan perhitungan premi dilakukan dengan lebih cepat, akurat, dan berbasis data real-time. Misalnya:

- Asuransi berbasis indeks cuaca menggunakan data satelit untuk menentukan risiko gagal panen
- Aplikasi mobile dapat mencatat pola kesehatan atau risiko harian peserta
- Machine learning membantu menyesuaikan tarif secara dinamis sesuai klaim dan tren lokal

Namun, penggunaan teknologi harus tetap mempertimbangkan literasi pengguna dan transparansi dalam penetapan tarif.

20.10 Regulasi dan Dukungan Pemerintah terhadap Asuransi Mikro

A. Peran Regulasi dalam Pengembangan Asuransi Mikro

Regulasi memiliki peran sentral dalam memastikan bahwa asuransi mikro tidak hanya menjangkau masyarakat miskin, tetapi juga dijalankan secara adil, berkelanjutan, dan bertanggung jawab. Tanpa kerangka hukum yang jelas, ada risiko bahwa produk asuransi mikro justru menjadi alat eksploitasi atau menimbulkan ketidakpercayaan akibat praktik yang tidak transparan.

Oleh karena itu, di banyak negara, termasuk Indonesia, regulasi dirancang untuk mengatur desain produk, saluran distribusi, bahasa polis, struktur premi, dan mekanisme penyelesaian sengketa agar sesuai dengan kebutuhan dan kapasitas masyarakat berpenghasilan rendah.

B. SEOJK No. 9/SEOJK.05/2017: Pilar Regulasi Asuransi Mikro di Indonesia

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menerbitkan SEOJK 9/2017 sebagai regulasi utama yang mengatur tentang produk asuransi mikro. Beberapa poin penting dalam regulasi ini antara lain:

- Produk harus bersifat sederhana, mudah dipahami, mudah diakses, dan terjangkau
- Nilai manfaat tidak melebihi Rp50 juta

- Premi dibatasi agar tetap ringan bagi tertanggung
- Informasi polis harus disampaikan dalam bahasa sederhana atau bahasa daerah
- Penjualan dapat dilakukan melalui agen, koperasi, lembaga keuangan mikro, toko, atau kanal digital
- Produk harus memiliki mekanisme pengaduan dan penyelesaian klaim yang jelas

Regulasi ini mendorong pengembangan produk yang inklusif dan sekaligus melindungi hak-hak nasabah yang memiliki posisi tawar yang lemah.

C. POJK No. 8 tahun 2024: Tentang Produk dan Saluran Pemasaran

Regulasi ini juga berperan penting karena mengatur prinsip dasar pengembangan dan distribusi produk asuransi, termasuk asuransi mikro. Dalam konteks mikro, ketentuan ini memastikan bahwa setiap produk yang dipasarkan:

- Harus disetujui oleh OJK
- Harus melalui proses penilaian manfaat dan risiko
- Tidak boleh dijual dengan paksaan atau mis-selling
- Mengedepankan transparansi dan akuntabilitas informasi

Dengan demikian, POJK ini berfungsi sebagai landasan operasional bagi perusahaan asuransi dalam menyusun dan mendistribusikan produk mikro yang tepat guna.

D. Dukungan Pemerintah Melalui Program Subsidi dan Inisiatif Nasional

Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program asuransi mikro berbasis subsidi, terutama untuk sektor pertanian dan perikanan, seperti:

- Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP), dengan subsidi premi sebesar 80% dari negara
- Asuransi Usaha Ternak Sapi/Kerbau (AUTS/K)
- Asuransi Nelayan, sebagai bagian dari perlindungan sosial terhadap pekerja sektor kelautan

Program-program ini dijalankan melalui Kementerian Pertanian dan Kementerian Kelautan dan Perikanan, bekerja sama dengan perusahaan asuransi nasional dan daerah. Selain melindungi pelaku sektor produktif, program ini juga memperkenalkan konsep asuransi kepada komunitas yang sebelumnya belum pernah mengaksesnya.

E. Peta Jalan dan Strategi Inklusi Keuangan Nasional

Asuransi mikro menjadi bagian penting dalam Roadmap Inklusi Keuangan Indonesia, di mana pemerintah menargetkan 90% inklusi keuangan pada 2024 dan 98% pada tahun 2045. Dalam dokumen Strategi Nasional Keuangan Inklusif (SNKI), asuransi mikro disebut sebagai salah satu instrumen penting dalam:

- Melindungi kelompok miskin dan rentan dari risiko ekonomi
- Mendukung program jaminan sosial non-formal
- Menyediakan perlindungan bagi pelaku UMKM dan petani

OJK, BI, dan Kementerian Keuangan secara aktif memfasilitasi koordinasi antar lembaga untuk mendorong inovasi asuransi mikro, termasuk pemanfaatan teknologi digital dan kolaborasi lintas sektor.

F. Peran Institusi Lokal: Koperasi, BUMDes, dan Agen Bank

Untuk memperluas jangkauan, regulasi juga memberikan ruang bagi institusi lokal seperti koperasi, Badan Usaha Milik

Desa (BUMDes), dan agen bank (Laku Pandai) untuk menjadi mitra distribusi. Model ini terbukti efektif menjangkau masyarakat desa dan pelosok yang tidak tersentuh layanan asuransi formal.

Namun demikian, diperlukan pelatihan dan pengawasan agar institusi lokal ini dapat menjalankan perannya secara profesional dan tidak menimbulkan masalah baru dalam bentuk penjualan yang tidak etis.

20.11 Tantangan dan Masa Depan Asuransi Mikro

A. Tantangan Literasi dan Kepercayaan Publik

Salah satu tantangan terbesar dalam pengembangan asuransi mikro adalah rendahnya literasi keuangan dan asuransi di kalangan masyarakat berpenghasilan rendah. Banyak masyarakat yang belum memahami konsep dasar asuransi, manfaat jangka panjangnya, atau hak dan kewajiban sebagai tertanggung. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam menjelaskan produk, dan sering kali menimbulkan kesalahpahaman, terutama saat terjadi klaim.

Selain itu, masih terdapat ketidakpercayaan terhadap industri perasuransian, yang muncul akibat pengalaman buruk di masa lalu, seperti klaim yang ditolak, komunikasi yang tidak jelas, atau praktik pemasaran yang tidak transparan. Membangun kembali kepercayaan memerlukan edukasi berkelanjutan, penyederhanaan bahasa polis, serta pelayanan klaim yang cepat dan empatik.

B. Tingginya Biaya Distribusi dan Operasional

Berbeda dengan produk konvensional yang memiliki nilai premi besar, asuransi mikro memiliki premi sangat kecil, yang berarti biaya distribusi harus ditekan seminimal mungkin. Namun dalam kenyataannya, menjangkau komunitas miskin di daerah terpencil sering kali membutuhkan biaya besar, baik untuk pelatihan agen, operasional, maupun logistik.

Model distribusi berbasis komunitas dan digitalisasi memang membantu menurunkan biaya, tetapi belum sepenuhnya dapat diterapkan di seluruh wilayah, terutama di daerah dengan infrastruktur terbatas. Inovasi sistem distribusi menjadi syarat mutlak agar asuransi mikro bisa dijalankan secara efisien dan berkelanjutan.

C. *Adverse Selection* dan Risiko Klaim Tinggi

Tanpa sistem seleksi risiko yang baik, asuransi mikro rawan mengalami adverse selection, yaitu kondisi di mana hanya orang-orang yang merasa paling berisiko yang membeli polis. Hal ini menyebabkan frekuensi klaim lebih tinggi dari estimasi, yang bisa mengganggu kelangsungan dana risiko dan kepercayaan publik.

Untuk mengatasi hal ini, pendekatan berbasis kelompok dan edukasi risiko sangat penting. Beberapa perusahaan juga mulai menggunakan teknologi seperti sensor cuaca, analisis data transaksi, atau algoritma prediktif untuk memperkirakan risiko secara lebih akurat.

D. Keterbatasan Data dan Ketergantungan pada Subsidi

Perhitungan premi asuransi mikro yang adil dan berkelanjutan memerlukan data statistik yang memadai. Namun,

di banyak komunitas miskin, data tentang mortalitas, kesehatan, bencana, atau kerugian usaha sangat terbatas. Hal ini membuat perhitungan premi hanya bisa dilakukan dengan pendekatan kasar, yang berisiko menimbulkan ketidaksesuaian antara premi dan klaim.

Selain itu, banyak program asuransi mikro bergantung pada subsidi pemerintah atau donor. Ketika dana tersebut berhenti, program sering kali tidak berlanjut. Oleh karena itu, perlu dirancang model bisnis yang mandiri, namun tetap inklusif dan adaptif terhadap daya beli masyarakat.

E. Peluang Masa Depan: Digitalisasi dan Ekosistem Kolaboratif

Meskipun tantangannya besar, masa depan asuransi mikro sangat menjanjikan, terutama dengan digitalisasi dan terbentuknya ekosistem inklusi keuangan. Pemanfaatan teknologi memungkinkan perusahaan menyesuaikan produk dengan kebutuhan lokal, memantau klaim secara otomatis, dan menjangkau peserta baru melalui platform digital.

Kolaborasi antara perusahaan asuransi, *insurtech*, koperasi, BUMDes, *fintech*, dan lembaga keagamaan menciptakan ekosistem yang saling menguatkan. Misalnya, dompet digital dapat menyediakan kanal pembayaran premi, koperasi dapat menjadi tempat edukasi risiko, dan agen lapangan menjadi jembatan antara teknologi dan komunitas.

F. Visi Masa Depan: Asuransi sebagai Hak Dasar, Bukan Kemewahan

Ke depan, asuransi mikro tidak boleh lagi dianggap sebagai produk alternatif atau tambahan, tetapi harus diposisikan sebagai

hak dasar setiap warga negara untuk memperoleh perlindungan dari risiko hidup. Pemerintah, industri, dan masyarakat sipil perlu menyatukan visi untuk menjadikan asuransi mikro sebagai bagian integral dari sistem perlindungan sosial dan ekonomi nasional.

Dengan desain yang adaptif, tata kelola yang baik, dan pelayanan yang manusiawi, asuransi mikro memiliki potensi besar untuk mengentaskan kemiskinan, memperkuat ekonomi keluarga, dan menciptakan masyarakat yang tangguh menghadapi risiko kehidupan.

G. Penguatan Regulasi Asuransi Mikro

Di tengah upaya besar bangsa ini untuk memperluas inklusi keuangan hingga menjangkau seluruh lapisan masyarakat, keberadaan asuransi mikro sesungguhnya memegang peranan yang sangat strategis. Namun demikian, pengaturan yang ada saat ini, khususnya melalui SEOJK No. 9/SEOJK.05/2017, meskipun telah memberikan arah dan kerangka dasar, masih berada pada tataran pedoman teknis yang belum memiliki kekuatan normatif setingkat Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.

Oleh karena itu, sudah saatnya regulator, dalam hal ini Otoritas Jasa Keuangan, mempertimbangkan langkah progresif dan visioner dengan menerbitkan suatu Peraturan OJK (POJK) yang secara khusus, komprehensif, dan mengikat mengatur tentang asuransi mikro di Indonesia. Kehadiran POJK ini tidak hanya akan memperkuat fondasi hukum yang ada, tetapi juga memberikan kepastian, keseragaman, serta arah yang lebih tegas bagi seluruh pelaku industri perasuransian.

Lebih jauh lagi, regulasi tersebut diharapkan tidak berhenti pada pengaturan produk semata, melainkan menetapkan kewajiban yang jelas dan terukur bagi setiap perusahaan asuransi jiwa maupun asuransi umum untuk secara aktif:

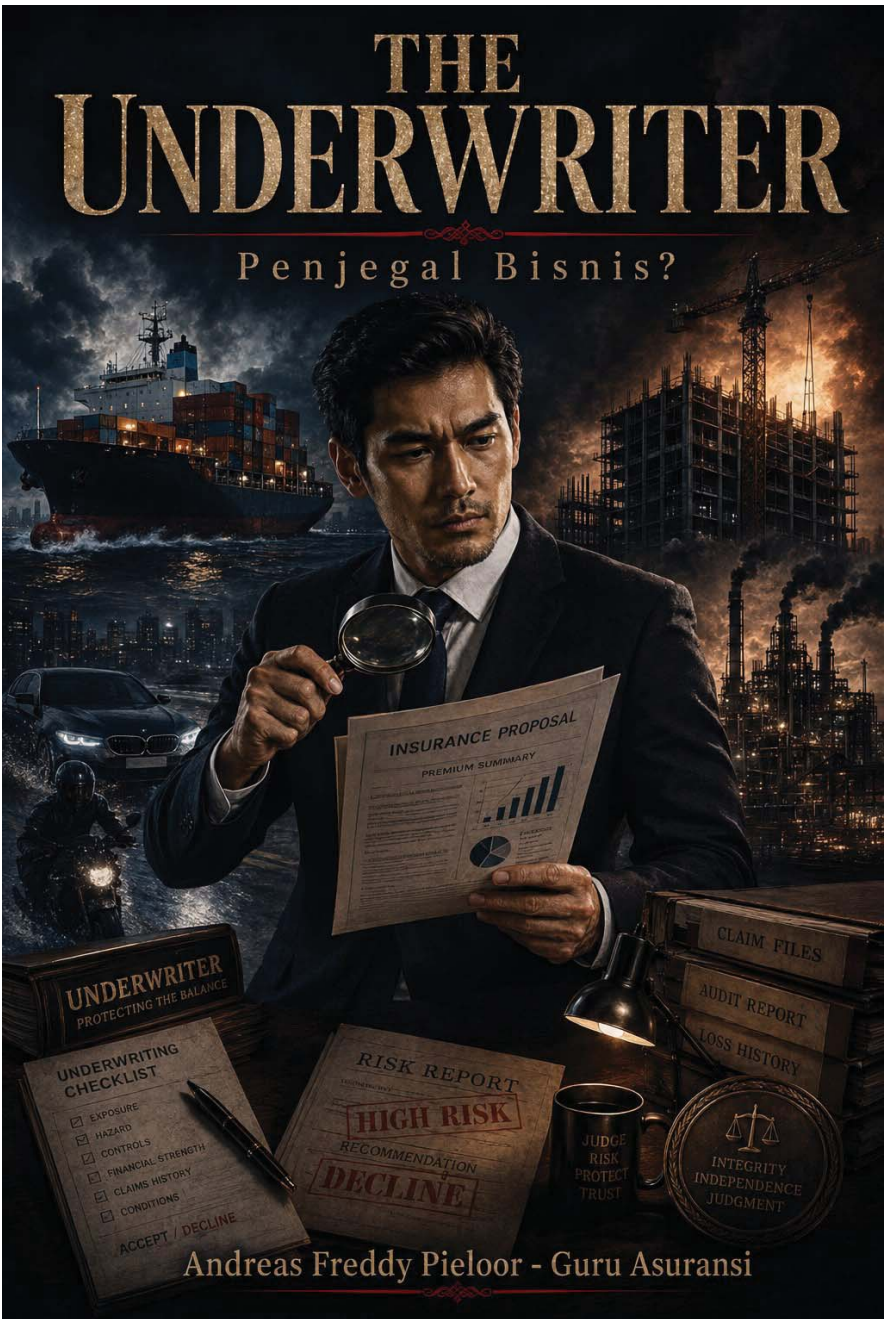
- menerbitkan produk asuransi mikro yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat,
- memasarkan produk tersebut secara luas dan inklusif,
- serta melakukan edukasi yang berkelanjutan kepada masyarakat.

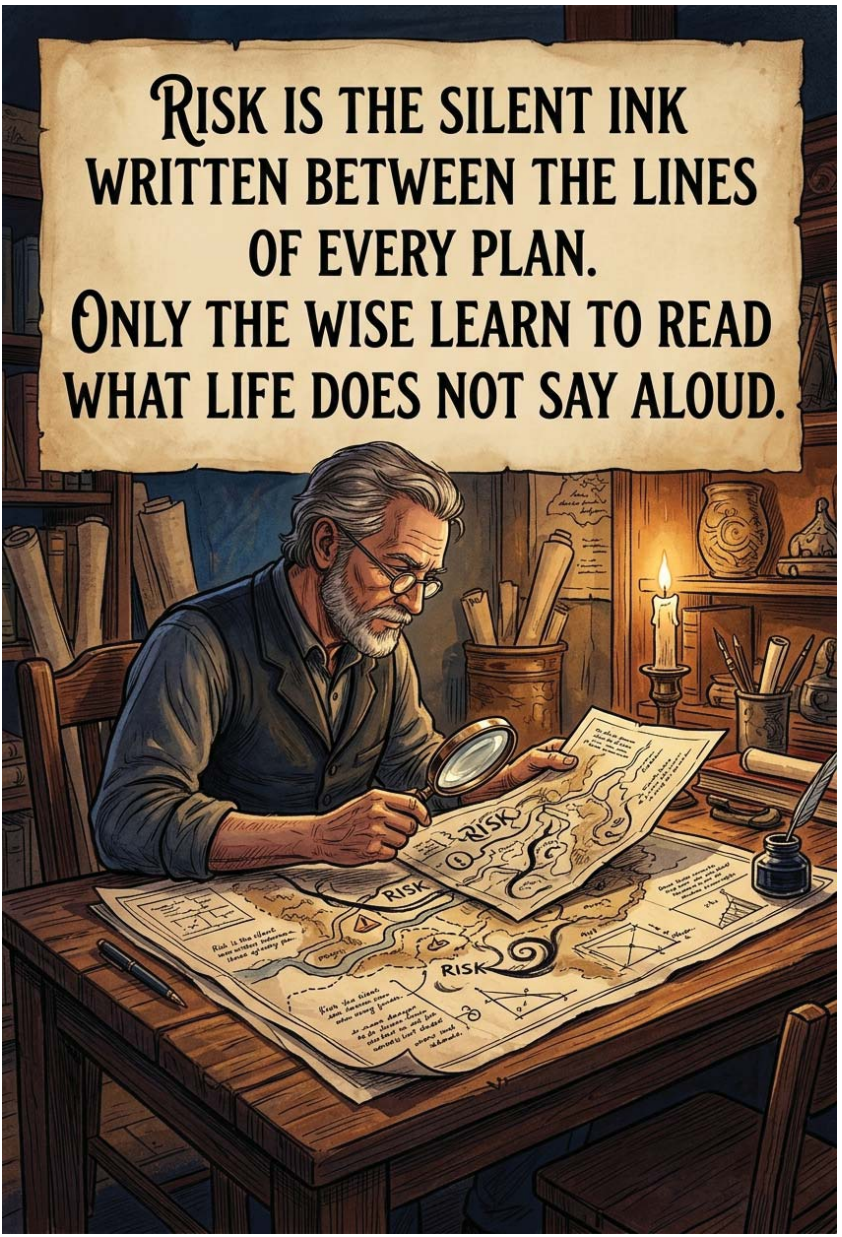
Kewajiban ini idealnya tidak bersifat simbolis, tetapi menjadi bagian dari program strategis nasional yang dijalankan secara konsisten di seluruh wilayah Indonesia—mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/kota, hingga desa.

Dengan demikian, asuransi mikro tidak hanya hadir sebagai produk, tetapi sebagai gerakan nasional literasi dan perlindungan keuangan yang nyata. Untuk memastikan efektivitas implementasi, regulator juga perlu mensyaratkan adanya mekanisme pelaporan tahunan yang terstruktur dan transparan. Setiap perusahaan asuransi diharapkan melaporkan capaian mereka dalam pengembangan, distribusi, dan edukasi asuransi mikro, sehingga dapat dilakukan evaluasi berkala, pengukuran dampak, serta perbaikan kebijakan yang berkesinambungan.

Pada akhirnya, penguatan regulasi ini bukan semata-mata untuk kepentingan industri, melainkan sebagai wujud nyata kehadiran negara dalam melindungi masyarakat, khususnya kelompok berpenghasilan rendah, dari berbagai risiko kehidupan yang tidak terduga. Asuransi mikro, jika dikelola dengan serius dan didukung regulasi yang kuat, dapat menjadi salah satu instrumen paling efektif dalam membangun ketahanan ekonomi keluarga Indonesia.

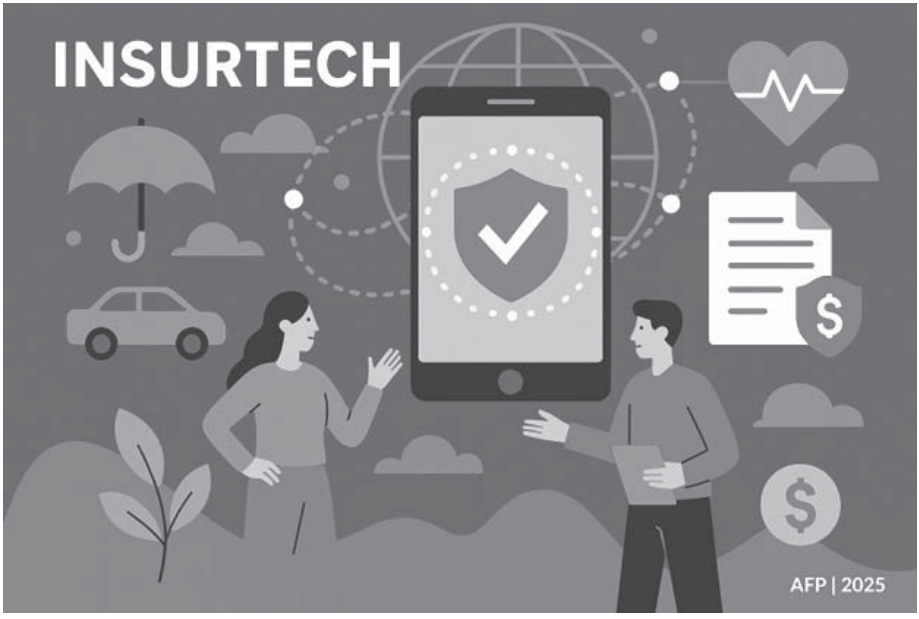

A family is a garden
of fragile hopes.
Protection is the fence
that keeps sudden
from uprooting what
we have planted
with love.


THE
UNDERWRITER
Penjegal Bisnis?
INSURANCE PROPOSAL
PREMIUM SUMMARY
UNDERWRITER
PROTECTING THE BALANCE
UNDERWRITING CHECKLIST
EXPOSURE
HAZARD
CONTROLS
FINANCIAL STRENGTH
CLAIMS HISTORY
CONDITIONS
ACCEPT / DECLINE
RISK REPORT
HIGH RISK
RECOMMENDATION
DECLINE
CLAIM FILES
AUDIT REPORT
LOSS HISTORY
JUDGE
RISK
PROTECT
TRUST
INTEGRITY
INDEPENDENCE
JUDGMENT
Andreas Freddy Pieloor - Guru Asuransi

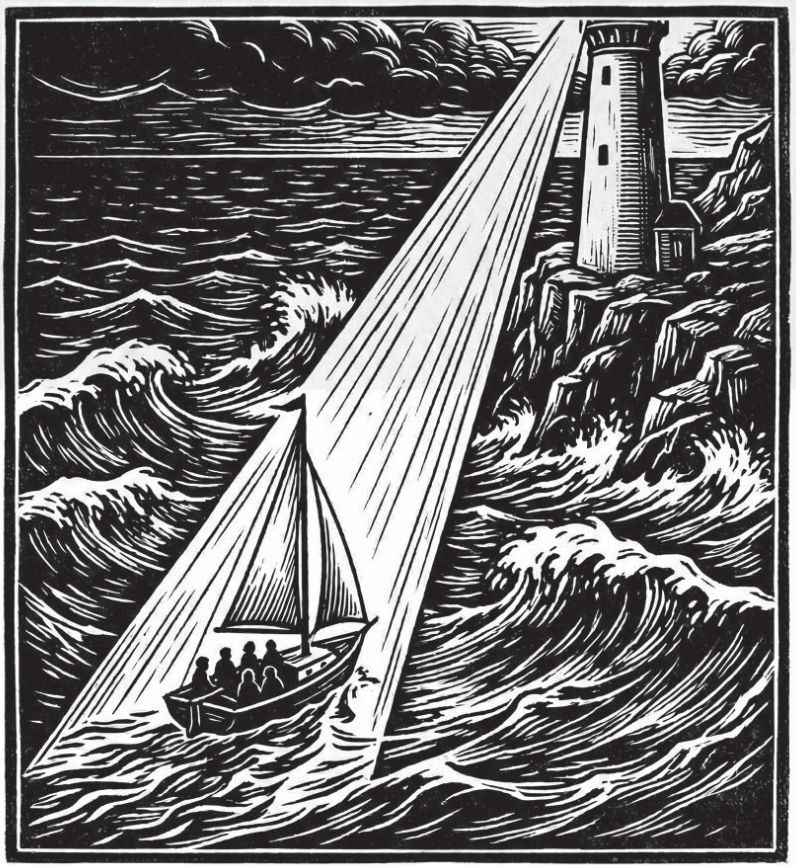

RISK IS THE SILENT INK
WRITTEN BETWEEN THE LINES
OF EVERY PLAN.
ONLY THE WISE LEARN TO READ
WHAT LIFE DOES NOT SAY ALOUD.
RISK
RISK
RISK

BAB
21

INSURTECH



INSURANCE IS A LIGHTHOUSE ON THE EDGE OF UNCERTAINTY, NOT STOPPING THE WAVES, BUT GUIDING THE ONES WE LOVE SAFELY THROUGH THEM.



21.1 *InsurTech*

Memahami *InsurTech*: Masa Depan Industri Perasuransian

Industri perasuransian mengalami perubahan besar dengan hadirnya *insurtech*, sebuah gabungan dari kata insurance (asuransi) dan *technology* (teknologi). *Insurtech* mengacu pada penggunaan teknologi canggih, seperti kecerdasan buatan (*artificial intelligence*), *big data, Internet of Things* (IoI) dan *blockchain*, untuk meningkatkan layanan asuransi. Dengan *InsurTech*, proses yang dulu rumit dan memakan waktu, seperti pembelian polis dan klaim asuransi, kini bisa dilakukan lebih cepat dan efisien. Misalnya, jika dulu seseorang harus mengisi formulir panjang dan menunggu berhari-hari untuk mendapatkan polis, sekarang ia bisa mendapatkan asuransi hanya dalam hitungan menit melalui aplikasi di ponselnya.

Bayangkan *insurtech* seperti aplikasi transportasi *online*. Dulu, mencari taksi bisa menjadi tantangan, tetapi dengan teknologi, orang bisa memesan kendaraan hanya dengan beberapa ketukan di layar ponsel. Hal yang sama terjadi dalam asuransi—*insurtech* memungkinkan pelanggan membeli polis, mengajukan klaim, dan bahkan mendapatkan rekomendasi produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan mereka hanya dalam satu aplikasi. Dengan teknologi ini, perusahaan asuransi juga dapat menggunakan data pelanggan untuk menilai risiko secara lebih akurat dan memberikan harga premi yang lebih adil.

Salah satu contoh nyata dari *insurtech* adalah penggunaan telematika dalam asuransi kendaraan. Perusahaan asuransi dapat memasang alat atau menggunakan aplikasi yang memantau cara seseorang mengemudi. Jika seorang pengemudi

mengemudi dengan hati-hati dan jarang melanggar aturan lalu lintas, maka premi asuransi yang dibayarkan bisa lebih murah dibandingkan dengan pengemudi yang sering ngebut atau melakukan pengereman mendadak. Ini mirip dengan bagaimana perusahaan penyedia listrik menawarkan tarif lebih murah bagi pelanggan yang menggunakan energi secara efisien.

Namun, meskipun *insurtech* menawarkan banyak keuntungan, ada juga tantangan yang harus dihadapi. Salah satunya adalah keamanan data. Karena semua informasi pelanggan tersimpan secara digital, ada risiko kebocoran data jika sistem tidak dilindungi dengan baik. Selain itu, masih banyak orang yang ragu untuk beralih ke layanan asuransi berbasis digital karena merasa lebih nyaman dengan metode tradisional, seperti bertemu langsung dengan agen asuransi. Oleh karena itu, edukasi dan kepercayaan pelanggan menjadi kunci sukses dalam penerapan *insurtech*.

Ke depan, *insurtech* diperkirakan akan terus berkembang dan mengubah cara industri perasuransian beroperasi. Perusahaan asuransi yang ingin tetap kompetitif harus beradaptasi dengan teknologi ini, sementara pelanggan juga harus mulai memahami bagaimana *insurtech* bisa memberikan manfaat bagi mereka. Sama seperti bagaimana orang kini lebih memilih berbelanja online dibandingkan datang langsung ke toko, di masa depan, layanan asuransi digital bisa menjadi pilihan utama bagi banyak orang.

Kelebihan dan Kekurangan *Insurtech*

Kami membatasi pembahasan pada 10 poin kekurangan dan kelebihan *insurtech*, baik bagi masyarakat luas selaku pengguna jasa asuransi (konsumen atau tertanggung) dan juga bagi perusahaan asuransi (penanggung).

Kekurangan *Insurtech* untuk Masyarakat:

1. Kurangnya Interaksi Manusia – Beberapa orang masih merasa nyaman bertemu langsung dengan agen asuransi untuk mendapatkan penjelasan lebih rinci
2. Risiko Keamanan Data – Informasi pribadi pelanggan disimpan dalam sistem digital, yang berisiko diretas jika perlindungan data tidak memadai.
3. Tidak Semua Orang Melek Teknologi – Generasi tua atau masyarakat dengan akses internet terbatas mungkin kesulitan dalam menggunakan layanan digital.
4. Proses Klaim Bisa Terasa Kurang Personal – Sistem otomatisasi dalam pengajuan klaim mungkin kurang fleksibel dibandingkan dengan negosiasi langsung melalui agen atau kantor asuransi.
5. Keterbatasan Produk di Pasar – Tidak semua jenis asuransi sudah tersedia dalam platform digital, terutama produk yang kompleks seperti asuransi jiwa jangka panjang.
6. Kurangnya Kepercayaan pada Sistem Digital – Banyak orang masih skeptis terhadap sistem digital karena khawatir dengan ketentuan tersembunyi atau risiko penolakan klaim.
7. Kemungkinan Kesalahan Algoritma – Sistem berbasis AI bisa salah menilai risiko individu, sehingga premi yang ditawarkan bisa terlalu mahal atau terlalu murah.
8. Keterbatasan dalam Layanan Konsultasi – Tidak semua pertanyaan dapat dijawab oleh chatbot atau sistem otomatis, sehingga pelanggan yang membutuhkan penjelasan lebih detail bisa mengalami kesulitan.
9. Ketergantungan pada Koneksi Internet – Jika terjadi gangguan internet, pelanggan mungkin kesulitan mengakses layanan asuransi mereka.

10. Potensi Penolakan Klaim yang Ketat – Karena sistem *insurtech* mengandalkan data dan algoritma, pengajuan klaim yang tidak sesuai kriteria bisa langsung ditolak tanpa mempertimbangkan faktor khusus.

Kelebihan *Insurtech* untuk Masyarakat:

1. Proses Lebih Cepat dan Praktis – Pembelian polis dan klaim bisa dilakukan secara digital tanpa harus datang ke kantor asuransi atau bertemu agen.
2. Harga Lebih Kompetitif – Dengan teknologi big data, premi lebih akurat berdasarkan profil risiko individu, sehingga pelanggan tidak perlu membayar lebih mahal dari yang seharusnya.
3. Transparansi Informasi – Semua informasi polis, manfaat, dan ketentuan dapat diakses secara jelas dalam aplikasi, mengurangi risiko kesalahpahaman.
4. Kemudahan dalam Mengajukan Klaim – Klaim dapat diajukan secara online dengan proses otomatisasi yang mempercepat persetujuan klaim.
5. Pilihan Produk Lebih Banyak – Konsumen dapat membandingkan berbagai produk asuransi dari banyak perusahaan melalui satu platform digital.
6. Personalisasi Polis – Polis dapat disesuaikan dengan kebutuhan pengguna, misalnya asuransi perjalanan harian atau asuransi kendaraan berdasarkan pemakaian (*usage-based insurance*).
7. Layanan 24/7 – Dengan adanya *chatbot* dan sistem otomatis, pelanggan bisa mendapatkan bantuan kapan saja tanpa harus menunggu jam kerja.
8. Diskon dan Insentif Lebih Banyak – *insurtech* sering menawarkan harga khusus, *cashback*, atau insentif bagi

pelanggan yang memenuhi kriteria tertentu (misalnya pengemudi yang aman dalam asuransi kendaraan berbasis telematika).

9. Integrasi dengan Ekosistem Digital Lainnya – Bisa dihubungkan dengan layanan keuangan lain, seperti dompet digital, perbankan, atau *e-commerce* untuk kemudahan pembayaran dan pengelolaan keuangan.
10. Meningkatkan Literasi Keuangan dan Asuransi – Aplikasi *insurtech* sering dilengkapi dengan fitur edukasi yang membantu masyarakat lebih memahami pentingnya asuransi dan bagaimana memilih produk yang tepat.

21.2 Bagi Perusahaan Asuransi (Asuransi Jiwa dan Asuransi Umum)

Sebelum melakukan investasi dan membangun sebuah *platform InsurTech*, sebaiknya perusahaan perasuransian layak melakukan kajian dan analisis mendalam, agar segala sumber daya dan dana tidak sia-sia dikeluarkan. Mungkin lebih baik melakukan kerjasama dengan pihak ketiga daripada membangun sendiri platform tersebut, atau bahkan tetap melakukan bisnis seperti sekarang ini (tradisional) dan menyesuaikan diri secara bertahap/perlahan.

Kekurangan *Insurtech* untuk Perusahaan Asuransi:

1. Biaya Implementasi yang Tinggi – Investasi awal untuk teknologi, pengembangan sistem, dan keamanan data bisa sangat mahal.
2. Tantangan dalam Transformasi Digital – Tidak semua perusahaan memiliki SDM yang siap untuk beradaptasi dengan perubahan teknologi.

3. Risiko Regulasi yang Berubah – *insurtech* menghadapi tantangan dalam penyesuaian dengan peraturan yang terus berkembang.
4. Persaingan dengan *Startup insurtech* – Banyak perusahaan baru yang lebih gesit dan inovatif dalam menawarkan layanan berbasis teknologi.
5. Tantangan dalam Keamanan Data – Perusahaan harus memastikan perlindungan data pelanggan agar tidak terjadi kebocoran atau penyalahgunaan.
6. Ketergantungan pada Pihak Ketiga – Beberapa teknologi memerlukan kerja sama dengan perusahaan IT atau *fintech*, yang bisa meningkatkan ketergantungan eksternal.
7. Potensi Kehilangan Agen Asuransi – Digitalisasi bisa mengurangi peran agen tradisional, yang dapat menyebabkan resistensi internal dalam perusahaan.
8. Kompleksitas Integrasi dengan Sistem Lama – Perusahaan asuransi besar yang masih menggunakan sistem lama bisa mengalami kesulitan dalam mengadopsi teknologi baru.
9. Resistensi dari Konsumen Lama – Tidak semua pelanggan nyaman dengan perubahan digital, terutama yang terbiasa dengan layanan tradisional.
10. Risiko Teknologi yang Cepat Kadaluarsa – Teknologi berkembang pesat, sehingga perusahaan harus terus berinvestasi dalam inovasi agar tetap kompetitif.

Kelebihan *Insurtech* untuk Perusahaan Asuransi:

1. Efisiensi Operasional – Mengurangi biaya tenaga kerja dan administrasi dengan otomatisasi proses pembelian polis dan klaim.
2. Analisis Risiko yang Lebih Akurat – Dengan *big data*, perusahaan bisa menilai risiko secara lebih tepat, mengurangi kemungkinan klaim yang tidak terduga.

3. Peningkatan Jangkauan Pasar – Perusahaan bisa menjangkau lebih banyak pelanggan, termasuk yang sebelumnya sulit dijangkau melalui agen tradisional.
4. Penyesuaian Produk dengan Cepat – Produk baru dapat dirancang dan disesuaikan lebih fleksibel sesuai dengan kebutuhan pasar.
5. Meningkatkan Loyalitas Pelanggan – Layanan yang cepat dan praktis membuat pelanggan lebih puas dan cenderung bertahan lebih lama.
6. Penyederhanaan Proses Klaim – Menggunakan AI dan analitik untuk mempercepat proses klaim serta mengurangi penipuan (*fraud detection*).
7. Peluang Kemitraan Baru – Bisa bekerja sama dengan *fintech*, *e-commerce*, dan perusahaan lain untuk mengembangkan produk asuransi berbasis digital.
8. Pengurangan *Fraud* – Dengan teknologi seperti blockchain, transaksi menjadi lebih transparan dan mengurangi peluang penipuan.
9. Data Pelanggan Lebih Terstruktur – Semua informasi pelanggan bisa dikumpulkan dan dianalisis untuk pengambilan keputusan strategis.
10. Potensi Pendapatan Tambahan – Bisa menawarkan layanan tambahan, seperti analisis kesehatan berbasis wearable devices untuk asuransi kesehatan.

Dengan melihat kelebihan dan kekurangan ini, baik masyarakat maupun perusahaan asuransi perlu menyeimbangkan penggunaan *insurtech* agar mendapatkan manfaat maksimal. *insurtech* bukan sekadar tren, tetapi merupakan masa depan industri perasuransian yang akan terus berkembang.

21.3 Jenis-Jenis Asuransi yang Dapat Dipasarkan dan Dijual Melalui *Insurtech*

Insurtech memungkinkan berbagai jenis asuransi untuk dipasarkan dan dijual secara digital dengan proses yang lebih cepat, efisien, dan fleksibel. Berikut beberapa jenis asuransi yang paling cocok untuk dipasarkan melalui *insurtech*, beserta ilustrasi dan analogi untuk memudahkan pemahaman.

1. Asuransi Kendaraan Berbasis Telematika (*Usage-Based Insurance* – UBI)

Asuransi kendaraan melalui *insurtech* sering menggunakan teknologi telematika, yaitu sistem yang memantau pola mengemudi pengendara melalui GPS atau perangkat lain. Premi ditentukan berdasarkan seberapa aman seseorang mengemudi, bukan hanya berdasarkan faktor statis seperti usia atau jenis kendaraan.

Ilustrasi: bayangkan Anda adalah seorang pengemudi yang sangat hati-hati. Namun, dalam sistem asuransi tradisional, Anda tetap membayar premi yang sama dengan pengemudi lain yang sering ngebut. Dengan *insurtech*, perusahaan asuransi bisa menginstal aplikasi di ponsel Anda atau menggunakan perangkat telematika di mobil Anda untuk merekam pola mengemudi. Jika Anda mengemudi dengan aman, premi Anda bisa lebih murah!

Analogi: seperti layanan ojek *online* yang memberikan rating kepada pengemudi berdasarkan performanya, asuransi berbasis teknologi ini juga menilai kebiasaan berkendara Anda dan menyesuaikan premi berdasarkan rekam jejak yang sebenarnya.

2. Asuransi Jiwa Digital

Asuransi jiwa yang dijual melalui *insurtech* biasanya menawarkan proses underwriting yang lebih cepat karena menggunakan kecerdasan buatan (AI) untuk menilai risiko berdasarkan data kesehatan yang diberikan secara online. Beberapa perusahaan bahkan menggunakan data dari smartwatch atau aplikasi kesehatan untuk menentukan premi.

Ilustrasi: biasanya, membeli asuransi jiwa memerlukan pemeriksaan kesehatan yang panjang dan birokrasi yang rumit. Dengan *insurtech*, Anda cukup menjawab beberapa pertanyaan di aplikasi dan langsung mendapatkan polis dalam hitungan menit. Jika Anda menggunakan smartwatch yang merekam aktivitas fisik, seperti jumlah langkah dan detak jantung, perusahaan asuransi bisa memberikan premi yang lebih murah bagi Anda yang rajin berolahraga.

Analogi, seperti aplikasi *e-wallet* yang bisa langsung digunakan tanpa harus pergi ke bank, asuransi jiwa digital memungkinkan Anda mendapatkan perlindungan dengan proses yang jauh lebih sederhana dibandingkan metode tradisional.

3. *Microinsurance* (Asuransi Mikro)

Asuransi mikro dirancang untuk memberikan perlindungan dengan premi yang sangat terjangkau dan periode perlindungan yang lebih pendek, misalnya asuransi harian atau mingguan. *insurtech* memungkinkan masyarakat yang sebelumnya tidak memiliki akses ke asuransi untuk mendapatkan perlindungan dengan harga murah.

Ilustrasi, seorang pedagang kecil ingin melindungi barang dagangannya dari risiko kebakaran, tetapi ia tidak mampu membeli asuransi tahunan yang mahal. Dengan *insurtech*,

ia bisa membeli asuransi kebakaran harian hanya dengan beberapa ribu rupiah per hari, yang dapat langsung diaktifkan melalui aplikasi ponsel.

Analogi, seperti membeli tiket perjalanan *online*, di mana Anda bisa memilih layanan tambahan (bagasi, makanan, dll.) sesuai kebutuhan, asuransi mikro memberi fleksibilitas bagi masyarakat untuk membeli perlindungan hanya ketika mereka membutuhkannya.

4. Asuransi Perjalanan Digital

Asuransi perjalanan berbasis *insurtech* memungkinkan pengguna untuk membeli polis secara langsung sebelum perjalanan dimulai, bahkan hanya beberapa jam sebelum keberangkatan. Beberapa sistem juga otomatis mengaktifkan asuransi ketika seseorang bepergian ke luar negeri berdasarkan deteksi GPS.

Ilustrasi, misalnya Anda tiba-tiba mendapat tugas ke luar negeri dan lupa membeli asuransi perjalanan. Dengan aplikasi *insurtech*, Anda bisa membeli perlindungan hanya dalam beberapa menit sebelum naik pesawat.

Analogi, seperti membeli kuota internet roaming otomatis saat bepergian ke luar negeri, asuransi perjalanan digital bisa diaktifkan secara instan tanpa perlu prosedur panjang.

5. Asuransi Kesehatan Digital

Asuransi kesehatan berbasis teknologi memungkinkan pemegang polis untuk melakukan klaim secara online tanpa harus mengirimkan dokumen fisik. Beberapa platform juga terintegrasi dengan layanan konsultasi medis online (*telemedicine*), sehingga

pemegang polis bisa berkonsultasi dengan dokter secara gratis melalui aplikasi.

Ilustrasi, seorang pekerja mengalami demam tinggi tetapi enggan ke rumah sakit. Dengan asuransi kesehatan digital, ia bisa berkonsultasi dengan dokter melalui aplikasi dan mendapatkan resep obat tanpa harus datang ke klinik. Jika butuh rawat inap, klaim bisa langsung diproses melalui aplikasi tanpa perlu mengurus berkas secara manual.

Analogi, seperti belanja online, yang memungkinkan Anda membeli barang tanpa harus datang ke toko, asuransi kesehatan digital membuat layanan medis lebih mudah diakses tanpa harus antre di rumah sakit.

6. Asuransi *Gadget* dan Elektronik

Insurtech memungkinkan pelanggan untuk membeli asuransi khusus untuk *gadget* dan elektronik, seperti *smartphone*, laptop, atau kamera, yang melindungi dari kerusakan atau pencurian.

Ilustrasi, seorang mahasiswa membeli *smartphone* baru dan khawatir jika layarnya pecah akibat jatuh. Dengan *insurtech*, ia bisa membeli asuransi layar pecah langsung dari aplikasi toko *online* saat membeli ponsel tersebut.

Analogi, seperti membeli *screen protector* untuk melindungi layar ponsel dari goresan, asuransi *gadget* melindungi perangkat Anda dari risiko finansial jika terjadi kerusakan.

7. Asuransi Properti Berbasis Digital

Asuransi properti (rumah, apartemen, toko) berbasis *insurtech* memungkinkan pengguna untuk membeli perlindungan secara fleksibel, misalnya hanya selama satu bulan atau satu tahun, sesuai kebutuhan.

Ilustrasi, seorang pemilik apartemen ingin menyewakan propertinya selama 6 bulan dan khawatir terjadi kerusakan akibat penyewa. Ia bisa membeli asuransi properti digital untuk periode 6 bulan saja, tanpa harus berlangganan tahunan.

Analogi, seperti menyewa film di layanan *streaming*, yang hanya dibayar saat dibutuhkan, asuransi properti digital memberi fleksibilitas dalam perlindungan rumah dan properti.

8. Asuransi Parametrik

Asuransi parametrik membayar klaim berdasarkan kejadian tertentu yang telah ditentukan sebelumnya, bukan berdasarkan kerugian aktual yang diderita. Contohnya adalah asuransi cuaca untuk petani atau asuransi gempa bumi yang membayar klaim secara otomatis jika terjadi gempa dengan magnitudo tertentu.

Ilustrasi, seorang petani khawatir tanamannya gagal panen karena kekeringan. Ia membeli asuransi parametrik yang berbasis data curah hujan. Jika dalam satu musim hujan curahnya di bawah 50 mm, ia langsung menerima pembayaran tanpa perlu mengajukan klaim.

Analogi, seperti sistem bonus poin dalam kartu kredit, di mana Anda langsung mendapatkan reward setelah mencapai target pembelanjaan, asuransi parametrik juga langsung membayar klaim begitu kondisi tertentu terpenuhi.

9. Asuransi Hewan Peliharaan Digital

Asuransi ini memberikan perlindungan untuk biaya kesehatan hewan peliharaan, termasuk perawatan medis, vaksinasi, dan rawat inap. Dengan *insurtech*, pemilik hewan dapat membeli polis secara *online* dan langsung mengakses layanan dokter hewan melalui aplikasi.

Ilustrasi, seorang pemilik anjing membeli asuransi digital yang langsung terhubung dengan jaringan dokter hewan. Saat anjingnya sakit, ia cukup membawa ke dokter hewan rekanan tanpa harus mengurus klaim manual.

Analogi, seperti keanggotaan *gym*, di mana Anda bisa langsung menikmati layanan tanpa membayar setiap kunjungan, asuransi hewan peliharaan digital memberikan kemudahan akses ke dokter hewan tanpa prosedur rumit.

10. Asuransi Pendidikan Digital

Asuransi pendidikan berbasis *insurtech* memberikan jaminan biaya pendidikan anak jika orang tua mengalami risiko tertentu seperti cacat tetap atau meninggal dunia. Polis ini bisa dikustomisasi sesuai kebutuhan dan dapat dibeli dengan proses cepat secara online.

Ilustrasi, seorang orang tua membeli asuransi pendidikan digital yang menjamin biaya sekolah anaknya hingga jenjang universitas jika terjadi sesuatu pada dirinya.

Analogi, seperti tabungan otomatis di aplikasi keuangan, di mana dana langsung dialokasikan untuk masa depan, asuransi pendidikan digital memastikan biaya pendidikan anak tetap terjamin meskipun terjadi risiko pada pencari nafkah.

11. Asuransi Kredit Digital (*Credit Life Insurance*)

Asuransi ini melindungi lembaga keuangan dan peminjam dengan menjamin pelunasan pinjaman jika peminjam meninggal dunia atau mengalami cacat tetap. *Insurtech* memungkinkan bank dan *platform* pinjaman *online* menawarkan asuransi ini secara otomatis saat kredit diberikan.

Ilustrasi, seseorang mengambil pinjaman melalui aplikasi *fintech* dan secara otomatis ditawari asuransi kredit. Jika terjadi sesuatu pada dirinya sebelum pinjaman lunas, asuransi akan menanggung sisa hutangnya.

Analogi, seperti jaminan uang kembali di *e-commerce*, yang melindungi pembeli dari risiko barang cacat, asuransi kredit melindungi peminjam dan pemberi pinjaman dari risiko gagal bayar.

12. Asuransi *Cyber Risk* (*Cyber Insurance*)

Asuransi ini melindungi individu dan bisnis dari kerugian akibat serangan siber, pencurian data, atau peretasan. *Insurtech* memungkinkan perusahaan membeli polis yang terhubung dengan sistem keamanan siber untuk deteksi dini dan perlindungan otomatis.

Ilustrasi, sebuah perusahaan *e-commerce* mengalami kebocoran data pelanggan akibat serangan *hacker*. Dengan asuransi *cyber*, perusahaan bisa mengklaim biaya pemulihan sistem dan kompensasi kepada pelanggan.

Analogi, seperti antivirus *premium* yang melindungi perangkat dari serangan *malware*, asuransi *cyber* memberikan perlindungan finansial terhadap ancaman digital.

13. Asuransi *Peer-to-Peer* (P2P *Insurance*)

Model asuransi ini menghubungkan sekelompok individu dengan risiko yang sama untuk saling menanggung risiko satu sama lain. Jika ada klaim, dana yang terkumpul akan digunakan untuk membayar klaim.

Ilustrasi, sebuah komunitas pengendara sepeda motor membentuk kelompok asuransi P2P di mana setiap anggota membayar kontribusi bulanan. Jika ada yang mengalami kecelakaan, klaim akan dibayar dari dana kolektif.

Analogi, seperti patungan makan bersama, di mana setiap orang menyumbang untuk biaya makan, asuransi P2P membagi risiko di antara anggota kelompok.

14. Asuransi Pengiriman dan Logistik Digital

Asuransi ini melindungi barang kiriman dari risiko kehilangan atau kerusakan selama perjalanan. *Insurtech* memungkinkan *e-commerce* dan perusahaan logistik mengaktifkan asuransi secara otomatis untuk setiap paket yang dikirim.

Ilustrasi, seorang pelanggan membeli barang elektronik di *marketplace* dan memilih asuransi pengiriman dengan satu klik. Jika paketnya rusak dalam perjalanan, ia langsung mendapatkan ganti rugi tanpa harus mengurus klaim secara manual.

Analogi, seperti jaminan pengembalian barang dalam belanja *online*, asuransi pengiriman memastikan barang tetap aman selama proses pengiriman.

15. Asuransi *Pay-As-You-Go* (Asuransi Berbasis Penggunaan)

Model ini memungkinkan pelanggan membayar premi hanya saat menggunakan layanan tertentu. Contohnya asuransi perjalanan yang aktif hanya saat seseorang bepergian atau asuransi kendaraan yang hanya berlaku saat mobil digunakan.

Ilustrasi, seorang mahasiswa memiliki motor tetapi jarang menggunakannya. Dengan asuransi berbasis penggunaan,

ia hanya membayar premi untuk hari-hari ketika motornya digunakan.

Analogi, seperti langganan video *streaming* per hari, di mana Anda hanya membayar saat menonton, asuransi berbasis penggunaan memberi fleksibilitas tanpa biaya tetap.

Insurtech telah membuka peluang luas bagi berbagai jenis asuransi untuk dipasarkan dan dijual dengan cara yang lebih inovatif dan fleksibel. Dengan teknologi digital, pembelian dan klaim asuransi menjadi lebih cepat, mudah, dan sesuai kebutuhan individu. Dengan teknologi digital, proses yang sebelumnya rumit kini menjadi lebih cepat, mudah, dan fleksibel. Seperti transportasi online yang mengubah cara orang bepergian, *insurtech* juga mengubah cara masyarakat mendapatkan perlindungan asuransi, membuatnya lebih terjangkau dan mudah diakses oleh semua orang.

Target Pasar

Siapa saja sih target pasar *insurtech*? Berikut target pasar *insurtech* beserta karakter dan perilaku mereka dalam memilih asuransi:

1. Millennial dan Generasi Z

Karakteristik & Perilaku:

- *Tech-savvy*, terbiasa dengan digitalisasi.
- Memilih asuransi dengan proses cepat dan tanpa ribet.
- *Price-sensitive*, cenderung membandingkan harga dari berbagai platform sebelum membeli.
- Sering berlangganan produk berbasis *pay-as-you-go* atau *on-demand insurance*.

- Tidak terlalu loyal terhadap satu perusahaan asuransi, mudah berpindah jika menemukan harga lebih murah.

Ilustrasi: Seorang karyawan muda ingin membeli asuransi perjalanan sebelum liburan. Dia membuka aplikasi *insurtech*, membandingkan harga dari berbagai penyedia, dan memilih yang paling murah dengan manfaat yang terlihat cukup.

2. Kaum Profesional & Pengusaha Muda

Karakteristik & Perilaku:

- Butuh perlindungan asuransi tetapi tidak ingin terlibat dalam proses administrasi yang panjang.
- Mengutamakan efisiensi dan fitur tambahan seperti customer service berbasis AI atau klaim otomatis.
- Lebih mempertimbangkan manfaat dibanding hanya sekadar harga termurah.
- Menyukai produk asuransi dengan integrasi ke dalam aplikasi finansial atau gaya hidup mereka.

Ilustrasi: Seorang pengusaha muda memilih asuransi jiwa berbasis digital yang dapat diintegrasikan ke dalam aplikasi perbankan *online*-nya, sehingga premi dibayar otomatis setiap bulan.

3. Kaum Tua dan Lansia yang Melek Digital

Karakteristik & Perilaku:

- Tidak secepat generasi muda dalam beradaptasi dengan teknologi, tetapi mulai mencoba layanan *digital*.
- Memilih produk dengan *interface* yang sederhana dan mudah digunakan.
- Butuh edukasi lebih dalam mengenai manfaat dan risiko produk asuransi berbasis *digital*.

- Lebih berhati-hati dalam membeli, tidak terburu-buru dalam mengambil keputusan.

Ilustrasi: Seorang pensiunan tertarik membeli asuransi kesehatan dari platform digital tetapi tetap meminta anaknya untuk membantu membandingkan dan memilih produk terbaik.

4. Ibu Rumah Tangga

Karakteristik & Perilaku:

- Mencari asuransi untuk perlindungan keluarga dan anak-anak.
- Memperhatikan keseimbangan antara manfaat dan harga, bukan hanya mencari yang termurah.
- Cenderung membeli produk yang direkomendasikan oleh komunitas atau *influencer* kepercayaan mereka.
- Mengutamakan kemudahan klaim, terutama untuk asuransi kesehatan dan pendidikan anak.

Ilustrasi: Seorang ibu bergabung dengan komunitas parenting online dan mendapatkan rekomendasi asuransi kesehatan keluarga berbasis digital yang memiliki fitur klaim cepat dan mudah.

Segmentasi Pasar *insurtech*

1. Berdasarkan Jenis Kelamin:
   - Pria: Lebih banyak membeli asuransi kendaraan, asuransi jiwa berjangka, dan asuransi perjalanan.
   - Wanita: Cenderung membeli asuransi kesehatan, pendidikan anak, dan asuransi perlindungan keluarga.
2. Berdasarkan Profesi:
   - Karyawan Swasta/PNS: Mencari asuransi kesehatan tambahan dan asuransi jiwa.

- Wirausahawan: Lebih tertarik pada asuransi bisnis dan asuransi kendaraan.
- *Freelancer*/*Gig Worker*: Membutuhkan produk asuransi fleksibel seperti asuransi kesehatan berbasis penggunaan (*pay-per-use*).

3. Berdasarkan Pendidikan:
   - Pendidikan Tinggi: Lebih memahami risiko dan memilih produk dengan manfaat optimal, tidak hanya harga termurah.
   - Pendidikan Menengah: Lebih *price-sensitive* dan seringkali memilih produk berdasarkan rekomendasi dari media sosial atau komunitas.
4. Berdasarkan Usia:
   - 18-25 Tahun: Tertarik pada asuransi perjalanan, gadget insurance, dan produk berbasis langganan.
   - 26-40 Tahun: Fokus pada asuransi kesehatan, jiwa, dan kendaraan.
   - 40+ Tahun: Lebih peduli terhadap asuransi pensiun, kesehatan jangka panjang, dan perlindungan investasi.

Tantangan dalam Pasar *insurtech*

- Tingkat literasi asuransi masih rendah, sehingga banyak yang hanya memilih berdasarkan harga termurah tanpa memahami manfaat dan batasan polis.
- Kurangnya edukasi terkait risiko, menyebabkan pelanggan mudah berpindah ketika menemukan penawaran yang lebih murah tanpa mempertimbangkan keandalan perusahaan asuransi.
- Kurang transparannya pemasar asuransi, terutama jika tidak menjelaskan perbedaan harga yang disebabkan oleh cakupan manfaat yang berbeda.

Insurtech telah membuka akses lebih luas terhadap asuransi bagi berbagai segmen masyarakat. Namun, edukasi yang lebih baik masih diperlukan agar pelanggan tidak hanya *price-sensitive* tetapi juga memahami pentingnya memilih asuransi yang tepat sesuai kebutuhan mereka.

21.4 Prospek *Insurtech* di Masa Depan

A. Integrasi AI dalam Analisis Risiko dan Prediksi Klaim

Salah satu perkembangan utama *insurtech* adalah integrasi kecerdasan buatan (AI) dalam proses underwriting dan penanganan klaim. AI memungkinkan perusahaan asuransi untuk menganalisis data dalam jumlah besar dengan cepat dan akurat, sehingga dapat mengidentifikasi pola risiko secara lebih efisien dibandingkan metode tradisional.

Sebagai contoh, dengan machine learning, perusahaan dapat mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kecelakaan berdasarkan riwayat berkendara pelanggan atau menentukan tingkat risiko kesehatan berdasarkan data wearable device. Hal ini memungkinkan penyesuaian premi yang lebih akurat dan adil bagi setiap individu.

Di sisi klaim, AI dapat mendeteksi klaim yang mencurigakan dengan membandingkan klaim yang diajukan dengan pola klaim sebelumnya. Ini membantu mengurangi potensi fraud dalam asuransi yang selama ini menjadi tantangan besar di industri. Dalam beberapa kasus, AI juga memungkinkan klaim otomatis, di mana klaim dapat diproses dan dibayarkan dalam hitungan menit tanpa perlu intervensi manusia.

B. Peningkatan Penggunaan *Blockchain* untuk Mengamankan Transaksi dan Polis

Teknologi *blockchain* memiliki potensi besar dalam meningkatkan transparansi dan keamanan dalam industri perasuransian. Dengan menggunakan sistem ledger terdistribusi, blockchain dapat mencatat setiap transaksi secara permanen, tidak dapat diubah, dan dapat diverifikasi oleh semua pihak terkait.

Dalam asuransi, *blockchain* dapat digunakan untuk:

- Mengurangi penipuan klaim dengan memastikan bahwa setiap klaim hanya dapat diajukan sekali.
- Memudahkan validasi polis melalui smart contract, di mana polis asuransi dapat secara otomatis diproses dan dibayarkan sesuai ketentuan tanpa campur tangan pihak ketiga.
- Mempermudah reasuransi dengan mencatat seluruh transaksi secara otomatis, mengurangi waktu dan biaya administrasi dalam transfer risiko antara perusahaan asuransi dan reasuradur.

Sebagai contoh, beberapa perusahaan asuransi global telah mulai menerapkan *blockchain* dalam asuransi perjalanan, di mana klaim dapat diproses secara otomatis jika sistem mendeteksi adanya keterlambatan penerbangan tanpa perlu pelanggan mengajukan klaim secara manual.

C. Perluasan Penetrasi Asuransi Melalui *Platform* Digital dan Kemitraan dengan *Fintech*

Dengan meningkatnya jumlah pengguna internet dan *smartphone*, *insurtech* memiliki potensi besar untuk memperluas penetrasi asuransi ke masyarakat yang sebelumnya sulit dijangkau oleh metode distribusi tradisional. *Platform* digital

memungkinkan pelanggan untuk membeli, mengelola, dan mengklaim asuransi dengan lebih mudah.

Kemitraan dengan perusahaan *fintech* seperti *e-wallet* dan *platform* pembayaran digital juga membuka peluang baru. Banyak perusahaan asuransi kini menawarkan *microinsurance* atau asuransi berbasis penggunaan (*pay-per-use*) yang dapat dibeli langsung melalui aplikasi *fintech*. Contohnya:

- Asuransi perjalanan yang bisa dibeli langsung saat memesan tiket pesawat atau hotel.
- Asuransi *gadget* yang dapat diaktifkan ketika membeli *smartphone* baru.
- Asuransi jiwa dan kesehatan berbasis langganan yang dapat dibayarkan secara otomatis melalui dompet digital.

Kemitraan ini tidak hanya mempermudah akses ke asuransi tetapi juga meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya proteksi finansial.

D. Personalisasi Produk Asuransi dengan *Big Data* dan IoT

Penggunaan *Internet of Things* (IoT) dan big data memungkinkan perusahaan asuransi untuk menawarkan produk yang lebih dipersonalisasi sesuai dengan kebutuhan pelanggan.

- Dalam asuransi kendaraan, telematika dapat digunakan untuk mengukur perilaku berkendara pelanggan dan memberikan premi yang lebih rendah bagi pengemudi yang aman.
- Dalam asuransi kesehatan, *wearable device* seperti *smartwatch* dapat memantau kesehatan pengguna dan memberikan insentif bagi mereka yang menjaga gaya hidup sehat.

Dengan pendekatan ini, pelanggan akan merasa bahwa premi yang mereka bayar benar-benar mencerminkan tingkat risiko mereka, bukan sekadar berdasarkan kategori umum.

E. Pertumbuhan Asuransi Berbasis *Pay-as-you-go* dan *On-demand*

Model asuransi *pay-as-you-go* dan *on-demand* semakin populer, terutama di kalangan generasi muda dan pekerja *gig economy*. Dalam model ini, pelanggan hanya membayar premi ketika mereka benar-benar membutuhkan perlindungan.

Contohnya:

- Asuransi kendaraan berbasis kilometer, di mana pengemudi yang jarang menggunakan mobil membayar premi lebih rendah dibandingkan mereka yang sering berkendara.
- Asuransi perjalanan yang hanya aktif selama periode tertentu, tanpa harus membayar premi sepanjang tahun.

Model ini membuat asuransi lebih fleksibel dan menarik bagi segmen pasar yang sebelumnya enggan membeli asuransi karena biaya tetap yang tinggi.

F. Regulasi dan Tantangan dalam *Insurtech*

Meskipun *insurtech* menawarkan banyak peluang, ada beberapa tantangan yang masih harus dihadapi:

- Regulasi yang belum sepenuhnya mengakomodasi digitalisasi asuransi. Beberapa negara masih menerapkan aturan tradisional yang menghambat inovasi dalam *insurtech*.
- Perlindungan data pelanggan. Dengan semakin banyaknya data pribadi yang dikumpulkan oleh perusahaan asuransi,

tantangan utama adalah bagaimana memastikan data tersebut aman dan tidak disalahgunakan.

- Tingkat literasi digital dan asuransi. Banyak masyarakat yang belum sepenuhnya memahami cara kerja asuransi digital, sehingga perlu edukasi yang lebih intensif.

Insurtech memiliki prospek yang sangat cerah di masa depan, dengan teknologi seperti AI, *blockchain*, IoT, dan *big data* yang semakin meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas layanan asuransi. Digitalisasi ini akan membawa manfaat bagi masyarakat luas, baik dalam bentuk harga yang lebih kompetitif, klaim yang lebih cepat, maupun produk yang lebih personal dan fleksibel.

Namun, tantangan dalam regulasi dan perlindungan data tetap harus diperhatikan agar pertumbuhan *insurtech* dapat berjalan secara berkelanjutan dan tetap melindungi kepentingan pelanggan serta perusahaan asuransi.

21.5 Persiapan Perusahaan Asuransi untuk Memasuki *Insurtech*

Industri perasuransian terus mengalami perubahan seiring dengan perkembangan teknologi digital. *Insurtech*—gabungan antara asuransi dan teknologi—telah mengubah cara perusahaan asuransi beroperasi, mulai dari penjualan polis, penilaian risiko, hingga proses klaim. Perusahaan asuransi tradisional yang ingin beradaptasi dan berkembang dalam era digital harus melakukan transformasi fundamental. Bukan hanya mengadopsi teknologi, tetapi juga mengubah cara berpikir dan beroperasi.

Untuk memasuki dunia *insurtech*, perusahaan asuransi harus mempersiapkan beberapa aspek penting, mulai dari

teknologi, modal, tenaga kerja, hingga regulasi yang harus dipenuhi. Berikut adalah langkah-langkah utama yang harus dilakukan:

1. Mengembangkan *Platform* Digital dan Aplikasi Seluler

Langkah pertama bagi perusahaan asuransi untuk bertransformasi ke *insurtech* adalah memiliki *platform* digital yang *user-friendly* dan berbasis data. *Platform* ini harus memungkinkan pelanggan untuk:

- Membeli polis secara *online* – Tanpa perlu bertemu agen atau datang ke kantor.
- Mengelola polis dan pembayaran secara mandiri – Memudahkan pelanggan melihat status polis dan melakukan pembayaran premi.
- Mengajukan klaim digital – Klaim dapat diproses secara otomatis menggunakan teknologi AI dan *blockchain* untuk meningkatkan transparansi.
- Mendapatkan layanan pelanggan berbasis *chatbot* AI – Untuk menjawab pertanyaan secara *real-time* dan memberikan rekomendasi produk yang sesuai.

Ilustrasi:

Bayangkan seorang pelanggan ingin membeli asuransi perjalanan sebelum terbang ke luar negeri. Dengan *platform insurtech*, ia cukup mengakses aplikasi, memilih polis yang sesuai, membayar premi melalui *e-wallet*, dan mendapatkan sertifikat asuransi dalam hitungan menit. Tanpa perlu mengisi formulir panjang atau mengunjungi kantor asuransi.

Perusahaan harus berinvestasi dalam UI/UX *design*, integrasi dengan *payment gateway*, serta sistem keamanan data agar pengalaman pengguna tetap nyaman dan aman.

2. Berinvestasi dalam Teknologi *Big Data* dan AI

Teknologi seperti *big data* dan *artificial intelligence* (AI) sangat penting dalam ekosistem *insurtech*. Perusahaan asuransi perlu mengumpulkan, mengelola, dan menganalisis data untuk:

- Menentukan premi secara lebih akurat berdasarkan profil risiko pelanggan.
- Mencegah *fraud* dalam klaim asuransi melalui analisis data yang mendeteksi pola kecurangan.
- Memberikan produk yang lebih personalisasi dengan memahami kebutuhan pelanggan berdasarkan histori transaksi dan perilaku mereka.

Ilustrasi:

Sebuah perusahaan asuransi jiwa bisa menggunakan AI untuk mengevaluasi kondisi kesehatan calon nasabah hanya dengan mengunggah hasil medical check-up atau menggunakan *wearable device* seperti *smartwatch*. Jika data menunjukkan pola hidup sehat, premi yang dikenakan bisa lebih murah dibandingkan nasabah dengan gaya hidup kurang sehat.

Perusahaan harus berinvestasi dalam infrastruktur IT, *cloud computing*, serta membangun tim *data scientist* dan AI *specialist* yang dapat mengelola teknologi ini.

3. Menyesuaikan Regulasi dan Memastikan Kepatuhan terhadap Standar Perlindungan Data

Salah satu tantangan utama dalam mengadopsi *insurtech* adalah memastikan kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku, terutama terkait perlindungan data pelanggan dan keamanan transaksi digital.

Perusahaan harus memahami dan mengikuti berbagai regulasi, seperti:

- Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) – Untuk memastikan bahwa data pelanggan tidak disalahgunakan.
- Regulasi dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) – Agar produk asuransi berbasis digital tetap dalam koridor hukum yang berlaku.
- *Anti Money Laundering* (AML) dan *Know Your Customer* (KYC) – Untuk mencegah kejahatan keuangan dalam transaksi asuransi digital.

Ilustrasi:

Jika perusahaan asuransi ingin menawarkan produk asuransi berbasis *blockchain*, mereka harus memastikan bahwa seluruh transaksi terenkripsi dan tidak dapat dimanipulasi, serta mendapatkan izin dari regulator sebelum meluncurkan produk ke pasar.

Bagian *legal* dan *compliance* dalam perusahaan harus bekerja sama dengan regulator dan memastikan seluruh operasional digital sesuai dengan hukum yang berlaku.

4. Membangun Ekosistem Kerja Sama dengan *Fintech* dan *Startup Insurtech*

Daripada membangun teknologi dari nol, perusahaan asuransi bisa berkolaborasi dengan perusahaan *fintech* dan *startup insurtech* untuk mempercepat transformasi digital mereka.

Beberapa bentuk kerja sama yang bisa dilakukan adalah:

- Menggunakan teknologi AI dari *startup insurtech* untuk otomatisasi *underwriting* dan klaim.
- Berkolaborasi dengan *e-commerce* dan *platform ride-hailing* untuk menjual produk asuransi secara digital.
- Mengintegrasikan layanan dengan bank digital dan dompet elektronik agar pelanggan bisa membayar premi dengan lebih mudah.

Ilustrasi:

Perusahaan asuransi bisa bekerja sama dengan *platform* transportasi *online* untuk menawarkan asuransi perjalanan berbasis per kilometer. Setiap kali pengguna memesan perjalanan, mereka bisa membeli asuransi langsung melalui aplikasi.

Ekosistem ini memungkinkan perusahaan asuransi untuk lebih cepat menjangkau pasar dan menawarkan produk yang sesuai dengan gaya hidup masyarakat modern.

5. Menyiapkan Modal dan Tenaga Kerja yang Kompeten

Untuk bertransformasi menjadi *insurtech*, perusahaan asuransi membutuhkan modal yang cukup besar untuk investasi teknologi, SDM, dan operasional. Modal ini dapat berasal dari:

- Dana internal perusahaan untuk investasi jangka panjang.
- Pendanaan dari investor atau *venture capital* jika perusahaan ingin berkembang lebih agresif.
- Kemitraan strategis dengan perusahaan teknologi untuk berbagi risiko dan keuntungan.

Selain modal, perusahaan juga harus merekrut tenaga kerja dengan keahlian di bidang:

- *Software Engineering* – Untuk membangun *platform* digital dan aplikasi seluler.
- *Data Science & AI* – Untuk menganalisis data pelanggan dan mengembangkan model *underwriting* yang lebih akurat.
- *Cybersecurity Expert* – Untuk memastikan keamanan data dan transaksi pelanggan.
- *Digital Marketing* – Untuk menjangkau pasar yang lebih luas melalui strategi pemasaran digital.

Ilustrasi:

Alih-alih hanya mengandalkan agen konvensional, perusahaan asuransi kini harus mempekerjakan *digital marketer* yang paham cara menggunakan *Facebook Ads*, *Google Ads*, dan SEO untuk menarik pelanggan secara *online*.

Kesimpulan

Bertransformasi menjadi perusahaan *insurtech* bukan hanya soal mengadopsi teknologi, tetapi juga tentang mengubah cara berpikir dan bekerja. Perusahaan harus siap berinvestasi dalam platform digital, teknologi AI, kepatuhan regulasi, dan tenaga kerja baru untuk bersaing dalam era asuransi digital.

Jika dilakukan dengan benar, transformasi ini akan membuka peluang baru, meningkatkan efisiensi, dan memberikan pengalaman pelanggan yang lebih baik. *Insurtech*

bukan sekadar tren, tetapi masa depan industri perasuransian. Perusahaan yang bergerak cepat dan beradaptasi akan menjadi pemimpin pasar, sementara yang lambat berisiko tertinggal dan kehilangan pangsa pasar.

Jadi, apakah perusahaan asuransi tradisional siap untuk masuk ke dunia *insurtech*?

21.6 *Insurtech* Yang Berhasil

Industri *insurtech* telah berkembang pesat di berbagai negara, dengan sejumlah perusahaan menonjol karena inovasi dan keunggulan mereka. Berikut adalah beberapa perusahaan *insurtech* terkemuka dari berbagai negara, beserta informasi mengenai kepemilikan, keunggulan, persiapan awal, modal yang disiapkan, tahun operasi, dan pemiliknya:

1. Bolttech (Singapura)

Tahun Berdiri: 2020

- Pemilik: Didirikan sebagai bagian dari Pacific Century Group.
- Modal Awal: Pada Desember 2024, *Bolttech* mengumpulkan lebih dari $100 juta dalam putaran pendanaan Seri C, yang dipimpin oleh Dragon Fund dari Mitsubishi UFJ *Financial Group* dan *Liquidity Group*, dengan valuasi mencapai $2,1 miliar.
- Keunggulan: *Bolttech* mengoperasikan *platform* digital yang menghubungkan asuransi, distributor, dan pelanggan untuk membeli dan menjual produk asuransi di lebih dari 35 pasar di Amerika Utara, Asia, Eropa, dan Afrika.
- Persiapan Awal: Sejak awal, *Bolttech* fokus pada membangun ekosistem yang menghubungkan mitra

distribusi dengan penyedia asuransi, memanfaatkan teknologi untuk memfasilitasi distribusi asuransi yang lebih efisien.

2. ZhongAn *Online* P&C *Insurance* (Tiongkok)

- Tahun Berdiri: 2013
- Pemilik: Didirikan bersama oleh Alibaba, Tencent, dan Ping An *Insurance*.
- Modal Awal: Tidak tersedia informasi spesifik mengenai modal awal. Namun, sebagai perusahaan publik, ZhongAn telah menarik investasi signifikan sejak IPO-nya pada 2017.
- Keunggulan: ZhongAn adalah perusahaan asuransi *online* pertama di Tiongkok yang sepenuhnya berbasis digital, menawarkan berbagai produk asuransi melalui *platform online* tanpa agen tradisional.
- Persiapan Awal: Memanfaatkan ekosistem digital dari Alibaba dan Tencent untuk mendistribusikan produk asuransi secara luas dan efisien.

3. PolicyBazaar (India)

- Tahun Berdiri: 2008
- Pemilik: Didirikan oleh Yashish Dahiya, Alok Bansal, dan Avaneesh Nirjar.
- Modal Awal: PolicyBazaar telah mengumpulkan total pendanaan lebih dari $766 juta hingga 2021.
- Keunggulan: Sebagai agregator asuransi terkemuka di India, PolicyBazaar memungkinkan pelanggan untuk membandingkan dan membeli berbagai produk asuransi secara *online*.
- Persiapan Awal: Fokus pada edukasi pasar dan transparansi harga, memberikan pelanggan alat untuk membuat keputusan yang tepat mengenai asuransi.

4. Alan (Prancis)

- Tahun Berdiri: 2016
- Pemilik: Didirikan oleh Jean-Charles Samuelian dan Charles Gorintin.
- Modal Awal: Alan mengumpulkan €12 juta dalam pendanaan Seri A dan telah mengumpulkan total lebih dari €125 juta hingga 2020.
- Keunggulan: Menawarkan asuransi kesehatan digital dengan proses pendaftaran dan klaim yang sederhana, serta layanan pelanggan yang responsif.
- Persiapan Awal: Membangun *platform* yang memprioritaskan kemudahan penggunaan dan transparansi biaya bagi pelanggan.

5. Singlife (Singapura)

- Tahun Berdiri: 2014
- Pemilik: Didirikan oleh Walter de Oude.
- Modal Awal: Singlife mengumpulkan $50 juta dalam pendanaan awal dan kemudian bergabung dengan Aviva Singapore dalam kesepakatan senilai $3,2 miliar pada 2020.
- Keunggulan: Menawarkan produk asuransi jiwa dan tabungan yang fleksibel melalui platform digital, memungkinkan pelanggan untuk mengelola polis mereka secara mandiri.
- Persiapan Awal: Fokus pada digitalisasi proses asuransi dan memberikan kontrol lebih kepada pelanggan atas produk mereka.

6. Trov (Amerika Serikat)

- Tahun Berdiri: 2012
- Pemilik: Didirikan oleh Scott Walchek.
- Modal Awal: Trov mengumpulkan lebih dari $114 juta dalam beberapa putaran pendanaan.
- Keunggulan: Menyediakan asuransi *on-demand* untuk barang-barang pribadi, memungkinkan pelanggan untuk mengaktifkan dan menonaktifkan perlindungan melalui aplikasi mobile.

7. Next *Insurance* (Amerika Serikat)

- Tahun Berdiri: 2016
- Pemilik: Didirikan oleh Guy Goldstein, Alon Huri, dan Nissim Tapiro.
- Modal Awal: Next Insurance telah mengumpulkan total pendanaan lebih dari $880 juta hingga 2021.
- Keunggulan: Fokus

21.7 *Insuretech* di Israel

Israel telah memantapkan dirinya sebagai pusat global untuk inovasi *insurtech*, dengan lebih dari 200 startup yang aktif dalam industri ini. Berikut adalah beberapa perusahaan *InsurTech* terkemuka di Israel:

Lima Perusahaan *Insurtech* Terkemuka di Israel

Berikut ini adalah analisis untuk lima perusahaan *InsurTech* terkemuka di Israel – VOOM, Trusty, EasySend, Bambi Dynamic, dan VOOV *Insurance* – mencakup tahun berdiri, pendiri, pendanaan awal, serta keunggulan masing-masing dibanding *insurtech* dari negara lain. Di akhir, disertakan perbandingan

singkat mengenai pendekatan teknologi, model bisnis, dan inovasi produk kelima perusahaan tersebut.

VOOM

- Tahun Berdiri: 2016.
- Pendiri: Didirikan oleh Tomer Kashi (CEO), bersama Ori Blumenthal (CTO) dan Ronny Ahituv.
- Pendanaan Awal: Pendanaan awal VOOM terdiri dari putaran pendanaan seed dan Seri A. Pada Mei 2019, VOOM keluar dari tahap *stealth* dengan pendanaan Seri A sebesar $5 juta yang dipimpin oleh Arbor Ventures, sehingga total pendanaan saat itu menjadi $7 juta . Kemudian pada 2021 VOOM meraih tambahan $15 juta (total pendanaan naik menjadi $22 juta) untuk ekspansi produk asuransi berbasis penggunaan.
- Keunggulan: VOOM menawarkan *platform* asuransi *on-demand* berbasis telematika untuk kendaraan dan moda transportasi khusus (misalnya *drone*, skuter listrik, sepeda motor, pesawat ringan) dengan model asuransi *usage-based* yang dinamis. Keunikan ini menjadikan VOOM pionir "*InsurTech* 2.0" yang tidak hanya memperbaiki pengalaman membeli asuransi, tetapi mengubah model risiko itu sendiri dengan analitik canggih. Polis VOOM dirancang bagi risiko tinggi yang penggunaannya musiman atau tidak reguler, sehingga premi dihitung secara adil berdasarkan pemakaian nyata. Pendekatan ini memberi VOOM keunggulan dibanding *insurtech* di negara lain yang umumnya masih berfokus pada produk asuransi konvensional; VOOM berhasil menggarap segmen mobilitas baru yang kurang terlayani perusahaan lain, layaknya "Lemonade untuk sektor mobilitas".

Trusty

- Tahun Berdiri: 2018.
- Pendiri: Didirikan oleh Eyal Schwartz (CEO) dan Chen Amishay (*co-founder*), yang merupakan eksekutif berpengalaman di industri perasuransian.
- Pendanaan Awal: Trusty mendapat pendanaan awal berupa investasi *seed* (tidak dipublikasikan jumlahnya). Perusahaan ini kemudian menarik minat investor institusional; misalnya pada 2023, *holding company* TLV *Capital* bergabung sebagai partner strategis untuk mendukung ekspansi Trusty. Masuknya TLV Capital menunjukkan kepercayaan investor terhadap model bisnis Trusty di bidang *platform* agen asuransi digital.
- Keunggulan: Trusty mengembangkan *marketplace* digital inovatif yang menghubungkan broker asuransi, perusahaan asuransi, dan konsumen dalam satu *platform*. Melalui situs Trusty, pembeli asuransi dapat membandingkan penawaran polis dan harga dari banyak penyedia secara mudah, sementara para agen/sales asuransi dapat menawarkan produk mereka langsung ke konsumen tanpa integrasi IT yang rumit. Dengan visi mengubah proses belanja asuransi dari yang menakutkan menjadi sederhana dan nyaman, Trusty memberikan pengalaman yang lebih transparan dibandingkan *platform* di negara lain. Keunggulan ini terletak pada model *agregator* yang memberdayakan berbagai penjual asuransi (termasuk broker independen) untuk bersaing secara sehat secara *online*, sesuatu yang belum umum di banyak pasar luar negeri yang biasanya didominasi portal perbandingan milik perusahaan besar.

EasySend

- Tahun Berdiri: 2016.
- Pendiri: Didirikan oleh Tal Daskal (CEO), Omer Shirazi (COO), dan Eran Shirazi (CTO). Ketiganya memiliki latar belakang di industri keuangan dan teknologi, dengan Tal Daskal berpengalaman dalam transformasi digital perbankan dan asuransi.
- Pendanaan Awal: EasySend memperoleh pendanaan seed sebesar $5 juta (dipimpin Vertex Ventures dan Menora Insurance) dan selanjutnya pendanaan Seri A $11 juta yang dipimpin Hanaco Ventures dengan partisipasi Intel Capital. Total pendanaan awal tersebut sekitar $16 juta pada 2020, yang digunakan untuk mempercepat pengembangan produk dan ekspansi internasional ke Eropa, AS, dan Asia.
- Keunggulan: EasySend menawarkan platform no-code (tanpa perlu pemrograman) yang memungkinkan institusi asuransi dan keuangan mengubah proses manual berbasis formulir kertas menjadi perjalanan digital sepenuhnya. Solusi ini memberdayakan staf non-teknis untuk membuat, menganalisis, dan mengoptimalkan formulir atau *workflow* digital melalui antarmuka *drag-and-drop*, tanpa memerlukan developer. Dibanding *insurtech* dari negara lain, EasySend unggul dalam hal mempercepat transformasi digital: pembuatan formulir atau aplikasi klaim yang biasanya butuh waktu berbulan-bulan dapat dipangkas menjadi hitungan hari. *Platform* EasySend sangat relevan secara global, terutama pasca pandemi COVID-19 yang memaksa perusahaan asuransi beralih ke layanan jarak jauh; EasySend membantu mereka beradaptasi cepat, sebuah kemampuan yang belum banyak dimiliki oleh *insurtech* di negara lain yang tidak berfokus pada sektor ini.

Bambi Dynamic

- Tahun Berdiri: 2017.
- Pendiri: Didirikan oleh Moshe Pinto (CEO) dan Zion Madmon (Chairman), keduanya berpengalaman di bidang teknologi asuransi.
- Pendanaan Awal: Bambi Dynamic mengamankan pendanaan awal sebesar $6 juta melalui putaran Seri A pada tahun 2020 yang dipimpin oleh MS&AD Ventures (korporasi asuransi global asal Jepang) bersama partisipasi The Phoenix Insurance Company (salah satu perusahaan asuransi terbesar di Israel). Pendanaan ini digunakan untuk meluncurkan platform dan produk perdana mereka.
- Keunggulan: Bambi Dynamic menghadirkan *platform* asuransi mobilitas berbasis *white-label*, yang dapat digunakan perusahaan asuransi atau penyedia layanan transportasi untuk menawarkan produk asuransi digital dengan merek mereka sendiri. Teknologi Bambi mendukung fitur *pay-as-you-go* dan penetapan premi dinamis berdasarkan data penggunaan kendaraan, jarak/tempuh, dan perilaku pengemudi. Contohnya, produk pertama mereka "The Phoenix Drive" memungkinkan Phoenix Insurance menawarkan asuransi kendaraan on-demand dengan premi yang disesuaikan secara *real-time* menurut data pengemudi. Keunggulan Bambi dibanding *insurtech* negara lain adalah pendekatan B2B2C yang fleksibel: alih-alih bersaing langsung menjual polis ke konsumen, Bambi memberdayakan perusahaan asuransi *incumbent* untuk memasuki era digital dengan cepat. *Platform* ini mencakup proses ujung-ke-ujung (*onboarding*, *underwriting*, operasi polis, klaim awal) dan integrasi ke berbagai perangkat IoT kendaraan. Hasilnya, mitra asuransi Bambi bisa

menawarkan produk inovatif dengan lebih sedikit hambatan teknologi, memberi mereka keunggulan kompetitif di era ekosistem mobilitas baru. Secara global, model kemitraan ini mirip dengan *insurtech* seperti Trov, namun Bambi unggul dengan dukungan data lokal dan kolaborasi erat bersama insurer besar Israel, menjadikannya pionir regional dalam asuransi mobilitas digital.

VOOV *Insurance*

- Tahun Berdiri: Sekitar 2019. (Detail tahun pendirian resmi VOOV tidak banyak dipublikasikan; diperkirakan akhir 2010-an seiring maraknya *insurtech* di Israel).
- Pendiri: Informasi mengenai pendiri VOOV *Insurance* tidak tersedia luas. VOOV dikembangkan oleh tim yang berfokus pada pemasaran digital dan teknologi asuransi. Beberapa sumber menyiratkan VOOV berkaitan dengan perusahaan konsultasi digital di sektor finansial, namun nama individu pendirinya tidak tercantum.
- Pendanaan Awal: Tidak dipublikasikan. VOOV tampaknya merupakan *venture* yang didanai secara privat atau melalui *bootstrapping*, berfokus pada pengembangan *platform* dulu sebelum mencari pendanaan eksternal.
- Keunggulan: VOOV Insurance dikenal sebagai *platform* digital yang menggabungkan konten edukatif dan distribusi asuransi secara *online*. Berbeda dari *insurtech* lain yang menjual produk secara langsung, VOOV menekankan peningkatan literasi dan pengalaman pengguna dalam asuransi. Platform ini menyediakan informasi asuransi yang komprehensif – misalnya panduan tentang pentingnya perlindungan asuransi perjalanan dan kesehatan – sehingga calon nasabah lebih paham sebelum membeli.

Strategi konten dan pemasaran digital VOOV membantu menjembatani kesenjangan antara perusahaan asuransi dan konsumen dengan cara yang jarang ditemui di negara lain. Dengan pendekatan *customer-centric* ini, VOOV membangun keunggulan kompetitif melalui kepercayaan pengguna dan jangkauan digital. Hal tersebut berbeda dengan banyak *insurtech* luar negeri yang fokus utamanya pada inovasi produk semata; VOOV justru menonjol dalam hal pengalaman pengguna dan edukasi, yang pada akhirnya memperkuat loyalitas dan menarik pelanggan baru ke layanan asuransi.

Perbandingan Pendekatan Teknologi, Model Bisnis, dan Inovasi Produk

Kelima perusahaan di atas sama-sama berakar pada inovasi di industri perasuransian, namun dengan fokus dan model yang berbeda:

- Pendekatan Teknologi: VOOM dan Bambi Dynamic sama-sama memanfaatkan telematika dan analitik data untuk asuransi berbasis penggunaan di sektor mobilitas. Keduanya mengandalkan aplikasi mobile/IoT untuk memantau perilaku pengguna (pengendara atau pilot drone) dan menghitung risiko secara dinamis. Di lain pihak, EasySend menggunakan teknologi *no-code* dan automasi proses untuk mendigitalisasi formulir dan alur kerja, sebuah pendekatan teknologis yang memberdayakan institusi asuransi dari segi operasional internal. Trusty dan VOOV *Insurance* lebih berfokus pada *platform* web; Trusty membangun marketplace dengan algoritma perbandingan harga, sedangkan VOOV mengoptimalkan *content management system* dan strategi

SEO/medsos untuk menjangkau audiens asuransi secara luas.

- Model Bisnis: Perbedaan model sangat terlihat. VOOM menjalankan model MGA/Broker digital yang menjual polis *usage-based* langsung ke konsumen (B2C) di ceruk *niche* (contoh: asuransi *drone* atau *e-scooter*). Bambi Dynamic menerapkan model B2B2C dengan menjadi penyedia *platform* bagi perusahaan asuransi lain (mereka mendapatkan pendapatan dari lisensi teknologi dan kemitraan penjualan polis). EasySend murni B2B (SaaS), menjual layanan *platform* ke perusahaan asuransi, bank, dan lembaga keuangan untuk transformasi digital proses mereka. Sementara itu, Trusty menggabungkan B2B2C – melayani konsumen akhir yang membeli polis sekaligus memberdayakan broker/agensi asuransi yang bermitra di platformnya. VOOV Insurance cenderung beroperasi sebagai *enabler*/*affiliate* di ranah digital marketing: kemungkinan memperoleh pendapatan dari *lead generation* atau kemitraan komisi dengan perusahaan asuransi, alih-alih menjual polis sendiri. Dengan demikian, ada yang bertindak sebagai penjual langsung (VOOM), penyedia teknologi bagi penjual (EasySend, Bambi), *aggregator* multi-penyedia (Trusty), hingga fasilitator informasi/pemasaran (VOOV).
- Inovasi Produk: Semua perusahaan ini menawarkan inovasi produk/jasa yang berbeda. VOOM menghadirkan produk asuransi unik seperti polis per kilometer untuk kendaraan bermotor atau asuransi on-demand harian untuk drone – sesuatu yang jarang ditawarkan oleh *insurer* tradisional. Bambi Dynamic memungkinkan lahirnya produk asuransi mobil yang berbasis penggunaan (*pay-as-you-drive*) dengan label perusahaan asuransi mapan, sehingga inovasi muncul

dari sisi *backend* teknologi yang mengubah produk asuransi konvensional menjadi fleksibel. EasySend bukan inovasi pada produk asuransi per se, tapi layanannya mengubah cara produk asuransi disajikan – misalnya, klaim asuransi atau aplikasi polis yang biasanya berupa berkas PDF/kertas diubah menjadi perjalanan interaktif digital, meningkatkan user experience. Trusty menginovasi cara membeli asuransi dengan marketplace yang transparan; konsumen dapat mendapatkan penawaran terbaik layaknya membandingkan hotel di Agoda, hal yang di banyak negara masih terbatas untuk produk asuransi sederhana. Sedangkan VOOV Insurance inovatif dalam hal pendekatan pemasaran dan edukasi – menjual asuransi tidak lagi hanya soal polis, tapi juga konten yang mendidik konsumen, sehingga tercipta hubungan jangka panjang.

Secara ringkas, perusahaan-perusahaan *insurtech* Israel ini menunjukkan kekayaan inovasi: dari teknologi *no-code*, telematika, *marketplace*, hingga strategi konten. Masing-masing mengisi niche berbeda dalam rantai nilai asuransi. Kombinasi pendekatan mereka memperlihatkan bagaimana *insurtech* Israel berupaya memimpin perubahan – tidak hanya di pasar domestik tetapi juga berpengaruh secara global melalui model-model bisnis dan produk yang dapat direplikasi atau diadaptasi oleh *insurtech* di negara lain.

Sumber: Analisis ini disusun berdasarkan informasi resmi dari situs perusahaan, laporan pendanaan, dan publikasi industri serta sumber berita teknologi dan asuransi terkait lainnya. Semua data dan pernyataan telah diperiksa keakuratannya sesuai referensi yang tercantum.

21.8 *Insurtech* Gagal?

Beberapa perusahaan *insurtech* telah mengalami tantangan signifikan yang mengarah pada kerugian besar atau bahkan kegagalan operasional. Berikut adalah beberapa contoh perusahaan tersebut, alasan di balik kegagalan mereka, dan nilai kerugian yang dialami:

Perusahaan *Insurtech* yang Gagal dan Alasan Kegagalannya

1. Metromile (AS) – Akuisisi yang Tidak Menguntungkan

Kerugian: Tidak menguntungkan sejak IPO, akhirnya dijual ke Lemonade pada tahun 2022 dengan harga lebih rendah dari valuasi awal.

Alasan Kegagalan:

- Biaya Akuisisi Pelanggan yang Tinggi: Model bisnis berbasis asuransi per mil (*pay-per-mile*) ternyata memerlukan biaya pemasaran besar untuk memperoleh pelanggan baru.
- Skala Ekonomi yang Tidak Tercapai: Tidak cukup banyak pelanggan yang mendaftar, sehingga tidak mencapai titik impas (*break-even point*).
- Valuasi Berlebihan saat IPO: Saat *go public*, perusahaan dihargai terlalu tinggi dibandingkan profitabilitasnya.

2. Hippo (AS) – Saham Jatuh Drastis

- Kerugian: Penurunan harga saham lebih dari 90% sejak IPO pada 2021.
- Tahun Berdiri: 2015
- Pemilik: Didirikan oleh Assaf Wand dan Eyal Navon.

- Modal Awal: Hippo mengumpulkan $14 juta dalam pendanaan awal dan telah mengumpulkan total lebih dari $700 juta hingga 2021.
- Keunggulan: Menawarkan asuransi pemilik rumah dengan proses yang disederhanakan dan perlindungan yang lebih komprehensif, seringkali dengan premi yang lebih rendah.

Persiapan Awal: Mengidentifikasi kekurangan dalam produk asuransi rumah tradisional dan membangun solusi yang lebih sesuai dengan kebutuhan pelanggan modern.

Alasan Kegagalan:

- Tingkat Klaim yang Tinggi: Banyak klaim akibat cuaca buruk dan peristiwa yang tidak dapat diprediksi, yang meningkatkan biaya operasional.
- Kurangnya Kepercayaan Investor: Model bisnisnya dianggap terlalu berisiko oleh investor.
- Persaingan Ketat: *InsurTech* lain seperti Lemonade lebih unggul dalam hal inovasi dan pemasaran.

3. Root Insurance (AS) – Kehilangan Kepercayaan Pasar

Kerugian: Nilai saham turun dari lebih dari $20 saat IPO menjadi di bawah $1 pada tahun 2023.

Alasan Kegagalan:

- Kesulitan dalam Underwriting: Model asuransi berbasis AI mereka kurang akurat dalam menilai risiko pengemudi.
- Kerugian Finansial Berkelanjutan: Biaya akuisisi pelanggan lebih besar dibandingkan pendapatan premi yang diperoleh.
- Persaingan dengan Perusahaan Konvensional: Perusahaan asuransi tradisional mulai mengadopsi teknologi yang sama, sehingga Root kehilangan keunggulannya.

4. Luko (Prancis) – Gagal Mengelola Operasional dan Regulasi

Kerugian: Terpaksa menjual portofolio polisnya ke Allianz setelah gagal mendapatkan profitabilitas.

Alasan Kegagalan:

- Kesulitan dalam Menyesuaikan Regulasi: Regulasi asuransi di Eropa ketat dan membutuhkan cadangan modal besar, yang sulit dipenuhi oleh startup *InsurTech*.
- Tidak Mencapai Skala yang Dibutuhkan: Tidak cukup banyak pelanggan yang mendaftar dibandingkan ekspektasi awal mereka.
- Model Bisnis yang Tidak Berkelanjutan: Terlalu mengandalkan inovasi teknologi tanpa memperhitungkan efisiensi biaya.

5. Zego (Inggris) – Valuasi Anjlok dan Pengurangan Tenaga Kerja

Kerugian: Mengalami kesulitan dalam mendapatkan putaran pendanaan lanjutan dan harus melakukan PHK besar-besaran.

Alasan Kegagalan:

- Ekonomi Makro yang Tidak Mendukung: Kenaikan suku bunga global membuat investor lebih berhati-hati dalam mendanai startup yang belum menguntungkan.
- Regulasi yang Semakin Ketat: Otoritas Keuangan Inggris (FCA) memperketat aturan bagi perusahaan *InsurTech*.
- Persaingan yang Ketat: Pemain besar seperti Aviva dan AXA mulai meluncurkan produk digital yang menyaingi *InsurTech*.

8. Bright Health Group, Clover Health, dan Oscar Health

Kerugian: Pada kuartal pertama tahun 2023, ketiga perusahaan ini secara kolektif melaporkan kerugian sebesar US$281,7 juta.

Alasan Kegagalan:

- Model Bisnis yang Belum Terbukti: Sebagai perusahaan *InsurTech*, mereka menghadapi tantangan dalam membuktikan keberlanjutan model bisnis mereka di pasar yang kompetitif.
- Biaya Operasional yang Tinggi: Pengeluaran yang signifikan untuk akuisisi pelanggan dan pengembangan teknologi meningkatkan beban biaya.
- Regulasi yang Ketat: Kepatuhan terhadap regulasi asuransi yang kompleks menambah tantangan operasional dan finansial.

Beberapa perusahaan *insurtech* di Indonesia dan dunia mengalami kegagalan dalam operasionalnya. Berikut adalah beberapa contoh dan faktor penyebabnya:

Indonesia

1. **Futuready**: Futuready merupakan salah satu *insurtech* di Indonesia yang menghadapi tantangan dalam mempertahankan operasionalnya. Meskipun informasi spesifik mengenai penyebab kegagalannya tidak banyak dipublikasikan, beberapa faktor umum yang sering menjadi penyebab kegagalan *insurtech* di Indonesia meliputi:
    - Rendahnya Literasi Asuransi: Banyak masyarakat Indonesia yang belum memahami pentingnya asuransi, sehingga adopsi produk asuransi digital menjadi lambat.

- Kepercayaan Konsumen: Kasus gagal bayar yang terjadi di industri perasuransian turut mempengaruhi reputasi *insurtech*, sehingga konsumen menjadi ragu untuk menggunakan layanan asuransi digital.
- Kolaborasi dengan Mitra: Kurangnya kolaborasi strategis dengan mitra seperti e-commerce atau platform digital lainnya dapat membatasi jangkauan pasar *insurtech*.
- Pemilik: Futuready adalah bagian dari AEGON, sebuah perusahaan asuransi multinasional yang berbasis di Belanda.
- Mitra: Futuready telah bekerja sama dengan 58 perusahaan asuransi di Indonesia untuk menyediakan berbagai produk asuransi kepada pelanggannya.
- Kerugian: Informasi spesifik mengenai jumlah kerugian finansial yang dialami Futuready tidak dipublikasikan secara luas. Namun, perusahaan ini secara resmi menghentikan operasinya pada tahun 2022. https://www.techinasia.com/id-insurtech-futuready-officially-shuts?utm_source=chatgpt.com

2. **iGrow dan Simas *Insurtech***: Kasus lain melibatkan kerja sama antara *platform fintech* iGrow dan PT Asuransi Simas *Insurtech*. Lender iGrow mengeluhkan klaim asuransi yang tidak cair, sementara Simas *Insurtech* menyatakan bahwa kerja sama mereka telah berakhir pada 2019. Hal ini menunjukkan pentingnya komunikasi yang jelas dan transparan antara *insurtech* dan mitranya.
   - Kerugian: Tidak disebutkan secara spesifik, namun perusahaan menghadapi masalah terkait klaim asuransi lender yang tidak cair.
   - Alasan Kegagalan:

Berakhirnya Kerja Sama Asuransi: Kerjasama antara iGrow dan Simas *Insurtech* berakhir sejak 2019, menyebabkan proyek yang gagal bayar sejak 2020 hingga 2023 tidak dalam proteksi asuransi.

Kurangnya Transparansi: Ketidakjelasan informasi mengenai status proteksi asuransi bagi lender menimbulkan ketidakpercayaan.

https://keuangan.kontan.co.id/news/klaim-asuransi-lender-igrow-tak-cair-simas-insurtech-sebut-kerja-sama-berakhir-2019?utm_source=chatgpt.com

Insurtech sangat cepat sekali berubah, dari perusahaan yang hebat, namun bisa terjun bebas dalam waktu singkat. Wefox dan Lemonade adalah 2 perusahaan yang awalnya dianggap berhasil, namun dalam waktu singkat berubah dan apakah akan menanjak atau menukik?

1. **Wefox (Eropa)**: Wefox, salah satu *insurtech* terkemuka di Eropa, mengalami penurunan signifikan dalam pendanaannya. Hal ini mencerminkan tantangan yang dihadapi *insurtech* dalam mempertahankan model bisnis yang berkelanjutan di tengah persaingan yang ketat.
   - Pemilik: Didirikan oleh Julian Teicke, Fabian Wesemann, dan Dario Fazlic, pada tahun 2015 dan berbasis di Jerman.
   - Mitra: Wefox bekerja sama dengan berbagai perusahaan asuransi dan memiliki jaringan agen yang luas untuk mendistribusikan produk asuransi.
   - Modal Awal: Hingga 2021, WeFox telah mengumpulkan lebih dari $900 juta dalam pendanaan.
   - Persiapan Awal: Membangun platform yang mengintegrasikan data untuk memberikan rekomendasi produk yang lebih tepat kepada pelanggan.

- Keunggulan: WeFox menggabungkan teknologi dengan jaringan broker tradisional untuk menawarkan pengalaman asuransi yang lebih baik dan personalisasi bagi pelanggan.
- Kerugian: Wefox Insurance AG melaporkan kerugian sebesar €35,8 juta pada tahun 2023, meningkat dari €32,1 juta pada tahun 2022. Pada Mei 2024, perusahaan memperingatkan pemegang saham tentang potensi risiko kebangkrutan jika tidak ada langkah restrukturisasi yang berhasil.

2. **Lemonade (AS)**: Lemonade awalnya dikenal dengan pendekatan digital yang inovatif dalam penjualan asuransi. Namun, perusahaan ini menghadapi tantangan dalam memenuhi ekspektasi profitabilitas dan mempertahankan pertumbuhan pelanggan yang stabil.
   - Pemilik: Lemonade didirikan oleh Daniel Schreiber dan Shai Wininger pada tahun 2015, berbasis di New York, AS.
   - Modal Awal: Lemonade mengumpulkan $13 juta dalam pendanaan awal dan mencapai total pendanaan lebih dari $480 juta sebelum IPO pada 2020.
   - Mitra: Lemonade menggunakan model bisnis direct-to-consumer tanpa perantara tradisional, sehingga tidak memiliki mitra distribusi seperti agen atau broker.
   - Keunggulan: Menggunakan kecerdasan buatan dan chatbot untuk menjual polis asuransi dan memproses klaim dengan cepat, seringkali dalam hitungan menit.
   - Persiapan Awal: Fokus pada pengalaman pengguna yang sederhana dan transparan, serta model bisnis yang menyumbangkan sisa premi untuk am

- Kerugian: Meskipun Lemonade telah berhasil mengumpulkan pendanaan signifikan dan *go public* pada tahun 2020, perusahaan ini terus mengalami kerugian operasional. Namun, angka spesifik mengenai kerugian terbaru tidak tersedia dalam sumber yang diberikan. Perusahaan ini berfokus pada pertumbuhan pelanggan dan ekspansi produk, yang memerlukan investasi besar dan mempengaruhi profitabilitas jangka pendek.

Apakah Wefox (Jerman) dan Lemonade (Amerika Serikat) termasuk perusahaan *insurtech* yang gagal atau berhasil, perlu melihat dari beberapa dimensi: performa keuangan, pertumbuhan pelanggan, inovasi, daya tahan terhadap krisis, dan ekspektasi investor.

Berikut analisisnya:

1. Wefox (Jerman): Antara Inovator dan Krisis

Apa yang Membuat Wefox Tampak Berhasil:

- Didirikan tahun 2015, Wefox sempat dianggap salah satu *insurtech* paling sukses di Eropa.
- Membangun *platform* distribusi asuransi digital dengan ribuan mitra broker dan agen.
- Pendanaan besar: Menerima lebih dari $1 miliar dana investasi, termasuk dari investor besar seperti Mubadala dan OMERS.
- Mampu menembus berbagai pasar Eropa, dan mengklaim sebagai “perusahaan *insurtech* yang *profitable* secara operasional.”

Namun, Tantangan Mulai Muncul:

- Pada 2023–2024, laporan keuangan menunjukkan kerugian besar mencapai €35,8 juta, dan muncul peringatan kepada investor tentang potensi kebangkrutan (*insolvency risk*) jika tidak ada restrukturisasi menyeluruh.
- Wefox mulai menutup beberapa lini bisnis, memotong biaya operasional, dan beralih dari model B2C ke fokus B2B.
- Dikhawatirkan tidak bisa memenuhi target pertumbuhan dan profitabilitas dalam jangka pendek.

Kesimpulan untuk Wefox:

Wefox bukan gagal total, tapi dalam kondisi kritis.

Ia pernah jadi bintang industri, namun kini menghadapi tekanan besar dari pasar, struktur biaya, dan ekspektasi investor. Jika tidak segera bertransformasi atau mendapatkan suntikan strategis, risikonya sangat tinggi. Jadi statusnya: “di ambang kegagalan”.

2. Lemonade (Amerika Serikat): Ikon Inovasi, Tapi Belum Menguntungkan

Apa yang Membuat Lemonade Tampak Berhasil:

- Dikenal luas karena menggabungkan AI, *machine learning*, dan UX desain dalam produk asuransi.
- Model bisnisnya menarik: menggunakan premi untuk amal jika tidak ada klaim (meningkatkan kepercayaan konsumen).
- Go public (IPO) di NYSE pada 2020, menjadi salah satu *insurtech* pertama yang melantai di bursa.
- Memiliki portofolio produk yang berkembang: asuransi rumah, penyewa, jiwa, hewan peliharaan, dan kendaraan.

Tantangan Besar Lemonade:

- Meski punya brand kuat dan inovasi, Lemonade belum mencapai profitabilitas, bahkan kerugian operasional terus berlanjut.
- Kritik terhadap tingginya biaya akuisisi pelanggan, klaim ratio yang membengkak, dan pertumbuhan yang mulai melambat.
- Harga saham pasca-IPO mengalami penurunan signifikan, mencerminkan ketidakpuasan pasar terhadap kinerja keuangan.

Kesimpulan untuk Lemonade:

Lemonade berhasil secara inovasi dan branding, tapi gagal dalam profitabilitas jangka pendek.

Perusahaan ini masih hidup dan berkembang, namun harus membuktikan bahwa model digital-first yang mereka usung bisa *sustainable* dalam jangka panjang. Statusnya: “berhasil bertahan, tapi masih diuji waktu.”

Perbandingan Singkat

Aspek	Wefox	Lemonade
Status	Dalam tekanan keuangan	Masih bertahan, tapi belum untung
Pendanaan	Sangat besar (> $1 miliar)	Besar, termasuk IPO
Inovasi Teknologi	Model distribusi hybrid	Model AI dan *peer-to-peer*
Risiko Bangkrut	Tinggi (perlu restrukturisasi)	Rendah, tapi *profit* belum tercapai
Keberhasilan Umum	Gagal sebagian, dalam masa krisis	Berhasil secara inovasi, belum untung

Kesimpulan Umum

- Wefox: Sedang menuju kegagalan jika tidak ada restrukturisasi besar. Dulu sukses, sekarang menghadapi titik balik.
- Lemonade: Belum gagal, tapi belum bisa dibilang sukses secara finansial. Tetap dianggap pemimpin dalam inovasi *insurtech* global.



Faktor Umum Penyebab Kegagalan *Insurtech*

- Kurangnya Pemahaman Industri: Beberapa *insurtech* gagal memahami kompleksitas industri perasuransian, yang menyebabkan kesulitan dalam menyesuaikan produk mereka dengan kebutuhan pasar.
- Regulasi yang Ketat: industri perasuransian diatur oleh regulasi yang ketat. *Insurtech* yang tidak mematuhi atau gagal beradaptasi dengan regulasi tersebut berisiko menghadapi sanksi atau kehilangan izin operasional.
- Kepercayaan Konsumen: Membangun kepercayaan dalam layanan asuransi digital memerlukan waktu dan transparansi. Kasus gagal bayar atau layanan yang tidak memuaskan dapat merusak reputasi *insurtech* secara signifikan.
- Pendanaan dan Profitabilitas: Banyak *insurtech* bergantung pada pendanaan eksternal. Ketidakmampuan mencapai profitabilitas dalam jangka waktu yang diharapkan dapat menyebabkan penurunan kepercayaan investor dan kesulitan keuangan.

Memahami faktor-faktor tersebut penting bagi *insurtech* yang ingin sukses di pasar yang kompetitif dan teregulasi dengan ketat.

Analisis Kegagalan Perusahaan *Insurtech* dan Pelajaran bagi Industri

Dari berbagai kasus kegagalan *Insurtech* di atas, ada beberapa pola yang bisa diidentifikasi. Saya akan membahasnya dalam beberapa aspek utama:

1. Valuasi Berlebihan dan Harapan yang Tidak Realistis

Masalah:

Banyak perusahaan *insurtech* yang mengalami valuasi berlebihan saat mendapatkan pendanaan awal atau saat melakukan IPO. Investor memiliki ekspektasi tinggi bahwa teknologi akan secara drastis meningkatkan efisiensi dan menurunkan biaya operasional, tetapi kenyataan di lapangan tidak semudah itu.

Contoh:

- Metromile dihargai terlalu tinggi saat IPO, tetapi bisnisnya tidak cukup menguntungkan, sehingga akhirnya dijual ke Lemonade dengan harga jauh di bawah valuasi awalnya.
- Hippo dan Root Insurance mengalami penurunan harga saham lebih dari 90% karena model bisnis mereka ternyata tidak mampu menghasilkan keuntungan jangka panjang.

Pelajaran:

- Perusahaan *insurtech* perlu lebih realistis dalam valuasi mereka dan tidak hanya mengandalkan ekspektasi investor.
- Fokus harus lebih pada profitabilitas, bukan sekadar pertumbuhan jumlah pelanggan.

2. Kesalahan dalam Manajemen Risiko dan *Underwriting*

Masalah:

Asuransi adalah bisnis berbasis risiko. Perusahaan *insurtech* sering mengklaim bahwa AI dan algoritma mereka dapat mengungguli metode tradisional dalam *underwriting* dan manajemen klaim. Namun, dalam praktiknya, mereka sering kali

menghadapi tantangan besar dalam memperhitungkan faktor risiko yang kompleks.

Contoh:

- Root Insurance mencoba menilai risiko pengemudi hanya berdasarkan data dari smartphone mereka. Namun, model ini tidak selalu akurat, sehingga banyak klaim yang akhirnya lebih mahal dari premi yang diterima.
- Hippo Insurance mengalami lonjakan klaim akibat cuaca buruk dan gagal mengantisipasi risiko ini secara memadai.

Pelajaran:

- Teknologi bisa membantu *underwriting*, tetapi tidak bisa sepenuhnya menggantikan pengalaman dan metodologi tradisional dalam menilai risiko.
- Perusahaan *insurtech* harus memiliki pendekatan hybrid: kombinasi antara AI dan analisis manusia untuk menghindari kegagalan dalam penilaian risiko.

3. Biaya Akuisisi Pelanggan yang Sangat Tinggi

Masalah:

Banyak insurtech mengandalkan strategi pemasaran agresif untuk mendapatkan pelanggan baru, tetapi biaya akuisisi pelanggan (*Customer Acquisition Cost*/CAC) sering kali lebih tinggi daripada premi yang mereka terima dalam beberapa tahun pertama.

Contoh:

- Metromile dan Hippo menghabiskan banyak dana untuk iklan digital, tetapi gagal mencapai jumlah pelanggan yang cukup untuk mencapai skala ekonomi.

- Zego di Inggris menghadapi kesulitan karena sulit bersaing dengan perusahaan asuransi tradisional yang sudah memiliki basis pelanggan besar.

Pelajaran:

- *Insurtech* harus lebih fokus pada strategi pemasaran yang efisien dan memastikan bahwa biaya akuisisi pelanggan tidak lebih besar dari nilai seumur hidup pelanggan (*Customer Lifetime Value*/CLV).
- Kemitraan dengan perusahaan lain (seperti *fintech* atau *marketplace*) bisa menjadi strategi yang lebih efisien untuk memperoleh pelanggan baru tanpa biaya pemasaran besar.

4. Ketatnya Regulasi di Industri Perasuransian

Masalah:

Asuransi adalah industri yang sangat diatur oleh pemerintah. Perusahaan *insurtech* sering menghadapi tantangan dalam memenuhi regulasi, termasuk persyaratan solvabilitas dan perlindungan data pelanggan.

Contoh:

- Luko di Prancis gagal memenuhi persyaratan regulasi dan akhirnya harus menjual portofolio polisnya ke Allianz.
- Zego menghadapi aturan ketat dari *Financial Conduct Authority* (FCA) di Inggris, yang memperlambat pertumbuhan mereka.

Pelajaran:

- *Insurtech* harus memahami regulasi di setiap negara tempat mereka beroperasi dan bekerja sama dengan regulator sejak awal.

- Modal yang cukup harus disiapkan untuk memenuhi persyaratan solvabilitas dan kepatuhan hukum.

5. Kompetisi dari Perusahaan Asuransi Tradisional

Masalah:

Awalnya, *insurtech* tampak revolusioner dan diperkirakan akan mengalahkan perusahaan asuransi tradisional. Namun, perusahaan-perusahaan besar seperti Allianz, AXA, Prudential, dan Ping An mulai beradaptasi dan mengembangkan layanan digital mereka sendiri, sehingga *insurtech* kehilangan keunggulan kompetitifnya.

Contoh:

- *Root Insurance* mengalami kesulitan karena banyak perusahaan asuransi konvensional mulai mengadopsi teknologi yang sama dalam underwriting dan klaim.
- Metromile menghadapi persaingan dari perusahaan asuransi besar yang mulai menawarkan produk berbasis penggunaan (*usage-based insurance*).

  Pelajaran:

- *Insurtech* tidak bisa hanya mengandalkan inovasi teknologi, tetapi juga harus membangun strategi bisnis yang kuat dan berkelanjutan.
- Kemitraan dengan perusahaan asuransi tradisional bisa menjadi solusi yang lebih baik daripada bersaing langsung.

Tambahan: Faktor Eksternal yang Memperburuk Situasi

Beberapa faktor eksternal juga ikut memperburuk kondisi *insurtech* yang sudah menghadapi tantangan dari dalam:

1. Krisis Ekonomi dan Kenaikan Suku Bunga

Banyak investor menjadi lebih berhati-hati dalam mendanai startup yang belum menghasilkan keuntungan, termasuk *insurtech*.

Kenaikan suku bunga membuat biaya operasional semakin tinggi.

2. Perubahan Perilaku Konsumen

Konsumen semakin sadar bahwa harga murah bukan segalanya. Mereka mulai lebih percaya pada perusahaan asuransi besar yang sudah mapan.

3. Perkembangan Teknologi di Asuransi Konvensional

Banyak perusahaan asuransi tradisional mulai menggunakan AI, *big data*, dan *blockchain*, sehingga mengurangi keunggulan *InsurTech*.

Masa Depan *Insurtech*

Meskipun banyak perusahaan *insurtech* yang gagal, industri ini masih memiliki masa depan yang cerah jika dikelola dengan strategi yang lebih realistis. Beberapa pendekatan yang lebih berkelanjutan antara lain:

- Alih-alih bersaing langsung, *insurtech* dapat bermitra dengan perusahaan asuransi besar untuk menyediakan teknologi underwriting, klaim otomatis, atau layanan digital lainnya.
- Model bisnis harus berfokus pada profitabilitas, bukan hanya pertumbuhan pelanggan.
- Inovasi teknologi harus diimbangi dengan pemahaman mendalam tentang regulasi dan manajemen risiko.

Beberapa perusahaan *insurtech* yang masih bertahan dan berkembang seperti Lemonade, WeFox, dan Ping An adalah

contoh bahwa keberhasilan bisa dicapai jika memiliki strategi yang tepat.

Meskipun banyak *Insurtech* yang gagal, beberapa di antaranya tetap bertahan dan bahkan berkembang. Faktor-faktor berikut berperan besar dalam keberhasilan mereka:

1. Fokus pada *Niche* Market dan Produk Unik

Salah satu kesalahan utama *insurtech* yang gagal adalah mencoba menyaingi perusahaan asuransi besar di pasar mainstream. Sebaliknya, perusahaan yang sukses biasanya fokus pada segmen khusus yang kurang diperhatikan oleh pemain besar.

Contoh:

- Next Insurance (AS) sukses dengan menawarkan asuransi khusus untuk usaha kecil dan wiraswasta.
- Ladder Life (AS) menawarkan asuransi jiwa dengan sistem yang lebih fleksibel dan mudah dibeli tanpa agen.
- WeFox (Jerman) berperan sebagai *marketplace* asuransi digital, bukan sebagai penanggung risiko langsung, sehingga lebih efisien.

Pelajaran:

- *Insurtech* sebaiknya mencari pasar yang belum jenuh dan menawarkan solusi unik yang tidak bisa ditiru dengan mudah oleh perusahaan tradisional.

2. Memanfaatkan Kemitraan Strategis

Insurtech yang berhasil biasanya tidak berjalan sendiri, melainkan membangun ekosistem kemitraan dengan bank, *fintech*, *e-commerce*, dan perusahaan asuransi tradisional.

Contoh:

- ZhongAn Insurance (China) berkembang pesat karena kemitraannya dengan Alibaba, yang memungkinkan mereka menjual polis langsung melalui *platform e-commerce*.
- Ping An Good Doctor memanfaatkan teknologi telemedicine untuk menghubungkan layanan kesehatan dengan asuransi.
- Lemonade menggunakan kemitraan dengan perusahaan real estate untuk menjual asuransi properti secara langsung.

Pelajaran:

- Kolaborasi dengan ekosistem yang lebih besar bisa membantu *insurtech* mendapatkan pelanggan tanpa harus mengeluarkan biaya akuisisi yang besar.

3. Menyeimbangkan Teknologi dengan Manajemen Risiko yang Solid

Banyak *insurtech* gagal karena terlalu mengandalkan teknologi dalam underwriting dan klaim, tetapi tidak memiliki tim aktuaria dan manajemen risiko yang cukup kuat. *Insurtech* yang sukses adalah yang mampu menggabungkan kecanggihan AI dengan keahlian manusia dalam menilai risiko.

Contoh:

- Alan (Prancis), perusahaan *insurtech* di bidang asuransi kesehatan, memiliki tim gabungan antara pakar data dan dokter yang memastikan algoritma mereka tetap akurat dalam menilai klaim kesehatan.
- Hippo Insurance kini mulai memperbaiki sistem *underwriting* mereka dengan memasukkan lebih banyak faktor dari dunia nyata, bukan hanya data AI.

Pelajaran:

- Teknologi saja tidak cukup, perlu ada tim ahli yang memahami aspek aktuaria, regulasi, dan manajemen risiko.

4. Mengadaptasi Model Bisnis Berkelanjutan

Insurtech yang sukses biasanya memiliki model bisnis yang lebih tahan lama dibandingkan yang hanya mengandalkan akuisisi pelanggan dengan harga murah. Beberapa strategi yang berhasil:

- *Subscription-Based Insurance*: Model seperti ini digunakan oleh Lemonade dan WeFox, di mana pelanggan membayar secara rutin dengan layanan tambahan seperti konsultasi risiko.
- *On-Demand Insurance*: Model ini memungkinkan pelanggan membeli asuransi sesuai kebutuhan, seperti Trov yang menawarkan asuransi untuk barang elektronik hanya saat digunakan.
- *Embedded Insurance*: Menjual asuransi sebagai bagian dari layanan lain, misalnya dalam aplikasi *ride-sharing* atau *e-commerce*.

Pelajaran:

- *Insurtech* perlu mencari model bisnis yang tidak hanya bergantung pada harga murah, tetapi juga memberikan nilai tambah yang jelas bagi pelanggan.

Bagaimana *InsurTech* Bisa Sukses?

Dari berbagai kegagalan dan keberhasilan di atas, ada beberapa poin utama yang bisa menjadi panduan bagi perusahaan yang ingin masuk ke bisnis *insurtech*:

- Jangan hanya mengejar pertumbuhan cepat, tetapi fokus pada profitabilitas sejak awal.
- Gunakan teknologi sebagai alat bantu, tetapi tetap perhitungkan aspek aktuaria dan manajemen risiko dengan cermat.
- Jangan bersaing langsung dengan perusahaan asuransi besar, tetapi cari celah pasar yang belum banyak dilayani.
- Bangun kemitraan dengan perusahaan *fintech*, *e-commerce*, dan pemain besar lainnya untuk mendapatkan pelanggan dengan biaya yang lebih rendah.
- Pahami dan patuhi regulasi sejak awal agar tidak mengalami masalah hukum di kemudian hari.

Dengan strategi yang tepat, *InsurTech* tetap memiliki peluang besar untuk berkembang dan merevolusi industri perasuransian di masa depan.

21.9 *Artificial Intelligent*

Tentu! Berikut penjelasan mendalam dan detail tentang *Artificial Intelligence* (AI) serta bagaimana teknologi ini dimanfaatkan secara strategis dalam *insurtech* (*Insurance Technology*):

I. Apa Itu *Artificial Intelligence* (AI)?

Artificial Intelligence (AI) atau Kecerdasan Buatan adalah cabang dari ilmu komputer yang berfokus pada pembuatan sistem atau mesin yang dapat melakukan tugas-tugas yang biasanya memerlukan kecerdasan manusia. Ini termasuk:

- Pemahaman bahasa alami (*Natural Language Processing*/ NLP),
- Pembelajaran dari data (*Machine Learning*),

- Pengambilan keputusan,
- Persepsi visual (*Computer Vision*),
- Pengenalan suara,
- dan banyak lagi.

AI bukan hanya soal “robot”, melainkan mencakup sistem cerdas yang mampu menganalisis, memprediksi, belajar, dan merekomendasikan tindakan secara otomatis.

II. Komponen Utama AI

1. *Machine Learning* (ML):

   Sistem belajar dari data historis tanpa pemrograman eksplisit. Contohnya adalah algoritma untuk memprediksi klaim asuransi berdasarkan riwayat klaim sebelumnya.

2. *Natural Language Processing* (NLP):

   Kemampuan mesin memahami bahasa manusia. Digunakan dalam *chatbot* dan analisis dokumen polis.

3. *Computer Vision*:

   Memungkinkan mesin ‘melihat’ dan memahami gambar/ video. Dalam asuransi, ini bisa digunakan untuk menilai kerusakan mobil lewat foto.

4. *Predictive Analytics*:

   Gabungan statistik dan ML untuk memprediksi hasil di masa depan. Contoh: prediksi risiko penyakit berdasarkan data kesehatan.

5. *Robotic Process Automation* (RPA):

   Mengotomatiskan proses administrasi yang berulang seperti input data, verifikasi dokumen, dll.

III. Peran AI dalam Industri Perasuransian (*InsurTech*)

InsurTech adalah pemanfaatan teknologi untuk merevolusi layanan asuransi. AI menjadi fondasi penting untuk berbagai inovasi. Berikut beberapa pemanfaatannya:

- **Underwriting Otomatis dan Cepat**

AI menganalisis data calon nasabah secara cepat dan akurat. Tidak hanya data keuangan, tapi juga data alternatif seperti gaya hidup (dari *wearable device*, media sosial, dll).

Manfaat: Proses lebih cepat, personalisasi premi, dan efisiensi tinggi.

- **Klaim yang Otomatis dan Cerdas**

AI membantu mempercepat dan mengotomatiskan proses klaim:

- Verifikasi dokumen klaim,
- Pendeteksian potensi penipuan,
- Penilaian kerusakan kendaraan lewat foto (dengan *computer vision*),
- Rekomendasi pencairan klaim.

Contoh: Foto mobil rusak diunggah, AI menilai kerusakan dan menghitung biaya perbaikan secara instan.

- **Chatbot dan Layanan Pelanggan 24/7**

Chatbot AI melayani pertanyaan polis, status klaim, hingga rekomendasi produk, tanpa keterlibatan manusia.

Manfaat: Layanan cepat, hemat biaya, bisa menangani ribuan pelanggan sekaligus.

- **Deteksi dan Pencegahan *Fraud***

AI menganalisis pola klaim dan mencari anomali yang mencurigakan.

Contoh: Seseorang sering klaim kerusakan kecil, AI mengenali pola tersebut dan memberi peringatan ke tim investigasi.

- **Pemasaran yang Lebih Tertarget**

AI membantu dalam *digital marketing*:

- Segmentasi pasar,
- Rekomendasi produk,
- Penjadwalan kampanye,
- Analisis sentimen calon nasabah dari sosial media.

Contoh: AI mengenali bahwa seseorang sering mencari artikel tentang kesehatan, lalu sistem merekomendasikan asuransi kesehatan kepadanya.

- **Pengalaman Pelanggan yang Lebih Baik dan Dipersonalisasi**

AI mempelajari perilaku nasabah dan menyarankan produk atau layanan yang cocok dengan kebutuhannya.

Manfaat: Pelanggan merasa dipahami dan lebih loyal.

IV. Tantangan Pemanfaatan AI dalam Asuransi

Walau banyak manfaatnya, pemanfaatan AI juga menghadapi beberapa tantangan:

- Privasi dan keamanan data nasabah,
- Ketergantungan pada kualitas data,
- Etika dan bias dalam algoritma,

- Regulasi dan kepatuhan (*compliance*),
- Resistensi internal terhadap perubahan.

V. Masa Depan AI dan *InsurTech*

Ke depan, AI akan semakin menyatu dalam semua lini bisnis asuransi:

- Polis berbasis *behavioral data*,
- *Platform self-service* berbasis AI,
- Deteksi dini penyakit lewat integrasi dengan *health tech*,
- dan otomatisasi proses *end-to-end*.

AI bukan lagi sekadar alat bantu, tapi akan menjadi core engine dalam model bisnis asuransi modern.

VI. Bagaimana Praktisi Bisa Bersiap?

1. Meningkatkan literasi digital dan data,
2. Memahami peluang AI untuk meningkatkan produktivitas,
3. Bermitra dengan tim teknologi atau startup *insurtech*,
4. Menjaga etika dan transparansi dalam penggunaan AI.

Tentu! Di era digital dan perkembangan *InsurTech*, banyak istilah teknologi yang penting untuk dipahami oleh praktisi perasuransian. Memahami istilah-istilah ini tidak hanya membantu mereka beradaptasi dengan perubahan, tetapi juga membuka peluang untuk meningkatkan efisiensi kerja, menjangkau pasar baru, dan meningkatkan pelayanan pelanggan.

Daftar istilah kunci dalam dunia digital yang relevan dengan *InsurTech*, lengkap dengan penjelasan rinci:

1. *Artificial Intelligence* (AI)

Definisi: Teknologi yang memungkinkan mesin berpikir dan belajar seperti manusia.

Manfaat di asuransi:

- Otomatisasi *underwriting*,
- Chatbot untuk layanan pelanggan,
- Analisis risiko dan prediksi klaim. (Penjelasan lengkap sudah dibahas sebelumnya.)

2. *Machine Learning* (ML)

Definisi: Cabang dari AI yang membuat sistem bisa belajar dari data dan membuat keputusan tanpa diprogram ulang.

Contoh penerapan:

- Menentukan skor risiko nasabah,
- Mendeteksi klaim yang mencurigakan,
- Memberi rekomendasi produk secara personal.

3. *Big Data*

Definisi: Kumpulan data dalam jumlah sangat besar, kompleks, dan cepat bertambah, yang tidak bisa diproses dengan alat tradisional.

Manfaat:

- Memahami perilaku nasabah,
- Menyesuaikan produk dan harga secara dinamis,
- Menganalisis tren kesehatan atau kendaraan di masyarakat.

Ilustrasi: Seperti “laut data” yang perlu perahu khusus (AI/ analitik) untuk menavigasinya.

4. *Internet of Things* (IoT)

Definisi: Jaringan perangkat fisik (seperti mobil, jam tangan pintar, alat kesehatan) yang terhubung ke internet dan saling bertukar data.

Pemanfaatan di asuransi:

- Data dari *wearable device* untuk menilai risiko kesehatan,
- Sensor kendaraan untuk premi berbasis perilaku berkendara (*usage-based insurance*),
- Sensor rumah untuk asuransi properti.

Manfaat: Penilaian risiko berbasis data nyata dan terkini.

5. *Blockchain*

Definisi: Teknologi pencatatan digital yang bersifat transparan, aman, dan tidak bisa diubah (*immutable*).

Penerapan dalam asuransi:

- Validasi polis dan klaim secara otomatis,
- Mencegah penipuan,
- Kontrak pintar (*smart contracts*) yang langsung mencairkan klaim jika syarat terpenuhi.

Contoh: Ketika pesawat delay lebih dari 2 jam, sistem langsung mencairkan klaim tanpa proses manual.

6. *Smart Contract*

Definisi: Program digital di atas *blockchain* yang secara otomatis mengeksekusi perjanjian jika kondisi tertentu terpenuhi.

Manfaat di asuransi:

- Proses klaim yang instan dan otomatis,
- Menghilangkan birokrasi dan sengketa.

Contoh: Asuransi cuaca untuk petani yang mencair otomatis saat curah hujan kurang dari batas tertentu.

7. *Cloud Computing*

Definisi: Penyimpanan dan pengolahan data melalui internet (bukan di server lokal).

Keuntungan:

- Akses data dari mana saja,
- Kolaborasi tim lebih mudah,
- Hemat biaya infrastruktur.
- Dalam asuransi: Mendukung sistem kerja jarak jauh, database nasabah terintegrasi, hingga backup data.

8. *Robotic Process Automation* (RPA)

Definisi: Otomatisasi proses bisnis menggunakan robot software untuk tugas-tugas rutin dan berulang.

Contoh tugas:

- Input data nasabah,
- Pengiriman email konfirmasi polis,
- Validasi dokumen.
- Manfaat: Mempercepat layanan dan mengurangi kesalahan manusia.

9. *Cybersecurity*

Definisi: Langkah-langkah untuk melindungi data dan sistem digital dari ancaman dunia maya seperti peretasan, virus, atau pencurian data.

Relevansi di asuransi:

- Perlindungan data pribadi nasabah,
- Keamanan transaksi digital,
- Kepatuhan pada regulasi perlindungan data (seperti GDPR).

10. API (*Application Programming Interface*)

Definisi: Jembatan atau antarmuka yang memungkinkan dua sistem atau aplikasi berbeda saling berkomunikasi.

Contoh di asuransi:

- Integrasi sistem klaim dengan rumah sakit,
- Kolaborasi antara aplikasi mobile nasabah dan sistem back-end perusahaan.

Manfaat: Alur kerja lebih mulus dan real-time.

11. *Digital Onboarding*

Definisi: Proses registrasi atau pendaftaran nasabah secara online, tanpa tatap muka.

Teknologi pendukung: OCR (pembaca KTP), verifikasi wajah, tanda tangan digital.

Manfaat: Proses cepat, tanpa perlu datang ke kantor cabang.

12. CRM (*Customer Relationship Management*)

Definisi: Sistem untuk mengelola interaksi perusahaan dengan nasabah.

Fitur penting:

- Riwayat interaksi,
- Segmentasi pelanggan,
- *Follow-up* otomatis.

- Manfaat: Layanan personal, menjaga loyalitas, dan meningkatkan retensi.

13. *Digital Signature*

Definisi: Tanda tangan elektronik yang memiliki kekuatan hukum dan digunakan untuk otorisasi dokumen digital.

Penting dalam asuransi: Menandatangani polis, klaim, atau perjanjian kerja sama tanpa tatap muka.

14. *Data Analytics*

Definisi: Proses mengumpulkan, mengolah, dan menafsirkan data untuk pengambilan keputusan.

Contoh manfaat:

- Menentukan premi berdasarkan risiko,
- Menemukan tren produk populer,
- Mengukur efektivitas kampanye pemasaran.

15. *InsurTech*

Definisi: Gabungan dari “Insurance” dan “Technology” yang merujuk pada inovasi teknologi dalam industri perasuransian.

Bukan hanya teknologi perusahaan besar, tapi juga mencakup startup dan platform digital yang mendisrupsi model tradisional.

Kenapa Praktisi Perlu Memahami Ini?

1. Untuk tidak tertinggal oleh perubahan industri,
2. Agar bisa berkolaborasi dengan tim IT dan *startup* teknologi,
3. Untuk mengedukasi nasabah dengan benar,
4. Untuk meningkatkan efisiensi kerja dan pelayanan,
5. Untuk membuka peluang karir baru dalam ekosistem digital.

Perkembangan *InsurTech* (*Insurance Technology*) memang membawa gelombang besar dalam cara kerja industri perasuransian, terutama melalui otomatisasi, kecerdasan buatan (AI), *machine learning*, dan digitalisasi proses. Beberapa pekerjaan yang dulunya bergantung pada tenaga manusia, kini mulai atau bahkan sudah digantikan oleh mesin. Namun, tidak semua jenis pekerjaan bisa digantikan — ada yang tetap memerlukan sentuhan manusia karena sifatnya yang kompleks, strategis, atau sangat bergantung pada hubungan interpersonal.

21.10 Pekerjaan dan Profesi Perasuransian yang akan hilang?

Bagian 1: Jenis Pekerjaan/Kegiatan di Asuransi Berdasarkan Kemudahan Digantikan oleh Teknologi

1. Sangat Mudah Digantikan

Pekerjaan yang bersifat administratif, berulang, berbasis data tetap, dan bisa diprogram.

- Contoh kegiatan:
  - *Input* data nasabah.
  - Penerbitan sertifikat polis otomatis.
  - *Reminder* premi otomatis.
  - Verifikasi awal dokumen klaim.
- Teknologi pengganti: *Robotic Process Automation* (RPA), AI, *Chatbot*, OCR (pengenal dokumen).

2. Mudah Digantikan

Pekerjaan yang masih berulang, tetapi mulai membutuhkan keputusan logis dasar.

- Contoh kegiatan:
  - Penyaringan klaim berdasarkan aturan sistem.
  - *Underwriting* sederhana (produk standar dengan parameter fix).
  - Pelayanan nasabah level awal (melalui *chatbot*/AI).
- Teknologi pengganti: AI berbasis aturan, *underwriting* otomatis, *smart contract*.

3. Sukar Digantikan

Pekerjaan yang melibatkan analisis mendalam, pertimbangan etika, serta keputusan kompleks.

- Contoh kegiatan:
  - Investigasi klaim mencurigakan (*fraud*).
  - Penilaian risiko non-standar.
  - Perancangan produk baru.
- Teknologi bisa membantu, tapi tetap butuh manusia untuk pengambilan keputusan akhir.

4. Tidak Mungkin Digantikan

Pekerjaan yang membutuhkan empati, intuisi, komunikasi emosional, dan strategi jangka panjang.

- Contoh kegiatan:
  - Konsultasi keuangan personal oleh agen.
  - Negosiasi kompleks antar perusahaan (pialang).
  - Penanganan klien bernilai tinggi (*high-net-worth*).
  - Pengambilan keputusan berbasis kebijakan dan hukum.

Insurance Agent	Automation Potential	Tasks Easily Automated	Tasks Difficult to Automate
Insurance Broker	Easily Automated	Lead generation, client communication	Building client relationships, personalized advice
Insurance Salesperson	Easily Automated	Product comparison, policy recommendations	Negotiations, complex client needs
Underwriter	Easily Automated	Initial risk assessment	Complex underwrithing decisions
Claim	Easily Automated	Claim submission, processing	Fraud detection, settlement negotiation
Risk Surveyor	Difficult to Automate	Basic data collection	Site inspections, risk analysis
Reinsurance	Difficult to Automate	Routine reinsurance processing	Structure arrangements, risk transfer
Adjuster	Difficult to Automate	Basic damage estimates	On-site investigations, claim evaluation
Actuary	Difficult to Automate	Routine calculations	Complex modeling risk evaluation

AFP/2025

Bagian 2: Analisis Profesi di Industri Perasuransian – Dari yang Paling Mudah Tergantikan ke yang Paling Sulit

1. *Claims Officer* (Petugas Klaim)

Rentan digantikan oleh AI dan otomasi.

Proses klaim standar (mobil, kesehatan, jiwa) bisa diproses otomatis dari unggahan dokumen/foto.

Yang tersisa: investigasi klaim khusus, *fraud detection*.

Status: Sangat mudah tergantikan.

2. *Underwriter* (Penilai Risiko Awal)

Sebagian besar tugas bisa diotomasi.

Untuk produk retail dengan parameter fix, sistem *underwriting* otomatis (AI) sudah digunakan.

Namun, *underwriting* kompleks (korporasi, properti besar) tetap butuh manusia.

Status: Mudah tergantikan untuk produk retail, sukar untuk produk kompleks.

3. Agen Asuransi (Tenaga Pemasar Individu)

Agen standar untuk penjualan produk sederhana terancam.

Nasabah bisa membeli melalui aplikasi, *chatbot*, atau *marketplace* digital.

Yang bertahan: Agen yang membangun hubungan jangka panjang, memberikan edukasi, dan konsultasi finansial.

Status: Mudah tergantikan jika tidak bertransformasi menjadi konsultan.

4. Pialang Asuransi (Broker)

Broker standar terancam oleh platform digital.

Namun, broker korporat yang melakukan negosiasi dan strategi proteksi tetap penting.

Status: Mudah tergantikan dalam skala kecil, sulit tergantikan dalam bisnis besar/kompleks.

5. Pemasar Asuransi (*Marketing Specialist*)

Pemasar yang hanya membuat brosur atau kampanye umum bisa digantikan oleh AI dan automated marketing.

Namun, strategi branding, segmentasi, dan komunikasi lintas kanal tetap butuh manusia.

Status: Tergantikan sebagian, tergantung kedalaman peran.

6. *Risk Surveyor and Assessor* (Surveyor Risiko)

Untuk properti besar atau risiko khusus (industri, kapal, dsb), tetap diperlukan manusia.

Namun untuk asuransi kendaraan, *drone*, sensor IoT, dan foto *self-assessment* bisa menggantikan survei fisik.

Status: Sebagian bisa digantikan, tergantung jenis risikonya.

7. *Reinsurance Officer* (Petugas Reasuransi)

Masih sangat tergantung pada hubungan antar perusahaan dan analisis risiko besar.

Namun, bagian administratif, perhitungan premi sharing, dan pelaporan bisa diotomasi.

Status: Sukar digantikan, tapi terbantu teknologi.

8. *Loss Adjuster* (Penilai Kerugian)

Penilaian kerusakan ringan bisa otomatis (via foto, AI, drone).

Namun penilaian properti besar, kecelakaan kompleks, atau kerugian bernilai tinggi tetap butuh manusia.

Status: Sebagian digantikan, sebagian tetap penting.

9. Aktuaris (Ahli Statistik Asuransi)

Teknologi bisa membantu menghitung dan menganalisis, tapi peran desain produk, analisis risiko makro, dan proyeksi keuangan tetap bergantung pada keahlian manusia.

Status: Sulit digantikan, akan tetap jadi profesi inti meskipun dibantu AI.

Kesimpulan Umum:

1. Profesi dengan tugas rutin dan prosedural sangat mudah digantikan.
2. Profesi yang berbasis hubungan, empati, strategi, dan pertimbangan etika sulit digantikan.
3. Untuk bertahan, praktisi harus meng-upgrade peran dari operasional ke strategis.
4. Kemampuan digital, komunikasi, dan analitik menjadi kunci masa depan profesi asuransi.

CryptoCurrency

Cryptocurrency adalah aset digital yang dirancang sebagai alat tukar dan penyimpan nilai dengan menggunakan teknologi kriptografi. Berbeda dengan uang konvensional yang diterbitkan oleh negara dan bank sentral, *cryptocurrency* umumnya tidak memiliki otoritas pusat. Ia hidup dan berfungsi di dalam jaringan

digital yang terdesentralisasi, di mana kepercayaan dibangun melalui teknologi, bukan melalui lembaga.

Kata “cryptocurrency” berasal dari dua unsur utama, yaitu “cryptography” dan “currency”. *Cryptography* mengacu pada teknik enkripsi untuk mengamankan data dan transaksi, sedangkan *currency* berarti alat tukar. Dengan demikian, cryptocurrency dapat dipahami sebagai “mata uang digital yang diamankan oleh kriptografi”, sehingga sulit dipalsukan atau dimanipulasi.

Ciri paling mendasar dari *cryptocurrency* adalah penggunaan teknologi *blockchain*. *Blockchain* adalah buku besar digital yang mencatat seluruh transaksi secara terbuka, berurutan, dan tidak dapat diubah secara sepihak. Setiap transaksi diverifikasi oleh jaringan, bukan oleh satu pihak tunggal, sehingga menciptakan sistem kepercayaan berbasis konsensus.

Cryptocurrency tidak berbentuk fisik dan sepenuhnya eksis di dunia digital. Kepemilikannya dibuktikan melalui kunci kriptografi (*private key*), bukan melalui sertifikat atau uang kertas. Siapa pun yang menguasai kunci tersebut, secara teknis menguasai asetnya, sehingga keamanan pribadi menjadi faktor yang sangat krusial.

Secara fungsi, *cryptocurrency* sering disebut sebagai “uang digital”, tetapi pada praktiknya perannya jauh lebih beragam. Sebagian digunakan sebagai alat pembayaran, sebagian sebagai aset spekulatif, sebagian lagi sebagai bahan bakar ekosistem teknologi seperti smart contract, aplikasi terdesentralisasi, dan sistem keuangan digital baru.

Berbeda dengan uang resmi negara (*fiat money*), nilai *cryptocurrency* tidak dijamin oleh pemerintah. Harga dan nilainya

sepenuhnya ditentukan oleh mekanisme pasar: permintaan, penawaran, kepercayaan, sentimen, serta persepsi publik. Inilah yang menyebabkan fluktuasi harga *cryptocurrency* sangat tajam dan sulit diprediksi.

Cryptocurrency sering dipromosikan sebagai simbol kebebasan finansial dan inovasi teknologi. Ia menawarkan transaksi lintas negara yang cepat, tanpa perantara bank, serta potensi efisiensi biaya. Namun di sisi lain, karakter ini juga membuka ruang bagi penyalahgunaan, seperti penipuan, pencucian uang, dan spekulasi berlebihan.

Penting untuk dipahami bahwa tidak semua *cryptocurrency* diciptakan dengan kualitas dan tujuan yang sama. Ada yang dibangun dengan fondasi teknologi kuat dan transparan, ada pula yang hanya mengandalkan narasi pemasaran dan janji keuntungan. Oleh karena itu, istilah “cryptocurrency” mencakup spektrum yang sangat luas, dari inovasi serius hingga skema bermasalah.

Dari sudut pandang literasi keuangan, *cryptocurrency* bukanlah pengganti uang tunai, tabungan, atau proteksi finansial. Ia lebih tepat dipahami sebagai aset berisiko tinggi yang memerlukan pemahaman teknologi, psikologi pasar, dan manajemen risiko yang matang. Tanpa pemahaman tersebut, pengguna sangat rentan terhadap kerugian.

Dengan demikian, *cryptocurrency* dapat didefinisikan bukan sekadar sebagai uang digital, melainkan sebagai fenomena teknologi, ekonomi, dan sosial sekaligus. Ia mencerminkan kemajuan inovasi manusia, tetapi juga memperlihatkan sisi rapuh manusia terhadap janji cepat kaya. Memahami *cryptocurrency* berarti memahami teknologi, risiko, dan batasannya secara jujur dan utuh.

Jenis-Jenis *Cryptocurrency* dan Penjelasannya

- ***Cryptocurrency* sebagai Mata Uang Digital (*Payment Coin*)**

  Jenis ini diciptakan terutama sebagai alat tukar dan pembayaran, mirip uang tunai digital.

  Contoh: Bitcoin (BTC), Litecoin (LTC), Bitcoin Cash (BCH)

  Penjelasan:

  Digunakan untuk mengirim dan menerima nilai secara langsung tanpa perantara bank. Transaksi bersifat peer-to-peer dan lintas negara. Namun, volatilitas harga membuatnya kurang stabil sebagai alat pembayaran sehari-hari.

- ***Cryptocurrency* sebagai Penyimpan Nilai (*Store of Value*)**

  Jenis ini diperlakukan seperti emas digital, lebih banyak disimpan daripada dipakai bertransaksi.

  Contoh: Bitcoin (BTC)

  Penjelasan:

  Jumlahnya terbatas dan sulit dimanipulasi, sehingga dianggap mampu menjaga nilai dalam jangka panjang. Namun, nilainya tetap sangat fluktuatif dan tidak dijamin oleh negara.

- ***Platform Coin* (*Smart Contract Platform*)**

  Cryptocurrency yang menjadi bahan bakar ekosistem teknologi *blockchain*.

  Contoh: Ethereum (ETH), Solana (SOL), Cardano (ADA)

Penjelasan:

Digunakan untuk menjalankan smart contract, aplikasi terdesentralisasi (dApps), DeFi, dan NFT. Fungsinya lebih sebagai “mesin” sistem digital daripada sekadar uang.

- ***Utility Token***

  Token yang memberi akses atau hak penggunaan terhadap suatu layanan atau platform tertentu.

  Contoh: *Binance Coin* (BNB), *Chainlink* (LINK)

  Penjelasan:

  Dipakai untuk membayar biaya transaksi, mendapatkan diskon, atau mengakses fitur tertentu. Nilainya bergantung pada keberhasilan dan adopsi platform.

- ***Stablecoin***

  Cryptocurrency yang dirancang memiliki nilai relatif stabil.

  Contoh: Tether (USDT), USD Coin (USDC), DAI

  Penjelasan:

  Dipatok pada aset tertentu seperti dolar AS atau emas. Digunakan sebagai alat lindung nilai sementara di pasar kripto, bukan untuk pertumbuhan nilai jangka panjang.

- ***Privacy Coin***

  Cryptocurrency yang menekankan kerahasiaan dan anonimitas transaksi.

  Contoh: Monero (XMR), Zcash (ZEC), Dash

Penjelasan:

Menyembunyikan identitas pengirim, penerima, dan jumlah transaksi. Berguna untuk privasi, tetapi sering mendapat perhatian regulator karena berpotensi disalahgunakan.

- ***Governance Token***

  Token yang memberikan hak suara dalam pengambilan keputusan suatu proyek.

  Contoh: Uniswap (UNI), Aave (AAVE)

  Penjelasan:

  Pemilik token dapat ikut menentukan kebijakan protokol, seperti perubahan sistem atau penggunaan dana komunitas. Nilainya sangat bergantung pada partisipasi dan tata kelola proyek.

- ***Security Token***

  Token digital yang mewakili aset investasi seperti saham, obligasi, atau properti.

  Contoh: Tokenisasi saham atau real estate

  Penjelasan:

  Biasanya tunduk pada regulasi sekuritas. Berbeda dari *cryptocurrency* murni, jenis ini lebih dekat dengan instrumen keuangan konvensional dalam bentuk digital.

- ***Meme Coin***

  Cryptocurrency yang lahir dari budaya internet dan komunitas, bukan dari kebutuhan teknis.

  Contoh: Dogecoin (DOGE), Shiba Inu (SHIB)

Penjelasan:

Nilainya sangat bergantung pada sentimen dan viralitas. Risiko sangat tinggi karena minim fundamental.

- ***Experimental & Niche Coin***

  Cryptocurrency dengan fungsi sangat spesifik atau eksperimental.

  Contoh: Helium (HNT), Filecoin (FIL)

  Penjelasan:

  Digunakan untuk layanan tertentu seperti jaringan IoT atau penyimpanan data terdesentralisasi. Potensinya ada, tetapi risikonya juga besar.

  Ringkasan Sederhana

  - Bitcoin → uang & emas digital
  - Ethereum dkk. → mesin aplikasi digital
  - Stablecoin → uang parkir sementara
  - Utility & Governance Token → hak pakai & hak suara
  - Meme Coin → spekulasi ekstrem

  Catatan Literasi Risiko

  Cryptocurrency bukan tabungan, bukan deposito, dan bukan proteksi finansial. Ia adalah aset berisiko tinggi yang harus dipahami fungsinya sebelum digunakan atau dibeli.

Cryptocurrency dalam perspektif manajemen risiko dan asuransi

Cryptocurrency merupakan aset *digital* yang membawa profil risiko yang sangat berbeda dibandingkan instrumen keuangan konvensional. Tidak seperti simpanan bank yang

dilindungi lembaga penjamin simpanan, kepemilikan aset kripto umumnya tidak memiliki jaminan negara. Artinya, seluruh risiko—baik kehilangan, pencurian, maupun penurunan nilai—sepenuhnya ditanggung pemilik aset. Penjelasan ini ditegaskan dalam berbagai kajian risiko kripto, salah satunya oleh UCB Bank dalam ulasan risiko dan peluang cryptocurrency (https://ucbbank.com/resource-library/cryptocurrency/cryptocurrency-digital-revolution-risks-and-opportunities).

Dari sudut pandang manajemen risiko, volatilitas harga adalah risiko utama *cryptocurrency*. Harga Bitcoin dan aset kripto lainnya dapat berfluktuasi secara ekstrem dalam waktu singkat, jauh melampaui volatilitas saham atau obligasi. Kondisi ini menjadikan kripto sebagai aset berisiko tinggi yang tidak cocok untuk tujuan perlindungan nilai jangka pendek. Media keuangan Indonesia juga menyoroti hal ini sebagai risiko fundamental kripto (https://www.neraca.co.id/article/163483/10-risiko-cryptocurrency-yang-wajib-diketahui).

Risiko teknologi dan operasional juga melekat kuat pada *cryptocurrency*. Kepemilikan kripto ditentukan oleh penguasaan private key. Kehilangan kunci privat, kerusakan dompet digital, atau kesalahan pengiriman alamat berarti kehilangan aset secara permanen tanpa mekanisme pemulihan. Regulator keuangan Kanada membahas risiko digital ini sebagai konsekuensi dari inovasi teknologi keuangan (https://www.osfi-bsif.gc.ca/en/risks/risks-arising-digital-innovations-canadian-financial-industry).

Risiko kejahatan siber menjadi tantangan serius dalam ekosistem kripto. Peretasan bursa, pencurian aset digital, eksploitasi *smart contract*, dan *exit scam* adalah kejadian nyata yang berulang. Dalam sistem *blockchain*, transaksi bersifat final dan tidak dapat dibatalkan, sehingga kesalahan atau kejahatan

sering kali berujung pada kerugian total. Fenomena ini banyak dibahas dalam konteks DeFi dan keamanan blockchain (https://en.wikipedia.org/wiki/Decentralized_finance).

Dalam praktik manajemen risiko modern, kripto mulai diperlakukan sebagai aset berisiko tinggi yang memerlukan mitigasi khusus. Penelitian akademik menunjukkan bahwa pendekatan seperti portfolio *insurance* dan diversifikasi ekstrem diperlukan untuk mengendalikan risiko penurunan nilai kripto. Studi tentang perlindungan portofolio kripto dapat ditemukan di jurnal ekonomi dan keuangan (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0275531923002611).

Dari perspektif industri asuransi, *cryptocurrency* menghadirkan tantangan sekaligus peluang baru. Beberapa perusahaan asuransi global mulai menawarkan perlindungan terbatas untuk risiko tertentu, seperti pencurian digital, peretasan kustodian, dan kehilangan aset di dompet tertentu. Peran asuransi dalam menghadapi risiko kripto dibahas secara luas oleh media industri asuransi internasional (https://www.propertycasualty360.com/2025/03/25/how-insurance-plays-a-role-in-cryptocurrency-risks/).

Namun, asuransi kripto sangat berbeda dari asuransi konvensional. Polis biasanya bersifat sangat spesifik dan penuh pengecualian. Kerugian akibat penurunan harga, kesalahan investasi, atau keputusan spekulatif hampir selalu tidak dijamin. Panduan mengenai bagaimana asuransi kripto bekerja dan keterbatasannya dijelaskan oleh penyedia asuransi khusus kripto (https://relminsurance.com/how-to-insure-cryptocurrency-a-comprehensive-guide/).

Risiko kepatuhan dan kejahatan finansial juga menjadi perhatian utama regulator global. *Cryptocurrency* berpotensi digunakan untuk pencucian uang dan pendanaan ilegal jika tidak diawasi dengan ketat. *Financial Action Task Force* (FATF) dan berbagai otoritas keuangan terus mendorong penguatan regulasi aset kripto, sebagaimana dilaporkan oleh Reuters (https://www.reuters.com/sustainability/boards-policy-regulation/global-financial-crime-watchdog-calls-action-crypto-risks-2025-06-26/).

Dalam kerangka manajemen risiko organisasi, kripto idealnya diklasifikasikan sebagai aset spekulatif berisiko tinggi. Penggunaannya harus disertai batas eksposur, pengamanan teknologi berlapis, stress testing, dan kebijakan internal yang jelas. Konsultan risiko global juga menekankan pentingnya pendekatan ini dalam laporan manajemen risiko kripto (https://www.wtwco.com/-/media/wtw/insights/2019/01/cryptocurrency-risk-management-overview.pdf).

Dari perspektif asuransi dan literasi keuangan, *cryptocurrency* bukan instrumen proteksi finansial. Ia tidak dirancang untuk menggantikan asuransi jiwa, asuransi kesehatan, maupun perlindungan aset. Tanpa pemahaman manajemen risiko yang memadai, pengguna kripto berpotensi menghadapi kerugian besar yang tidak dapat dipulihkan. Edukasi tentang manajemen risiko kripto juga ditekankan oleh pelaku industri aset digital di Indonesia (https://indodax.com/academy/manajemen-risiko/).

Kronologi Kasus Kejahatan *Cryptocurrency* & Pelajaran Risikonya

Tahun 2009–2010: Bitcoin lahir tanpa nilai ekonomi yang jelas.

Pada fase awal, Bitcoin hanyalah eksperimen teknologi setelah genesis block ditambang oleh Satoshi Nakamoto pada Januari 2009. Belum ada harga pasar, belum ada bursa, dan belum ada motif kejahatan finansial. Risiko terbesar saat itu justru bersifat teknis dan eksperimental, bukan penipuan.

Tahun 2011–2014: Mt. Gox dan lahirnya kejahatan kripto berbasis peretasan.

Mt. Gox, bursa Bitcoin terbesar di dunia saat itu, diretas secara bertahap hingga sekitar 850.000 BTC hilang. Kasus ini menandai bahwa meski *blockchain* aman, *platform* pengelola dana (*exchange*) sangat rentan. Ini bukan kegagalan teknologi *Bitcoin*, melainkan kegagalan tata kelola dan keamanan.

Tahun 2014–2016: *OneCoin* dan ilusi "kripto tanpa *blockchain*".

OneCoin dipromosikan sebagai mata uang kripto revolusioner, padahal tidak memiliki *blockchain* publik. Skema ini menggunakan sistem MLM dan janji kekayaan cepat. Kerugian global diperkirakan mencapai miliaran dolar, dan pendirinya Ruja Ignatova masuk daftar buronan FBI.

Tahun 2016–2018: BitConnect dan Ponzi berbasis narasi teknologi.

BitConnect menjanjikan return stabil melalui "trading bot". Skema ini runtuh pada 2018, menghancurkan dana ribuan investor. Kasus ini memperlihatkan bahwa istilah teknis +

testimoni + komunitas fanatik adalah kombinasi klasik skema Ponzi modern.

Tahun 2020: Penipuan kripto berbasis media sosial dan figur publik.

Peretasan akun *Twitter* tokoh terkenal digunakan untuk menipu pengguna agar mengirim Bitcoin dengan janji penggandaan dana. Ini menunjukkan pergeseran kejahatan dari sistem ke rekayasa sosial (*social engineering*), memanfaatkan kepercayaan publik terhadap figur terkenal.

Tahun 2021–2022: Ledakan kripto, diikuti runtuhnya FTX.

FTX bukan diretas, tetapi menyalahgunakan dana nasabah secara internal. Kasus ini membuktikan bahwa risiko terbesar bukan selalu penjahat eksternal, melainkan *moral hazard* di dalam perusahaan. Pendiri FTX kemudian dinyatakan bersalah atas penipuan.

Tahun 2023–2024: Penipuan makin canggih dengan AI dan deepfake.

Penjahat menggunakan video palsu, *website* tiruan, dan *influencer* fiktif untuk menjebak korban. Laporan global menunjukkan lonjakan tajam kerugian akibat penipuan kripto berbasis teknologi manipulatif.

Indonesia: Penipuan kripto berkedok trading dan edukasi.

Di Indonesia, kepolisian mengungkap berbagai kasus penipuan investasi kripto dan trading dengan kerugian ratusan miliar rupiah. Modusnya mirip: edukasi gratis, grup tertutup, sinyal palsu, dan janji profit konsisten.

Benang merah seluruh kasus: bukan teknologinya, tapi perilaku manusianya.

Hampir semua kejahatan kripto lahir dari keserakahan, ketidaktahuan, dan manipulasi emosi, bukan dari kegagalan *blockchain* itu sendiri. Teknologi netral; manusialah yang membuatnya berbahaya atau bermanfaat.

Pelajaran besar bagi masyarakat awam.

Kripto bukan tabungan, bukan proteksi, dan bukan pengganti manajemen risiko. Jika sebuah produk menjanjikan hasil tinggi, risiko rendah, dan minta dipercaya tanpa transparansi, maka ia sedang menunggu waktu untuk runtuh — dengan atau tanpa label “blockchain”.



Bitcoin

1. Apa Itu *Bitcoin*?

Bitcoin adalah mata uang digital (*cryptocurrency*) yang diciptakan untuk memungkinkan transaksi tanpa perantara (seperti bank atau pemerintah).

Diperkenalkan pertama kali pada tahun 2009 oleh sosok misterius bernama Satoshi Nakamoto.

Sifat utama *Bitcoin*:

- Tidak berwujud (tidak ada bentuk fisik seperti uang kertas),
- Tidak dikeluarkan oleh bank sentral manapun,
- Disimpan dalam dompet digital (*digital wallet*),
- Dicatat dalam *blockchain*, yaitu buku besar digital yang transparan dan tidak bisa diubah.

2. Bagaimana *Bitcoin* Bekerja?

Transaksi *Bitcoin* terjadi dari satu pihak ke pihak lain secara langsung melalui jaringan *peer-to-peer* (P2P), tanpa melalui perantara.

Setiap transaksi dicatat dalam *blockchain*, yaitu sistem pencatatan digital terdesentralisasi. Setiap pengguna bisa melihat transaksi di *blockchain*, tapi tidak bisa mengubah data yang sudah tercatat.

Untuk menjaga sistem ini tetap berjalan, ada proses yang disebut *mining* (penambangan) — yaitu pengguna yang menggunakan komputer khusus untuk memverifikasi transaksi dan mendapat hadiah berupa *Bitcoin* baru.

3. Siapa Penanggung Jawab *Bitcoin*?

Tidak ada satu lembaga atau negara pun yang mengendalikan atau bertanggung jawab atas *Bitcoin*.

Bitcoin bersifat *decentralized* — artinya:

- Tidak ada otoritas pusat (seperti bank sentral),
- Tidak dikendalikan oleh perusahaan atau negara tertentu,
- Dikelola oleh komunitas pengguna dan penambang secara global.

Namun, setiap negara bisa mengatur penggunaannya melalui regulasi lokal, terutama terkait pajak, kejahatan keuangan, atau perlindungan konsumen.

4. Apakah *Bitcoin* Diatur oleh Hukum dan Regulasi Negara?

Ya, setiap negara memiliki sikap dan regulasi berbeda terhadap *Bitcoin*. Berikut kategorinya:

a. Negara yang Mengizinkan dan Mengatur:

Contoh: Amerika Serikat, Jepang, Jerman, Kanada.

Bitcoin diakui sebagai aset digital atau komoditas, bukan uang resmi, tetapi boleh diperdagangkan dan diatur (misalnya, harus lapor pajak, melalui bursa resmi).

b. Negara yang Melarang Total:

Contoh: China, Aljazair, Bangladesh.

Bitcoin dilarang diperdagangkan, ditambang, atau dimiliki.

c. Negara yang Belum Jelas Aturannya:

Contoh: Sebagian negara berkembang.

Bitcoin belum diatur secara jelas, atau masih dalam tahap evaluasi.

d. Contoh di Indonesia:

- *Bitcoin* tidak diakui sebagai alat pembayaran yang sah, karena hanya Rupiah yang sah menurut Undang-Undang.
- Namun, *Bitcoin* diakui sebagai komoditas yang bisa diperdagangkan di bursa berjangka (diatur oleh BAPPEBTI – Badan Pengawas Perdagangan Berjangka Komoditi).
- Aktivitasnya diawasi untuk mencegah pencucian uang dan pendanaan terorisme.

5. Apakah *Bitcoin* Dianggap sebagai Mata Uang Dunia? Bisa Ditukar di *Money Changer*?

Bitcoin bukan mata uang resmi (*legal tender*) di hampir seluruh negara, kecuali di El Salvador, yang secara resmi menjadikannya alat pembayaran.

Tidak bisa ditukar di *money changer* biasa, karena *Bitcoin* tidak diakui sebagai mata uang resmi oleh bank sentral.

Namun, *Bitcoin* bisa ditukar ke mata uang lain melalui:

- *Platform exchange* kripto (seperti Binance, Coinbase, Indodax),
- *Marketplace* P2P (*peer-to-peer*),
- Beberapa ATM *Bitcoin* di luar negeri.

6. Apakah *Bitcoin* Aman untuk Investasi?

Bitcoin adalah aset berisiko tinggi. Aman atau tidaknya tergantung bagaimana Anda menggunakannya dan seberapa paham Anda terhadap risikonya.

Keuntungan:

- Nilainya bisa naik sangat tinggi dalam waktu singkat (potensi return besar),
- Bersifat digital dan mudah ditransfer,
- Tidak terpengaruh oleh inflasi bank sentral secara langsung.

Risiko:

- Volatilitas tinggi: Harga *Bitcoin* bisa naik atau turun drastis dalam hitungan jam,
- Risiko kehilangan dompet digital (kalau lupa *password*, Bitcoin bisa hilang selamanya),
- Risiko penipuan atau *scam*,
- Risiko regulasi berubah di negara tertentu.

Catatan penting: *Bitcoin* tidak dijamin oleh pemerintah atau lembaga keuangan. Kalau rugi, tidak ada lembaga yang mengganti.

7. Bagaimana Cara Berinvestasi *Bitcoin*?

a. Membeli di *Exchange* Resmi

Buka akun di platform resmi seperti:

- Indodax (Indonesia),
- Tokocrypto,
- Binance, Coinbase (internasional), lakukan verifikasi identitas (KYC), lalu beli dengan Rupiah atau USD.

b. Menyimpan *Bitcoin*

Simpan di:

- *Hot wallet* (tersambung ke internet, praktis tapi lebih rentan diretas),
- *Cold wallet* (*offline*, seperti USB digital, lebih aman).

c. Memantau Harga dan Risiko

Pelajari grafik harga dan berita global, karena nilai *Bitcoin* sangat sensitif terhadap sentimen pasar.

8. Kesimpulan: Apakah *Bitcoin* Cocok untuk Semua Orang?

Belum tentu. *Bitcoin* cocok untuk:

- Orang yang memahami teknologi dan siap menerima risiko,
- Investor yang ingin diversifikasi portofolio,
- Individu yang paham dan bisa mengelola aset digital dengan baik.

Tidak cocok untuk:

- Orang yang mencari investasi pasti dan aman,
- Orang yang belum paham cara kerja *digital wallet* dan *exchange*,
- Investor jangka pendek yang mudah panik saat harga naik turun.

Menambang *Bitcoin*?

Semua orang tahu bahwa tambang emas terbesar di Indonesia terdapat di pegunungan Kabupaten Mimika Papua Tengah dan dikelola PT. Freeport Indonesia. Ada area tanah atau daerah yang menjadi tempat penambangan, serta memerlukan berbagai peralatan serta tenaga ahli. Untuk menambang emas

di sebuah daerah tentu memerlukan perizinan dari Pemerintah Pusat dan Daerah. Bagaimana dengan "menambang" *Bitcoin*? Di mana area menambang? Di pulau apa dan di negara mana? Bagaimana dengan perizinannya?

"Menambang Bitcoin" terdengar aneh bagi orang yang terbiasa dengan konsep tambang fisik seperti emas atau batu bara. Tapi sebenarnya, konsep mining *Bitcoin* juga memiliki kemiripan logis meskipun terjadi sepenuhnya di dunia digital. Berikut penjelasan agar mudah dipahami:

1. Apa itu "menambang Bitcoin"?

Menambang *Bitcoin* (*Bitcoin mining*) adalah proses menggunakan komputer khusus untuk memverifikasi transaksi di jaringan *Bitcoin* dan menambahkannya ke dalam *blockchain*. Sebagai imbalannya, penambang akan mendapatkan *Bitcoin* baru. Inilah cara *Bitcoin* diciptakan dan beredar — bukan dicetak oleh bank sentral, melainkan "ditambang" oleh komputer.

2. Mengapa disebut "menambang"?

Istilah "menambang" dipinjam dari konsep menambang emas: emas ada dalam tanah dan butuh usaha besar untuk menemukannya, sama seperti *Bitcoin* yang tersembunyi dalam algoritma dan hanya bisa "ditemukan" dengan memecahkan teka-teki matematika yang sangat sulit. Penambang harus bersaing siapa yang paling cepat memecahkan teka-teki ini. Yang berhasil, dapat "hadiah" berupa *Bitcoin*.

3. Apa yang ditambang sebenarnya?

Bukan menambang barang fisik, tetapi memecahkan persoalan matematika kompleks menggunakan perangkat keras komputer. Tugas penambang adalah mengamankan jaringan

dengan memverifikasi transaksi *Bitcoin* dan menciptakan blok baru dalam rantai data (*blockchain*). Tugas ini tidak bisa dilakukan sembarangan, karena membutuhkan kekuatan komputasi besar dan energi listrik tinggi.

4. Di mana lokasi menambangnya?

Secara fisik, menambang dilakukan di mana saja, asal ada komputer dan koneksi internet. Tidak ada lokasi tambang seperti tambang emas. Namun, karena proses ini butuh energi besar, banyak penambang membangun pusat mining di negara atau wilayah dengan listrik murah seperti Islandia, Kazakhstan, Rusia, atau Texas. Beberapa tambang besar berbentuk seperti pabrik besar yang dipenuhi rak-rak komputer (disebut *mining farm*).

5. Peralatan apa yang digunakan?

Awalnya orang bisa menambang *Bitcoin* pakai laptop biasa. Tapi sekarang, karena persaingan sangat tinggi, orang menggunakan mesin khusus yang disebut ASIC (*Application-Specific Integrated Circuit*). Mesin ini dirancang khusus hanya untuk satu tujuan: menambang *Bitcoin* seefisien mungkin.

6. Bagaimana proses menambangnya?

Ketika transaksi baru terjadi di jaringan *Bitcoin* (misalnya, seseorang mengirim *Bitcoin* ke orang lain), transaksi itu dikumpulkan dalam sebuah "blok". Penambang harus memverifikasi bahwa semua transaksi dalam blok itu sah, lalu mencoba memecahkan teka-teki kriptografi. Siapa yang berhasil lebih dulu, dia yang boleh menambahkan blok ke *blockchain* — dan mendapatkan reward *Bitcoin*.

7. Apa yang didapat penambang?

Imbalan yang diperoleh disebut *block reward*, yaitu sejumlah *Bitcoin* baru yang otomatis dikirim ke dompet penambang. Saat ini (2025), *reward*-nya adalah 3,125 BTC per blok (angka ini berkurang setengah setiap 4 tahun melalui proses yang disebut *halving*). Selain itu, penambang juga mendapat biaya transaksi (*transaction fee*) dari pengguna yang ingin transaksinya diproses cepat.

8. Apakah bisa dilakukan oleh orang biasa?

Dulu bisa, tapi sekarang sangat sulit karena:

- Kompetisi sangat ketat,
- Biaya listrik tinggi,
- Harga mesin ASIC mahal,
- Persaingan dengan perusahaan besar (yang punya ribuan mesin).

Tapi masih ada jalan: orang biasa bisa bergabung dengan *mining pool*, yaitu kelompok penambang yang menggabungkan kekuatan komputasinya, dan membagi hadiah sesuai kontribusi masing-masing.

9. Apa dampaknya bagi lingkungan?

Mining Bitcoin dikritik karena boros energi. Data menunjukkan bahwa satu transaksi *Bitcoin* bisa setara dengan listrik rumah tangga sehari atau lebih. Inilah mengapa banyak negara membatasi atau melarang penambangan, dan beberapa komunitas kripto mulai mencari cara yang lebih ramah lingkungan (seperti *proof of stake* di jaringan lain).

10. Apakah tambang *Bitcoin* bisa habis?

Ya. Total *Bitcoin* yang bisa ditambang hanya 21 juta BTC, dan ini sudah ditetapkan sejak awal. Per tahun 2025, lebih dari 19 juta sudah ditambang. Diperkirakan semua Bitcoin akan selesai ditambang sekitar tahun 2140. Setelah itu, penambang tidak lagi mendapat Bitcoin baru, tapi tetap mendapat biaya transaksi. Jadi sistem akan terus berjalan walau tidak ada Bitcoin baru.

Apakah *Bitcoin* akan bertahan? Atau akan ada "coin-coin" pengganti?

Pendapat bahwa "setelah *Bitcoin* akan muncul koin-koin lain tanpa akhir" adalah benar adanya. Kenyataannya, saat ini sudah ada ribuan *cryptocurrency* selain *Bitcoin*, yang disebut *altcoin* (*alternative coin*). Beberapa di antaranya memiliki fungsi khusus dan komunitas yang kuat, seperti Ethereum, Ripple (XRP), Solana, dan Cardano. Namun pertanyaannya adalah: apakah ini akan membuat *Bitcoin* ditinggalkan? Mari kita bahas secara analitis dan akademis dalam 10 paragraf berikut ini:

1. *Bitcoin* sebagai Pelopor dan Simbol

Bitcoin adalah *cryptocurrency* pertama di dunia, dan ini memberikannya keunggulan historis yang tidak bisa digantikan. Sama seperti emas menjadi simbol kekayaan karena sejarah panjangnya, *Bitcoin* memiliki nilai simbolik dan psikologis yang tinggi. Banyak orang menyebutnya "emas digital." Karena posisinya sebagai pionir, *Bitcoin* sering menjadi patokan atau tolok ukur bagi *cryptocurrency* lain.

2. Kemunculan *Altcoin*: Fenomena Tak Terelakkan

Teknologi *blockchain* bersifat terbuka dan dapat digunakan siapa saja. Maka wajar jika banyak pihak menciptakan koin versi

mereka sendiri untuk tujuan tertentu: mempercepat transaksi, mengurangi biaya energi, mendukung ekosistem NFT, atau bahkan sekadar eksperimen. Karena tidak ada regulasi ketat secara global, lahirlah ribuan *altcoin* — dari proyek serius hingga yang murni spekulatif (*meme coin* seperti Dogecoin atau Shiba Inu).

3. Persaingan dalam Dunia Kripto Tidak Sama dengan Pasar Tradisional

Berbeda dengan pasar barang fisik, di dunia kripto, satu *coin* tidak harus "menggantikan" *coin* lain. Masing-masing bisa memiliki fungsi, komunitas, dan ekosistem berbeda. Bitcoin berperan sebagai penyimpan nilai (*store of value*), sementara Ethereum berfokus pada *smart contract*, dan Ripple berorientasi pada sistem pembayaran lintas negara. Ini seperti memiliki emas, perak, dan saham: semuanya bisa eksis bersama, dengan peran masing-masing.

4. Nilai *Bitcoin* Tidak Hanya pada Teknologi, Tapi Juga pada Kepercayaan

Secara teknis, banyak koin lain yang lebih cepat, lebih hemat energi, dan lebih fungsional dari *Bitcoin*. Namun nilai *Bitcoin* terletak pada kepercayaan kolektif dan persepsi pasar global. Sama seperti uang kertas punya nilai karena dipercaya dan diterima, *Bitcoin* bertahan karena ia dipercaya oleh jutaan orang di seluruh dunia sebagai aset digital yang langka dan independen dari sistem keuangan tradisional.

5. Fenomena "Coin Baru" Tidak Menjamin Keberlangsungan

Banyak coin baru muncul, tapi hanya sedikit yang bertahan. Riset akademis menunjukkan bahwa lebih dari 90% altcoin gagal dalam 5 tahun pertama. Sebagian besar tidak punya dukungan komunitas, kegunaan nyata, atau manajemen yang baik. Bahkan banyak yang murni *scam* atau proyek iseng. Oleh karena itu, munculnya koin baru tidak otomatis berarti *Bitcoin* akan ditinggalkan.

6. Efek "Network Effect" dalam Bitcoin

Dalam teori ekonomi digital, *network effect* terjadi ketika suatu produk atau layanan menjadi lebih berharga karena banyak orang menggunakannya. Semakin banyak pengguna Bitcoin, semakin kuat nilainya — karena likuiditasnya tinggi, infrastrukturnya luas (ATM, *exchange*, *wallet*), dan semakin dipercaya. Ini mirip seperti *Facebook* dulu unggul dari pesaingnya karena semua orang sudah ada di sana.

7. Peran Regulasi Akan Menyaring *Coin* Serius dan Tidak

Di masa depan, regulasi global akan semakin kuat. Negara-negara sudah mulai merumuskan aturan main tentang kripto. Regulasi ini akan menyaring koin-koin yang memiliki fondasi kuat dari sekadar spekulasi. *Bitcoin*, sebagai proyek yang paling teruji dan terbuka, kemungkinan besar akan lebih mudah beradaptasi terhadap regulasi dibanding koin-koin baru yang tak jelas asal usulnya.

8. *Bitcoin*: Terdesentralisasi, Terbuka, dan Tidak Dimiliki Siapa Pun

Keunggulan *Bitcoin* yang sulit disaingi adalah sifatnya yang murni terdesentralisasi. Tidak ada perusahaan, pemilik tunggal, atau pendiri yang bisa mengatur arah *Bitcoin*. Ini menciptakan persepsi netral dan independen. Sementara banyak koin baru masih dikendalikan oleh tim pengembang tertentu (dengan kepentingan ekonomi yang besar), membuatnya rentan terhadap manipulasi.

9. Apakah *Bitcoin* Bisa Ditumbangkan? Secara Teori: Ya. Praktis: Sulit.

Secara teori, *Bitcoin* bisa tergeser oleh *coin* baru dengan teknologi yang jauh lebih unggul. Namun secara praktis, penggantian ini sangat sulit, karena *Bitcoin* telah melewati banyak krisis, tahan terhadap tekanan politik dan ekonomi, dan telah diadopsi oleh institusi besar (perusahaan, bank, bahkan negara). Untuk menggantikan posisi *Bitcoin*, koin baru harus lebih unggul dalam teknologi, kepercayaan, keamanan, dan penerimaan global.

10. Kesimpulan: *Bitcoin* Bukan Sekadar Teknologi, Tapi Fenomena Sosial

Bitcoin bukan hanya soal *software* dan enkripsi — tapi juga gerakan sosial dan ekonomi yang mengedepankan kebebasan finansial, privasi, dan penghapusan perantara. Ia telah menjadi simbol bagi mereka yang menginginkan sistem keuangan yang transparan dan tidak dikendalikan oleh segelintir pihak. *Coin* baru boleh saja muncul, tapi posisi *Bitcoin* sebagai “bapak kripto” akan tetap memiliki tempat — jika bukan sebagai alat transaksi, maka sebagai penyimpan nilai digital.

"Di mana ada gula, di situ semut akan pergi"

Keberadaan *Bitcoin* sangat bergantung kepada komunitas, ekosistem dan kepercayaan satu sama lain. Akankah ada "Bitcoin" baru? Bagaimana bila "orang-orang" di komunitas Bitcoin saat ini pergi setelah mendapatkan keuntungan besar, lalu membangun "Bitcoin" baru?

Analogi "di mana ada gula, di situ semut akan pergi" sangat menggambarkan dinamika dunia digital dan kripto — terutama yang berbasis pada komunitas dan ekosistem.

Dan benar juga, ini memang "never ending story" dalam arti:

- Komunitas akan selalu bergerak ke tempat yang paling menguntungkan, nyaman, atau menjanjikan.
- Ketertarikan terhadap satu koin atau teknologi bisa cepat berubah, seiring munculnya platform baru, tren baru, atau peluang keuntungan yang lebih besar.
- Dunia kripto bersifat sangat liquid, adaptif, dan oportunistik. Mari kita uraikan pemikiran ini lebih dalam:

1. Komunitas adalah Nyawa Ekosistem Digital

Tanpa komunitas, sebuah proyek digital seperti coin atau platform akan mati. Komunitas memberi nilai: mereka mempromosikan, menggunakan, mengembangkan, dan memberi kepercayaan. Saat komunitas kehilangan keyakinan, harga turun, developer mundur, dan proyek pun tenggelam.

2. Ekosistem Membentuk Daya Tahan

Coin atau teknologi yang memiliki ekosistem luas dan saling terhubung cenderung lebih tahan lama. Misalnya Ethereum, walau bukan *coin* pertama, tetap kuat karena ekosistemnya dipenuhi proyek NFT, DeFi (*decentralized finance*), dan *smart*

contract yang hidup. Jika hanya coin tanpa kegunaan nyata, nasibnya seperti "gula musiman" — cepat manis, cepat hilang.

3. "Habis Manis Sepah Dibuang" Sangat Relevan

Sayangnya, ini juga mencerminkan realitas pahit dalam dunia kripto. Banyak *coin* jadi tren sesaat — naik karena euforia, lalu ditinggalkan ketika tidak memberi manfaat nyata. Fenomena *pump and dump* sering terjadi. Komunitas bisa "lompat" ke proyek berikutnya, apalagi jika keuntungan lebih besar.

4. FOMO dan Psikologi Kawanan

Faktor terbesar pergerakan semut ke gula adalah psikologi pasar: ***Fear of Missing Out*** (FOMO), *hype*, *fear*, dan spekulasi. Karena komunitas tidak selalu bertindak rasional, banyak keputusan diambil berdasarkan emosi, bukan fundamental. Ini membuat siklus "ikut ramai-ramai, lalu bubar ramai-ramai" sangat sering terjadi.

5. Tapi Tidak Semua Gula Itu Sementara

Sebagian proyek memang berhasil mempertahankan "gulanya" dalam jangka panjang. *Bitcoin*, misalnya, punya keunggulan sebagai penyimpan nilai digital; Ethereum sebagai fondasi *smart contract*. Selama mereka terus memperbarui ekosistem dan memenuhi kebutuhan komunitas, mereka bisa bertahan, meski digoda gula lain.

6. Adaptasi adalah Kunci Bertahan

Agar tidak ditinggal komunitas, sebuah proyek harus terus berinovasi dan menjawab kebutuhan pengguna. Seperti perusahaan dalam dunia nyata, yang bertahan bukan yang terbesar, tapi yang paling adaptif. Dalam kripto, komunitas bisa

cepat berbalik arah jika proyek mandek atau gagal menjawab ekspektasi.

7. Komunitas Cerdas Akan Bertahan di Ekosistem Sehat

Semut juga bisa belajar memilih gula mana yang asli dan mana yang beracun. Semakin dewasa komunitas kripto, semakin selektif pula mereka. Proyek abal-abal makin mudah dikenali. Ini artinya, "gula instan" akan cepat basi, sedangkan ekosistem yang membangun fondasi kuat akan punya loyalitas lebih tinggi.

8. *Never Ending Story*: Antara Inovasi dan Ilusi

Ya, ini adalah kisah tanpa akhir — karena teknologi terus berkembang, dan manusia akan terus mencari solusi dan keuntungan baru. Tapi tidak semuanya ilusif. Sebagian akan jadi pondasi baru, sama seperti internet yang dulu dianggap tren, kini jadi kebutuhan pokok.

9. Nilai Terbesar Ada pada *Utility*, Bukan Hanya Komunitas

Pada akhirnya, komunitas bisa jadi batu loncatan, tapi nilai sejati lahir dari *utility* (manfaat nyata). *Coin* atau teknologi yang benar-benar memberi nilai tambah — mempercepat transaksi, memberi akses finansial, mengurangi biaya — akan lebih bertahan dibanding yang hanya viral sesaat.

10. Tugas Kita: Membedakan Mana Gula, Mana Gula-Gula

Gula bisa jadi bahan energi, bisa juga racun tersembunyi. Investor dan praktisi digital perlu berpikir kritis dan strategis, membedakan proyek jangka pendek dari inovasi berkelanjutan.

Dunia digital memang liar, tapi dengan pengetahuan dan pemahaman, kita bisa bertahan dan bahkan tumbuh di dalamnya.

21.11 *Bitcoin* dan *Darkweb*

Umumnya penjahat suka berada di kegelapan, dan tidak terlihat saat beraksi dan bertransaksi serta tidak terlacak, sehingga *Bitcoin* menjadi "mata uang" para penjahat yang melakukan bisnisnya di *Dark Web*. Pantaskah *Bitcoin* dan *Dark Web* menjadi idola dan kesukaan para penjahat kelas kakap di berbagai belahan dunia.

Dark web adalah bagian dari internet yang sering disalahpahami, sebagian karena mitos, sebagian karena kenyataan yang memang kelam. Mari kita bahas secara mendalam dan edukatif, kemudian dilanjutkan dengan perbandingan, potensi bahaya, dan tips pencegahan.

1. Apa itu *Dark Web*?

Dark web adalah bagian dari internet yang tidak bisa diakses menggunakan peramban biasa (seperti Chrome atau Firefox). Untuk masuk ke dark web, seseorang harus menggunakan perangkat lunak khusus seperti Tor (*The Onion Router*) yang menyamarkan identitas dan lokasi pengguna. Situs-situs di *dark web* biasanya memiliki alamat berakhiran "onion", bukan ".com" atau ".id".

2. Lapisan Internet: *Surface Web*, *Deep Web*, dan *Dark Web*

Internet terdiri dari tiga lapisan:

- *Surface Web* (*Bright Web*): yang bisa diakses lewat mesin pencari biasa, seperti Google.

- *Deep Web*: bagian yang tidak terindeks oleh mesin pencari, seperti database kampus, arsip medis, akun email.
- *Dark Web*: bagian paling tersembunyi, yang membutuhkan alat khusus untuk diakses dan identitas penggunanya disamarkan secara ekstrem.

3. Tujuan Awal *Dark Web* Tidak Jahat

Awalnya, *dark web* diciptakan untuk kebebasan berbicara dan perlindungan terhadap sensor. Aktivis HAM, jurnalis di negara otoriter, *whistleblower* (pengungkap korupsi) menggunakan *dark web* untuk komunikasi aman. Namun, anonimitas tinggi ini juga disalahgunakan oleh pelaku kejahatan.

4. *Dark Web* sebagai Tempat Aktivitas Ilegal

Sayangnya, karena sulit dilacak, *dark web* menjadi tempat perdagangan ilegal seperti:

- Narkoba, senjata api, dan bahan peledak,
- Data curian (kartu kredit, identitas),
- Video kekerasan ekstrem,
- *Human trafficking*, prostitusi anak, hingga penjualan organ tubuh,
- Forum teroris, propaganda kebencian, dan lain-lain.

5. Kelebihan *Dark Web* dibanding *Bright Web*

- Privasi total dan kebebasan berekspresi: cocok bagi aktivis, wartawan, atau warga negara tertindas.
- Akses ke informasi alternatif atau disensor.
- Jaringan komunikasi terenkripsi: sulit disadap oleh pemerintah atau korporasi.

6. Kekurangan dan Bahaya *Dark Web*

- Penuh konten ilegal dan tidak manusiawi.
- Banyak situs berisi jebakan (*malware*, *spyware*, *ransomware*).
- Rantai transaksi sulit ditelusuri, rawan penipuan.
- Trauma psikologis karena melihat konten ekstrem.
- Potensi dilacak oleh lembaga hukum jika ikut transaksi ilegal.

7. Apakah *Dark Web* Dipenuhi Kriminal?

Tidak semua pengguna *dark web* adalah penjahat. Tapi fakta menunjukkan banyak komunitas kriminal beroperasi di sana. Situs pasar gelap terkenal seperti “Silk Road” (yang sudah dibongkar FBI) memperlihatkan skala perdagangan gelap yang sangat besar, termasuk narkoba, senjata, hingga jasa pembunuh bayaran (*hitman*). Beberapa organisasi teroris bahkan mempublikasikan propaganda dan instruksi serangan melalui *dark web*.

8. Kasus Trauma di *Dark Web*

Cerita temanmu yang trauma bukan hal langka. Banyak orang awam yang mengakses *dark web* karena rasa ingin tahu, lalu tanpa sengaja melihat:

- Video penyiksaan manusia atau hewan,
- Gambar sadis atau mengerikan,
- Konten kekerasan seksual ekstrem,
- Forum yang penuh dengan ujaran kebencian ekstrem. Hal ini bisa menyebabkan trauma psikologis berat yang berlarut.

9. Ciri-Ciri Jebakan *Dark Web* yang Harus Diwaspadai

- Situs yang meminta klik tautan tanpa penjelasan jelas,
- Permintaan untuk mengunduh file .zip atau .exe,
- Janji hadiah besar, *cryptocurrency* gratis, atau tawaran pekerjaan ilegal,
- *Pop-up* yang mengarahkan ke situs lain secara otomatis,
- Ajakan masuk ke forum tertutup yang tidak jelas isinya,
- Permintaan kirim data pribadi atau wajah,
- Permintaan kirim uang kripto untuk akses ke "konten spesial."

10. Edukasi dan Pencegahan untuk Anak dan Masyarakat

- Jangan anggap *dark web* tempat main-main atau uji nyali.
- Beri pemahaman bahwa anonimitas bisa sangat berbahaya, apalagi jika seseorang awam teknologi.
- Ingatkan bahwa rasa penasaran terhadap hal terlarang bisa membahayakan fisik dan mental.
- Gunakan kontrol orang tua (*parental control*) dan komunikasi terbuka dengan anak-anak.
- Ajarkan etika digital dan batas moral, bukan hanya tentang teknologi.
- Tekankan bahwa melindungi jiwa dan pikiran lebih penting daripada mengikuti tren atau tantangan *online*.

Kesimpulan:

Dark web memang nyata, dan bukan sekadar mitos internet. Ia bisa berguna bagi sebagian orang dalam kondisi ekstrem, tapi risikonya jauh lebih besar bagi masyarakat umum, terutama remaja dan anak-anak. Sebaiknya tidak coba-coba

mengaksesnya, apalagi tanpa pemahaman, pengamanan, dan tujuan yang jelas. Edukasi dan pemahaman adalah kunci terbaik untuk mencegah keingintahuan yang bisa berujung petaka.

Narasi Edukatif: "Jangan Main Api Jika Tak Siap Terbakar"

"Bayangkan sebuah perpustakaan besar yang sangat luas. Di lantai utama, kau bisa melihat buku-buku umum yang terbuka untuk siapa saja — inilah internet yang kita kenal, yang bisa diakses lewat Google, YouTube, dan media sosial. Tapi tahukah kamu, di bawah perpustakaan itu, tersembunyi ruang-ruang rahasia yang tidak bisa dilihat oleh sembarang orang?

Salah satu ruang paling tersembunyi itu disebut dark web — tempat di mana lampu-lampu padam, pintu terkunci, dan hanya orang-orang tertentu yang tahu jalan masuknya. Tidak ada tanda, tidak ada petunjuk, hanya lorong gelap dan sunyi. Dan di dalamnya, bisa saja ada hal-hal baik… tapi juga hal-hal yang sangat mengerikan.

Dark web bukanlah sekadar tempat browsing biasa. Ia seperti dunia bayangan, di mana anonimitas adalah segalanya. Di sana, orang-orang tidak memakai nama asli. Mereka menyembunyikan wajah dan identitas. Mereka bisa siapa saja, dari jurnalis yang berusaha menyelamatkan nyawanya, hingga penjahat yang menjual narkoba, senjata, bahkan manusia.

Mungkin kau pernah mendengar, dark web disebut-sebut sebagai tempat para penjahat dunia maya berkumpul. Itu bukan mitos. Di sana, ada toko online yang menjual obat-obatan terlarang, identitas palsu, video kekerasan yang tak layak ditonton, hingga tawaran pekerjaan haram. Semua terjadi di balik layar, tanpa hukum, tanpa rasa malu.

Banyak orang masuk ke dark web karena rasa penasaran. Hanya ingin melihat. Tapi seperti masuk ke rumah hantu tanpa peta dan tanpa penerangan, banyak yang tersesat dan tidak siap menghadapi apa yang mereka temukan. Beberapa hanya melihat gambar mengganggu, tapi ada yang benar-benar trauma berat karena menyaksikan kejahatan yang tidak bisa dibayangkan.

Seorang sahabat saya pernah berkata, "Saya pikir saya kuat. Tapi setelah satu hari menjelajah dark web, saya tidak bisa tidur selama tiga bulan." Bayangkan, hanya karena satu klik iseng, hidupnya berubah. Inilah bahayanya ketika kita menganggap internet hanya dunia main-main.

Dark web bukan tempat bagi kita yang awam. Ia bukan tempat edukasi, bukan tempat eksplorasi, apalagi tempat bermain. Seperti hutan lebat tanpa peta, kau bisa hilang dan tak tahu jalan pulang. Dan ingat, di sana, tidak semua orang datang sebagai teman. Banyak yang siap menjebak, mencuri data, merusak komputer, bahkan menghancurkan mental kita.

Sebagai orang tua, guru, atau teman, kita punya tanggung jawab untuk menjaga satu sama lain. Jangan biarkan anak-anak, remaja, atau siapa pun yang kita cintai masuk ke dunia itu tanpa pengetahuan. Edukasi adalah kunci. Katakan pada mereka bahwa tidak semua pintu perlu dibuka. Tidak semua keingintahuan membawa kebaikan.

Dan yang terpenting, hargailah pikiran dan jiwamu. Lindungi apa yang kau lihat, dengar, dan rasakan. Karena dunia maya — seperti dunia nyata — punya sisi terang dan sisi gelap. Maka bijaklah dalam memilih jalan".

Hubungan “mesra” dan kompleks antara *Bitcoin* dan *dark web*, yang sering dianggap “saling melengkapi” dalam konteks transaksi ilegal. Namun, relasi ini bukan semata-mata karena *Bitcoin* diciptakan untuk kejahatan, melainkan karena fitur-fitur teknologinya yang bersifat netral dimanfaatkan oleh berbagai pihak, baik untuk kebaikan maupun kejahatan.

Paparan mendalam dan terstruktur mengenai hubungan *Bitcoin* dan *dark web*, serta mengapa keduanya kemungkinan akan tetap eksis seperti fenomena sosial yang sulit dihilangkan:

1. *Bitcoin* dan Anonimitas: Fitur yang Menarik Bagi Penjahat

Bitcoin memungkinkan seseorang untuk mengirim dan menerima uang tanpa identitas personal yang jelas, hanya menggunakan alamat dompet digital (*wallet address*). Fitur ini tidak 100% anonim, tetapi *pseudonim*, karena seluruh transaksi tercatat di *blockchain* secara publik — namun tanpa mencantumkan nama asli. Ini sangat menggoda bagi pelaku kriminal yang ingin menghindari pelacakan institusi keuangan atau aparat hukum.

2. *Dark Web*: Ekosistem Kriminal yang Mencari Sistem Pembayaran Aman

Di dalam *dark web*, banyak situs pasar gelap (*darknet markets*) beroperasi layaknya *e-commerce*: menjual narkoba, senjata, data curian, bahkan jasa kriminal. Penjual dan pembeli tidak bisa menggunakan kartu kredit atau transfer bank, karena bisa dilacak. Maka, *Bitcoin* — dan kini juga koin privasi seperti Monero — menjadi solusi pembayaran yang dianggap “aman” dan relatif sulit dilacak.

3. Kasus-Kasus Nyata: *Silk Road* dan *Darknet Markets*

Contoh paling terkenal adalah *Silk Road*, pasar gelap *online* pertama yang beroperasi di *dark web* dan menggunakan *Bitcoin* sebagai metode pembayaran utama. Sejak dibongkar oleh FBI tahun 2013, muncul banyak pasar gelap lainnya seperti AlphaBay, Hansa, dan lainnya — dan semuanya mengandalkan *Bitcoin* atau *altcoin* serupa. Fakta ini menunjukkan bagaimana *Bitcoin* menjadi tulang punggung ekonomi bawah tanah digital.

4. Kenapa Penjahat Lebih Suka *Bitcoin*?

Karena *Bitcoin*:

- Tidak bergantung pada bank atau otoritas pemerintah,
- Transaksinya bisa dilakukan kapan saja, lintas negara, tanpa batasan,
- Tidak perlu identitas resmi (KTP, paspor),
- Prosesnya cepat, dan bisa disimpan dalam dompet digital yang disamarkan.

Namun, ironisnya, karena semua transaksi *Bitcoin* tercatat secara publik di *blockchain*, lembaga penegak hukum kini bisa menelusuri jejak digital dengan alat forensik khusus. Inilah sebabnya penjahat kini mulai beralih ke koin privasi seperti Monero atau Zcash, yang lebih sulit dilacak.

5. Hubungan Simbiosis: Saling Membutuhkan

Dark web butuh *Bitcoin* (dan sejenisnya) sebagai alat transaksi, dan *Bitcoin* tumbuh pesat sebagian karena *dark web*. Di awal-awal kemunculannya, sebagian besar permintaan *Bitcoin* memang datang dari pasar gelap. Seiring waktu, *Bitcoin* meluas ke pengguna sah, investor, bahkan institusi. Tapi jejak awalnya di *dark web* tetap membekas dan memberi reputasi kelam.

6. Seperti Fenomena Sosial: Sulit Dihilangkan Total

Sebagaimana kamu analogikan dengan pelacuran — yaitu kebutuhan bawah sadar manusia yang kompleks — *dark web* dan *Bitcoin* dalam konteks kriminal juga mengakar pada realitas manusia dan teknologi. Selama:

- Ada kebutuhan untuk privasi ekstrem,
- Ada ketimpangan sosial,
- Ada permintaan pasar gelap, maka bentuk-bentuk transaksi gelap ini akan tetap hidup — hanya medianya yang berganti.

7. Regulasi dan Penegakan Hukum: Terlambat Mengimbangi

Hukum dan regulasi seringkali tertinggal dibanding perkembangan teknologi. Penjahat siber jauh lebih lincah dan inovatif. Negara-negara kini mencoba mengatur *Bitcoin*:

- Melalui identifikasi pengguna (KYC/AML),
- Membatasi pertukaran (*exchange*) kripto ilegal,
- Melacak dompet mencurigakan. Namun selama teknologi tetap terbuka dan global, penegakan hukum akan terus tertantang.

8. Apakah *Bitcoin* Harus Dihapus?

Tidak realistis. *Bitcoin* bersifat *decentralized* dan tidak dikendalikan siapa pun, sehingga tidak bisa diblokir atau dimatikan seperti sistem bank. Selain itu, *Bitcoin* juga memiliki banyak manfaat legal: sebagai alat lindung nilai (*hedging*), pengiriman uang antar negara tanpa biaya tinggi, atau menyimpan aset di negara yang tidak stabil. Maka menghapus *Bitcoin* bukan solusi — yang perlu adalah edukasi, pengawasan, dan etika penggunaan.

9. Peran Edukasi: Menentukan Masa Depan *Bitcoin* dan *Dark Web*

Sama seperti pisau yang bisa digunakan untuk memasak atau menyakiti, teknologi bersifat netral. Yang membentuknya baik atau buruk adalah manusia. Maka tugas kita adalah:

- Memberi pemahaman tentang risiko dan etika digital,
- Melatih masyarakat agar tidak tergoda menggunakan teknologi untuk kejahatan,
- Menumbuhkan rasa tanggung jawab sosial dalam menggunakan teknologi.

10. Kesimpulan: Waspada, Tapi Tidak Paranoid

Ya, *Bitcoin* dan *dark web* memiliki hubungan yang kuat dalam dunia kriminal. Tapi *Bitcoin* bukan penjahat, dan *dark web* bukan tempat yang 100% jahat. Keduanya hanya akan digunakan secara negatif selama masih ada manusia yang memilih jalan gelap. Maka kita tidak hanya perlu teknologi canggih, tapi juga kesadaran moral yang tinggi. Karena pada akhirnya, teknologi adalah cermin dari nilai-nilai kita sendiri.

21.12 Kritik Tajam *Insurtech* (*Mis-selling, Mis-buying, Fraud Digital, Algorithm Bias*)

Insurtech sering dipromosikan sebagai solusi modern yang cepat, efisien, dan transparan. Namun di balik kemudahan itu, tersembunyi risiko baru yang jauh lebih halus—bahkan lebih berbahaya—dibanding model tradisional. Jika dulu *mis-selling* dilakukan oleh agen yang kurang kompeten, kini *mis-selling* bisa dilakukan oleh sistem digital yang tampak objektif, padahal tidak netral. Salah satu potensi terbesar adalah *chatbot selling* tanpa edukasi. Dalam banyak *platform insurtech*, proses

penjualan dilakukan melalui *chatbot* atau aplikasi dengan alur yang sangat cepat: pilih produk, isi data, bayar, selesai.

Masalahnya, tidak ada proses edukasi mendalam seperti yang seharusnya dilakukan oleh agen atau broker profesional. Konsumen tidak benar-benar memahami:

- apa yang dijamin,
- apa yang tidak dijamin (*exclusion*),
- bagaimana proses klaim,
- dan kapan permohonan polis bisa ditolak.

Akibatnya, terjadi fenomena baru: *mis-buying* — bukan karena ditipu, tetapi karena membeli tanpa pemahaman. Konsumen merasa “sudah punya asuransi”, padahal sebenarnya tidak terlindungi secara efektif.

Fenomena kedua adalah *instant approval underwriting*, yang sering dijadikan *selling point* utama *insurtech*. Dengan teknologi AI, polis bisa disetujui dalam hitungan menit tanpa *medical check-up* atau analisa mendalam. Ini terlihat menarik, tetapi menyimpan risiko serius: risiko tidak terdeteksi di awal, potensi *dispute* saat klaim, bahkan penolakan klaim karena “data tidak lengkap” atau “misrepresentation”. Dengan kata lain, risiko *underwriting* dipindahkan ke fase klaim, bukan di awal. Ini sangat berbahaya bagi konsumen awam.

Selanjutnya, kita masuk ke *fraud digital*, yang justru meningkat seiring digitalisasi. *Insurtech* membuka celah baru seperti:

- manipulasi data saat *onboarding*,
- klaim berbasis dokumen digital yang dipalsukan,

- identitas palsu (*synthetic identity*),
- hingga *fraud* berbasis *deepfake*.

Ironisnya, semakin otomatis sistem, semakin besar potensi *fraud* jika kontrol tidak kuat. Sistem yang cepat seringkali mengorbankan verifikasi mendalam. Yang paling *subtle* (bias halus, tak kasat mata) namun sangat berbahaya adalah *algorithm bias*. Banyak yang percaya bahwa AI itu objektif. Faktanya, AI hanya seobjektif data yang digunakan untuk melatihnya. Jika data historis bias, maka hasilnya juga bias. Contoh nyata: kelompok tertentu bisa dianggap "lebih berisiko" tanpa alasan yang transparan, premi menjadi tidak adil secara sosial, bahkan penolakan klaim bisa terjadi karena pola statistik, bukan kondisi nyata. Masalahnya, algoritma tidak transparan. Konsumen tidak tahu:

- bagaimana mereka dinilai,
- kenapa premi mereka lebih mahal,
- atau kenapa klaim mereka ditolak.

Ini menciptakan "black box decision making" — keputusan tanpa akuntabilitas. *Insurtech* tidak menghilangkan *mis-selling*. Ia hanya mengubah bentuknya menjadi lebih sistematis, lebih cepat, dan lebih sulit dideteksi. Jika tidak diatur dan diawasi dengan baik, *insurtech* bisa menciptakan generasi baru konsumen:

- punya polis, tapi tidak terlindungi
- merasa aman, tapi sebenarnya rentan

21.13 Perspektif Regulasi OJK: Antara Kecepatan Teknologi dan Kewaspadaan Negara

Perkembangan *insurtech*, kripto, dan layanan keuangan digital di Indonesia ibarat kereta cepat yang melaju tanpa rem yang cukup kuat. Inovasi datang begitu cepat—bahkan sering kali lebih cepat daripada kemampuan regulator untuk mengejarnya. Di sinilah peran Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menjadi sangat krusial: bukan untuk menghambat, tetapi untuk memastikan bahwa kecepatan itu tidak berubah menjadi kecelakaan massal. OJK sebenarnya tidak tinggal diam. Sejak beberapa tahun terakhir, fondasi regulasi mulai dibangun secara bertahap. Salah satu tonggak penting adalah hadirnya kerangka Inovasi Keuangan Digital (IKD) melalui POJK No. 13/POJK.02/2018. Regulasi ini ibarat "gerbang awal" bagi para pelaku *insurtech* untuk masuk ke industri keuangan secara resmi. Tidak semua inovasi boleh langsung beroperasi bebas. Mereka harus melewati apa yang disebut sebagai *regulatory sandbox*—sebuah ruang uji coba yang diawasi ketat oleh OJK. Konsep *sandbox* ini menarik. Negara tidak langsung mengatakan "boleh" atau "tidak boleh", tetapi berkata: "Silakan buktikan dulu model bisnismu, kami akan mengawasi." Ini adalah pendekatan yang relatif modern—memberi ruang inovasi, tetapi tetap menjaga kontrol.

Namun, seiring waktu, OJK menyadari bahwa masalah utama bukan hanya soal inovasi, tetapi soal perlindungan konsumen. Teknologi boleh canggih, tetapi jika konsumen tidak paham apa yang mereka beli, maka teknologi itu justru menjadi alat yang berbahaya. Di sinilah kemudian lahir penguatan melalui POJK No. 6/POJK.07/2022 tentang Perlindungan Konsumen

dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan. Regulasi ini menjadi semacam “payung besar” yang menegaskan satu hal sederhana namun fundamental: konsumen tidak boleh dirugikan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam konteks *insurtech*, ini berarti:

- informasi produk harus jelas,
- tidak boleh ada penyesatan (*misleading*),
- tidak boleh menjual tanpa menjelaskan risiko,
- dan konsumen berhak mengadu jika dirugikan.

Masalahnya, dalam praktik digital, tantangan menjadi jauh lebih kompleks. Jika dulu *mis-selling* dilakukan oleh agen yang bisa dipanggil dan dimintai pertanggungjawaban, kini penjualan bisa dilakukan oleh sistem, oleh aplikasi, bahkan oleh *chatbot* yang tidak punya “wajah”. Ketika terjadi masalah, pertanyaannya menjadi sederhana tapi sulit dijawab: siapa yang bertanggung jawab? OJK mencoba menjawab ini dengan memperkuat prinsip transparansi dan akuntabilitas.

Namun harus diakui, regulasi yang ada saat ini masih belum sepenuhnya mampu menjangkau kompleksitas baru seperti: keputusan berbasis algoritma, penentuan premi oleh AI, atau penolakan klaim oleh sistem otomatis. Di sinilah tantangan terbesar ke depan. Di sisi lain, penggunaan teknologi dalam industri asuransi juga menyentuh aspek yang sangat sensitif: data pribadi. *Insurtech* tidak hanya mengumpulkan data nama dan alamat, tetapi juga: data kesehatan, perilaku berkendara, kebiasaan hidup, bahkan pola aktivitas sehari-hari. Untuk itu, Indonesia telah memiliki Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (UU No. 27 Tahun 2022). Undang-undang ini menjadi fondasi penting

dalam era digital. Ia menegaskan bahwa data bukan sekadar "aset bisnis", tetapi bagian dari hak individu yang harus dilindungi.

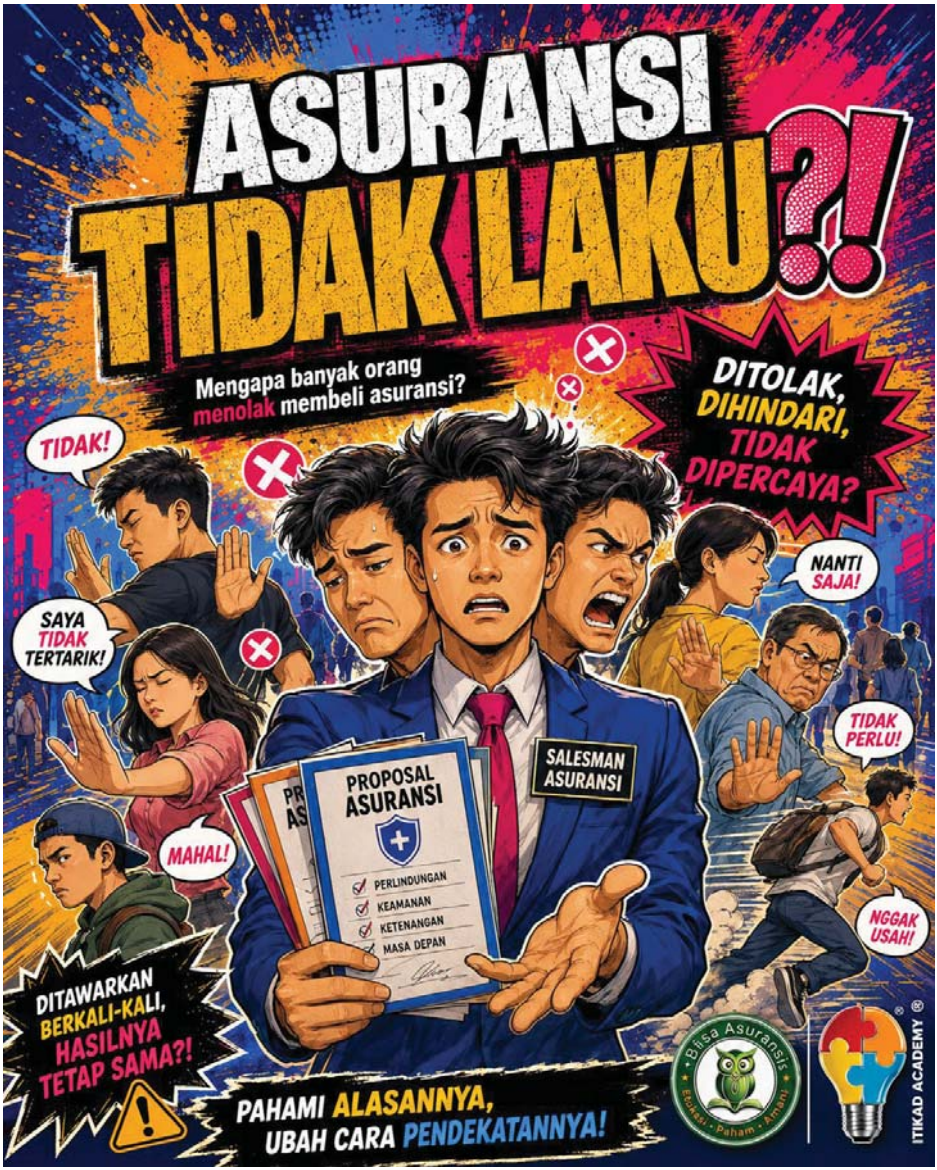
Namun sekali lagi, tantangannya bukan pada aturan tertulis, melainkan pada implementasi. Dalam dunia digital, kebocoran data tidak selalu terlihat, dan penyalahgunaan data sering terjadi tanpa disadari oleh pemiliknya.

Lalu bagaimana dengan *cryptocurrency*? Berbeda dengan *insurtech* yang berada dalam pengawasan OJK, kripto di Indonesia saat ini masih diposisikan sebagai komoditas, bukan sebagai produk jasa keuangan. Pengawasannya berada di bawah BAPPEBTI, bukan OJK. Artinya, kripto tidak diperlakukan sebagai alat pembayaran atau instrumen keuangan seperti asuransi atau perbankan. Namun situasi ini tidak akan bertahan selamanya. Dengan lahirnya Undang-Undang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU P2SK) Tahun 2023, pengawasan aset kripto secara bertahap akan berpindah ke OJK. Ini adalah langkah besar. Negara mulai melihat bahwa kripto bukan sekadar komoditas, tetapi bagian dari ekosistem keuangan yang harus diawasi lebih ketat. Perpindahan ini membawa konsekuensi penting. Jika kripto sudah berada di bawah OJK, maka prinsip yang sama akan berlaku: perlindungan konsumen, transparansi, dan pengawasan terhadap risiko sistemik. Namun di sisi lain, kripto membawa karakter yang sangat berbeda: terdesentralisasi, lintas negara, dan sulit dikendalikan oleh satu otoritas. Ini akan menjadi ujian besar bagi regulator: bagaimana mengatur sesuatu yang secara desain memang tidak ingin diatur?

Kembali ke *insurtech*, satu hal yang perlu dipahami adalah bahwa regulasi tidak pernah bertujuan untuk mematikan inovasi. Regulasi ada untuk menjaga keseimbangan. Tanpa regulasi,

inovasi bisa liar. Tetapi tanpa inovasi, industri akan stagnan. Masalahnya, dalam banyak kasus, kecepatan inovasi jauh melampaui kecepatan regulasi. Teknologi berkembang secara eksponensial, sementara regulasi berkembang secara bertahap. Akibatnya, selalu ada "celah waktu" di mana risiko muncul sebelum aturan siap mengantisipasinya. Dalam celah itulah sering terjadi: *mis-selling digital*, *mis-buying* oleh konsumen, kebocoran data, dan penyalahgunaan teknologi.

Dan sering kali, korban baru menyadari ketika semuanya sudah terlambat. Pada akhirnya, kita harus jujur melihat realitas ini. Regulasi tidak akan pernah sempurna. Ia selalu tertinggal satu langkah di belakang inovasi. Oleh karena itu, perlindungan terbaik bagi konsumen bukan hanya berasal dari regulator, tetapi juga dari literasi dan kesadaran diri. Teknologi boleh mempermudah, tetapi tidak boleh membuat kita lengah. Aplikasi boleh mempercepat, tetapi tidak boleh menggantikan pemahaman. Karena dalam dunia keuangan—terutama asuransi— kesalahan kecil dalam memahami… bisa berujung pada kerugian besar yang tidak bisa diperbaiki.


ASURANSI TIDAK LAKU?!
Mengapa banyak orang menolak membeli asuransi?
DITOLAK, DIHINDARI, TIDAK DIPERCAYA?
TIDAK!
SAYA TIDAK TERTARIK!
MAHAL!
NANTI SAJA!
TIDAK PERLU!
NGGAK USAH!
PROPOSAL ASURANSI
PERLINDUNGAN
KEAMANAN
KETENANGAN
MASA DEPAN
SALESMAN ASURANSI
DITAWARKAN BERKALI-KALI, HASILNYA TETAP SAMA?!
PAHAMI ALASANNYA, UBAH CARA PENDEKATANNYA!
Bisa Asuransi
ITIKAD ACADEMY ®



THE FUTURE IS A SEALED LETTER CARRIED BY THE WIND.
WE MAY NOT KNOW ITS MESSAGE,
BUT WE CAN PREPARE OUR HEARTS FOR ITS ARRIVAL.

BAB
22

TPL COMPULSORY INSURANCE




RISK IS THE RAIN CLOUD BEHIND THE MOUNTAIN; UNSEEN FROM THE VALLEY, YET REAL ENOUGH TO CHANGE THE PATH OF THE TRAVELER.

22.1 Pengantar

Dalam kehidupan sehari-hari, risiko kecelakaan atau kerugian akibat tindakan seseorang terhadap orang lain selalu ada. Dalam banyak kasus, pihak yang dirugikan sering kali menghadapi kesulitan dalam mendapatkan kompensasi yang layak. Di sinilah pentingnya *Third Party Liability (TPL) Compulsory Insurance*, yang bertujuan untuk memastikan bahwa korban mendapatkan ganti rugi yang layak tanpa harus melalui proses hukum yang panjang dan melelahkan. Asuransi ini menjadi jaminan bahwa pihak yang bertanggung jawab memiliki kemampuan finansial untuk membayar kerugian yang timbul.

Di berbagai negara, asuransi ini diwajibkan oleh pemerintah, terutama dalam bidang transportasi dan profesi yang memiliki risiko tinggi seperti medis dan konstruksi. Dengan adanya TPL *Compulsory Insurance*, pemerintah dapat memastikan bahwa setiap individu atau perusahaan memiliki tanggung jawab terhadap potensi kerugian yang bisa ditimbulkan kepada pihak ketiga. Regulasi yang ketat dan mekanisme pembayaran klaim yang transparan menjadi elemen penting dalam menjaga efektivitas asuransi ini di berbagai negara.

Namun, penerapan TPL *Insurance* juga memiliki tantangan tersendiri. Salah satunya adalah bagaimana menentukan mekanisme pengenaan premi agar tidak membebani masyarakat, sekaligus menghindari duplikasi dengan skema asuransi lain seperti yang melekat pada STNK. Selain itu, perdebatan antara penerapan sistem konsorsium versus pasar bebas dalam penyelenggaraan asuransi ini masih menjadi isu yang menarik. Dalam bab ini, kita akan membahas secara mendalam tentang *Third Party Liability Compulsory Insurance*, mulai dari definisi,

manfaat, regulasi di berbagai negara, hingga tantangan dalam implementasinya.

Third Party Liability Insurance serta Ruang Lingkup Jaminan

A. Definisi *Third Party Liability Insurance*

Third Party Liability (TPL) *Insurance* adalah jenis asuransi yang memberikan perlindungan terhadap tanggung jawab hukum pemegang polis jika ia menyebabkan kerugian atau cedera kepada pihak ketiga. Dalam konteks ini, pihak ketiga adalah individu atau entitas yang bukan merupakan tertanggung atau penanggung dalam kontrak asuransi. Jika pemegang polis (tertanggung) menyebabkan kecelakaan, cedera fisik, atau kerusakan properti yang merugikan pihak lain, maka asuransi ini akan menanggung biaya kompensasi atau penyelesaian hukum yang diperlukan.

Asuransi TPL biasanya bersifat wajib di berbagai negara, terutama dalam sektor yang berisiko tinggi seperti kepemilikan kendaraan bermotor, praktik profesional (misalnya dokter dan pengacara), serta industri konstruksi. Tujuan utama dari asuransi ini adalah untuk memastikan bahwa pihak ketiga yang mengalami kerugian tidak dibiarkan tanpa ganti rugi karena ketidakmampuan finansial pelaku.

Misalnya, dalam kasus kecelakaan lalu lintas, seorang pengemudi yang menyebabkan kerusakan pada kendaraan orang lain atau mencederai pejalan kaki bertanggung jawab untuk membayar ganti rugi. Jika pengemudi memiliki TPL *Insurance*, maka perusahaan asuransi akan menanggung biaya yang timbul akibat kejadian tersebut, sesuai dengan batas pertanggungan yang ditetapkan dalam polis.

B. Pentingnya *Third Party Liability Insurance*

Third Party Liability Insurance memiliki peran krusial dalam perlindungan sosial dan stabilitas ekonomi. Berikut beberapa alasan utama mengapa asuransi ini sangat penting:

1. Perlindungan Finansial bagi Pihak Ketiga

   Tanpa TPL *Insurance*, pihak ketiga yang mengalami kerugian mungkin harus menempuh jalur hukum yang panjang dan mahal untuk mendapatkan kompensasi. Dengan adanya asuransi ini, mereka dapat menerima ganti rugi dengan lebih cepat dan efisien.

2. Menjamin Kemampuan Pelaku dalam Membayar Ganti Rugi

   Tidak semua individu atau entitas memiliki dana yang cukup untuk membayar klaim besar yang muncul akibat kelalaian mereka. Asuransi ini memastikan bahwa ada dana yang tersedia untuk menyelesaikan tanggung jawab hukum tertanggung.

3. Mencegah Beban Sosial dan Ekonomi

   Jika tidak ada sistem asuransi TPL, banyak korban kecelakaan atau kejadian lainnya yang tidak mendapatkan kompensasi layak, yang pada akhirnya dapat meningkatkan beban sosial dan ekonomi pemerintah, misalnya dalam bentuk subsidi kesehatan atau bantuan hukum.

4. Mengurangi Perselisihan Hukum

   Tanpa TPL *Insurance*, perselisihan hukum sering terjadi karena pihak yang bertanggung jawab mungkin tidak mampu membayar ganti rugi, atau tidak bersedia mengakuinya. Dengan adanya asuransi ini, klaim dapat diselesaikan melalui mekanisme yang lebih terstruktur dan adil.

5. Mendukung Kepatuhan Hukum dan Regulasi

Di banyak negara, asuransi ini diwajibkan oleh hukum, terutama untuk kendaraan bermotor dan sektor bisnis tertentu. Dengan memiliki TPL *Insurance*, individu dan perusahaan dapat memastikan bahwa mereka mematuhi regulasi yang berlaku dan menghindari sanksi hukum.

6. Menjaga Reputasi Perusahaan dan Profesional

Dalam dunia bisnis, sebuah perusahaan atau profesional yang terlibat dalam insiden hukum akibat kelalaian dapat kehilangan kepercayaan pelanggan. Dengan TPL *Insurance*, mereka dapat menyelesaikan klaim dengan lebih cepat dan menunjukkan komitmen terhadap tanggung jawab sosial.

C. Ruang Lingkup Jaminan *Third Party Liability Insurance*

Ruang lingkup jaminan *Third Party Liability Insurance* bervariasi tergantung pada jenis polis yang dimiliki dan sektor yang bersangkutan. Secara umum, cakupan asuransi ini mencakup:

1. Cedera Fisik atau Kematian Pihak Ketiga

   Jika tertanggung menyebabkan kecelakaan yang mengakibatkan cedera atau kematian pihak ketiga, asuransi akan menanggung biaya medis, kompensasi kehilangan pendapatan, dan biaya hukum yang mungkin timbul.

   Contoh: Dalam kasus kecelakaan lalu lintas, jika seorang pengemudi menabrak pejalan kaki dan menyebabkan luka serius, biaya pengobatan dan ganti rugi akan ditanggung oleh polis TPL.

2. Kerusakan Properti Pihak Ketiga
   Jika tertanggung merusak properti orang lain, seperti kendaraan, bangunan, atau barang pribadi, asuransi akan menanggung biaya perbaikan atau penggantian.

   Contoh: Seorang pekerja konstruksi secara tidak sengaja merobohkan dinding rumah tetangga saat sedang mengoperasikan alat berat. Asuransi TPL perusahaan konstruksi tersebut akan menanggung biaya perbaikan rumah yang terdampak.

3. Biaya Hukum dan Pengadilan
   Dalam banyak kasus, pihak ketiga mungkin menuntut ganti rugi melalui jalur hukum. TPL *Insurance* mencakup biaya hukum, termasuk honorarium pengacara dan biaya pengadilan, untuk membela tertanggung atau mencapai penyelesaian hukum yang adil.

   Contoh: Seorang dokter yang diduga melakukan malpraktik medis dapat menghadapi tuntutan hukum dari pasien. Jika dokter tersebut memiliki TPL *Insurance* untuk profesinya, maka biaya hukum dan ganti rugi dapat ditanggung oleh polis.

4. Tanggung Jawab Hukum dalam Konteks Bisnis dan Profesional
   Beberapa profesi, seperti dokter, pengacara, dan insinyur, memiliki risiko tinggi dalam memberikan layanan yang dapat berdampak langsung pada klien mereka. Jika terjadi kesalahan yang mengakibatkan kerugian bagi pihak ketiga, TPL *Insurance* dapat membantu menanggung biaya kompensasi dan hukum.

Contoh: Seorang akuntan memberikan nasihat pajak yang salah kepada kliennya, yang berujung pada denda besar dari otoritas pajak. Jika klien menggugatnya, polis TPL akan membantu dalam penyelesaian klaim.

5. Pengecualian dalam TPL *Insurance*
   Meskipun asuransi ini memberikan cakupan yang luas, ada beberapa pengecualian umum dalam polis, seperti:
   - Kerugian akibat tindakan kriminal atau disengaja oleh tertanggung.
   - Kerusakan yang terjadi pada aset milik tertanggung sendiri.
   - Cedera yang terjadi pada karyawan tertanggung (yang biasanya dicakup oleh asuransi tenaga kerja).
   - Kerugian yang disebabkan oleh peristiwa *force majeure* seperti bencana alam besar yang tidak terkait dengan kelalaian tertanggung.

Third Party Liability Insurance adalah elemen penting dalam sistem perlindungan hukum dan finansial yang memastikan bahwa pihak ketiga yang mengalami kerugian mendapatkan kompensasi yang layak. Asuransi ini memiliki cakupan luas yang mencakup cedera fisik, kerusakan properti, dan biaya hukum, serta sangat dibutuhkan dalam berbagai sektor kehidupan, mulai dari penggunaan kendaraan bermotor hingga profesi dengan risiko tinggi seperti medis dan hukum.

Penerapan asuransi ini secara wajib di berbagai negara bertujuan untuk melindungi hak-hak korban dan mencegah ketidakpastian finansial akibat insiden yang tidak terduga. Namun, regulasi yang jelas dan pemahaman mengenai ruang lingkup perlindungan sangat penting agar manfaat dari TPL *Insurance* dapat dirasakan secara optimal oleh semua pihak.

22.2 Siapa yang Membutuhkan Asuransi Ini?

Third Party Liability (TPL) *Insurance* merupakan bentuk perlindungan yang dirancang untuk melindungi individu dan entitas dari risiko tuntutan hukum serta kewajiban finansial akibat kerugian yang ditimbulkan kepada pihak ketiga. Berbagai sektor dan profesi sangat memerlukan asuransi ini mengingat tingginya risiko yang melekat pada aktivitas mereka. Berikut adalah beberapa pihak yang membutuhkan asuransi TPL beserta alasan dan contoh penerapannya:

A. Pemilik Kendaraan Bermotor

Pemilik kendaraan bermotor, baik individu maupun perusahaan transportasi, merupakan salah satu kelompok yang paling membutuhkan asuransi TPL. Kecelakaan lalu lintas adalah salah satu risiko terbesar yang dapat menyebabkan kerusakan properti, cedera fisik, atau bahkan kematian bagi pihak ketiga.

Mengapa Pemilik Kendaraan Membutuhkan TPL *Insurance*?

- Perlindungan Finansial terhadap Korban Kecelakaan

Jika seorang pengemudi secara tidak sengaja menabrak pejalan kaki atau kendaraan lain, biaya medis dan perbaikan kendaraan dapat sangat besar. Asuransi TPL akan menanggung biaya tersebut, sehingga pemilik kendaraan tidak perlu membayar ganti rugi secara pribadi.

- Menghindari Tuntutan Hukum

Dalam banyak kasus, korban kecelakaan dapat menggugat pelaku di pengadilan untuk mendapatkan kompensasi. Dengan adanya TPL *Insurance*, penyelesaian klaim dapat dilakukan melalui perusahaan asuransi, mengurangi potensi konflik hukum yang panjang dan mahal.

- Mematuhi Regulasi Hukum

Di banyak negara, termasuk Indonesia, asuransi TPL untuk kendaraan bermotor akan diwajibkan oleh pemerintah. Kepemilikan asuransi ini menjadi syarat untuk registrasi kendaraan atau perpanjangan STNK. Saat ini sudah ada SWDKLLJ (Sumbangan Wajib Dana Kecelakaan Lalu Lintas) pada saat perpanjangan STNK.

Contoh Kasus

Seorang pengemudi taksi *online* di Jakarta mengalami kecelakaan dan menabrak seorang pengendara sepeda motor. Pengendara motor mengalami patah tulang dan membutuhkan perawatan di rumah sakit. Tanpa asuransi TPL, pengemudi taksi harus menanggung seluruh biaya pengobatan dan kompensasi sendiri. Namun, jika ia memiliki TPL *Insurance*, perusahaan asuransi akan menangani pembayaran biaya medis dan ganti rugi bagi korban.

B. Profesional Medis, Keuangan, Arsitek dan Hukum

Profesi medis, keuangan, konstruksi dan hukum memiliki risiko tinggi karena berhubungan langsung dengan klien (individu dan perusahaan) saat memberikan pelayanan. Kesalahan dalam memberikan pelayanan, keliru memberikan advis dan resep tidak tepat dapat berakibat fatal dan menimbulkan tuntutan hukum dari klien/keluarganya dan perusahaan

Mengapa Profesional Medis, Keuangan, Arsitek dan Hukum Membutuhkan TPL *Insurance*?

- Perlindungan terhadap Gugatan Malpraktik

Jika seorang dokter atau tenaga medis, keuangan, arsitek dan hukum dianggap melakukan kesalahan yang merugikan

pasien/klien, mereka bisa digugat untuk membayar ganti rugi yang sangat besar. Asuransi TPL untuk malpraktik medis/keuangan/konstruksi/hukum menanggung biaya hukum serta kompensasi bagi pasien/klien yang dirugikan.

- Mencegah Kerugian Finansial Pribadi

  Gugatan hukum dalam kasus malpraktik medis/keuangan/konstruksi/hukum sering kali menuntut jumlah kompensasi yang sangat besar. Tanpa asuransi, seorang dokter/konsultan keuangan & asuransi/arsitek/pengacara mungkin harus membayar ratusan juta hingga miliaran rupiah, yang dapat menghancurkan karier dan keuangan pribadinya.

- Meningkatkan Kepercayaan Pasien/Klien

  Dengan memiliki asuransi TPL, seorang dokter/konsultan/arsitek/pengacara dapat menunjukkan bahwa mereka bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan memiliki jaminan untuk melindungi kepentingan pasien/klien.

Contoh Kasus

- Seorang dokter bedah di sebuah rumah sakit melakukan operasi yang berakhir dengan komplikasi serius bagi pasien. Keluarga pasien mengklaim bahwa dokter tersebut melakukan kesalahan dalam prosedur dan mengajukan gugatan senilai Rp3 miliar. Dengan adanya TPL Insurance, perusahaan asuransi akan menanggung biaya hukum dan kemungkinan ganti rugi kepada pasien.
- Seorang pialang asuransi keliru memberikan advis dan program asuransi kepada klien yang berakibat sebuah klaim tidak terjamin dan mengalami kerugian yang besar. Pialang asuransi dapat dituntut oleh klien/tertanggung, oleh sebab itu *Professional Liability*/*Indemnity Insurance* wajib dimiliki perusahaan pialang asuransi di Indonesia.

C. Perusahaan di Sektor Konstruksi atau Industri Berisiko Tinggi

Perusahaan yang bergerak di sektor konstruksi dan industri berat memiliki tingkat risiko yang sangat tinggi terhadap pihak ketiga. Kegiatan proyek yang melibatkan alat berat, material konstruksi, dan pekerjaan di area publik sering kali menimbulkan bahaya bagi masyarakat sekitar dan properti pihak lain.

Mengapa Perusahaan Konstruksi Membutuhkan TPL *Insurance*?

- Melindungi dari Klaim Kerusakan Properti
- Proyek konstruksi yang salah perhitungan dapat menyebabkan kerusakan pada bangunan di sekitarnya, seperti retakan pada gedung tetangga atau robohnya pagar warga. Asuransi TPL menanggung biaya perbaikan atas kerusakan tersebut.
- Menanggung Biaya Cedera atau Kematian Pihak Ketiga
- Jika terjadi kecelakaan yang melibatkan pekerja, pejalan kaki, atau penghuni sekitar proyek, perusahaan bertanggung jawab atas biaya pengobatan dan kompensasi. Asuransi ini akan mengurangi beban finansial perusahaan.
- Kewajiban Hukum dalam Kontrak
- Dalam banyak kontrak proyek besar, kepemilikan asuransi TPL menjadi syarat wajib sebelum perusahaan dapat menjalankan proyek. Ini untuk memastikan bahwa setiap risiko terhadap pihak ketiga telah dipertimbangkan dan diasuransikan.

Contoh Kasus

Sebuah perusahaan konstruksi sedang membangun gedung bertingkat di pusat kota. Karena kelalaian pekerja,

material bangunan jatuh dan merusak mobil yang diparkir di bawahnya. Pemilik mobil menuntut ganti rugi sebesar Rp200 juta. Jika perusahaan tidak memiliki TPL *Insurance*, mereka harus membayar dari kas perusahaan. Namun, dengan TPL *Insurance*, klaim akan dibayarkan oleh perusahaan asuransi.

Third Party Liability Insurance bukan hanya kebutuhan bagi individu dan bisnis tertentu, tetapi merupakan aspek penting dalam sistem perlindungan hukum dan finansial yang lebih luas. Pemilik kendaraan bermotor membutuhkannya untuk melindungi diri dari tuntutan kecelakaan, profesional medis memerlukannya untuk menghadapi risiko malpraktik, dan perusahaan konstruksi membutuhkannya untuk mengantisipasi klaim dari pihak yang terdampak oleh proyek mereka.

Selain tiga sektor utama di atas, masih banyak profesi dan bisnis lain yang juga memerlukan TPL *Insurance*, seperti:

- Pemilik usaha ritel yang menghadapi risiko pelanggan cedera di dalam toko mereka.
- Pengacara dan konsultan keuangan yang bisa digugat atas kesalahan nasihat yang mereka berikan.
- Pemilik hotel dan restoran yang bisa menghadapi klaim dari tamu yang mengalami kecelakaan atau keracunan makanan.

Dengan memiliki *Third Party Liability Insurance*, setiap individu dan bisnis dapat menjalankan aktivitasnya dengan lebih tenang, mengetahui bahwa mereka memiliki perlindungan terhadap tuntutan hukum dan kewajiban finansial yang tidak terduga.

22.3 Regulasi dan Perlindungan bagi Masyarakat

Third Party Liability (TPL) Insurance memiliki peran penting dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat dari risiko kerugian akibat tindakan atau kelalaian pihak lain. Namun, agar asuransi ini benar-benar efektif dan dapat memberikan manfaat yang optimal, diperlukan regulasi yang kuat serta mekanisme perlindungan yang jelas bagi semua pihak yang terlibat. Regulasi yang baik harus memastikan keseimbangan antara kepentingan masyarakat, perusahaan asuransi, dan pemerintah sebagai regulator.

Tanggung Jawab Hukum Kepada Pihak Ketiga telah diatur dalam peraturan dan regulasi, seperti Kitab Undang-undang Hukum Perdata dan Aturan lainnya.

A. Berikut adalah uraian tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga berdasarkan Pasal 1365 hingga 1372 KUH Perdata, lengkap dengan bunyi pasal dan analisisnya:

1. Pasal 1365 KUH Perdata

   "Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut."

   Analisis:

   - Pasal ini merupakan dasar utama dari tanggung jawab perdata berdasarkan perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*).
   - Seseorang bertanggung jawab jika:

1. Ada perbuatan yang melanggar hukum.
2. Perbuatan tersebut menimbulkan kerugian bagi pihak lain.
3. Ada unsur kesalahan dalam tindakan tersebut.
4. Ada hubungan sebab akibat antara perbuatan dan kerugian yang timbul.

- Contoh: Jika seorang pengemudi ugal-ugalan menyebabkan kecelakaan dan merusak mobil orang lain, ia bertanggung jawab mengganti kerugian tersebut.

2. Pasal 1366 KUH Perdata

   "Setiap orang bertanggung jawab, bukan hanya untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan oleh kelalaiannya atau kurang kehati-hatiannya."

   Analisis:

   - Tanggung jawab hukum tidak hanya berlaku untuk perbuatan yang disengaja, tetapi juga akibat kelalaian.
   - Prinsip ini penting dalam kasus malpraktik medis, kecelakaan kerja, atau kelalaian dalam menjalankan tanggung jawab profesional.
   - Contoh: Seorang dokter yang salah mendiagnosis pasien hingga menyebabkan kondisi memburuk dapat dituntut berdasarkan pasal ini.

3. Pasal 1367 KUH Perdata

   "Seseorang tidak hanya bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan oleh perbuatannya sendiri, tetapi juga oleh perbuatan orang-orang yang berada di bawah pengawasannya, atau karena barang-barang yang berada di bawah penguasaannya."

Analisis:

- Pasal ini mengatur tanggung jawab vikarius, yaitu pertanggungjawaban atasan terhadap bawahan atau pemilik terhadap barang miliknya.
- Dapat diterapkan dalam hubungan kerja atau tanggung jawab orang tua terhadap anak-anak mereka.

Contoh:

- Jika seorang pegawai perusahaan transportasi menyebabkan kecelakaan saat bekerja, perusahaan bisa ikut bertanggung jawab.
- Kala seorang supir keluarga mengemudi mobil dan menabrak pihak ketiga, majikan ikut bertanggung jawab
- Jika seekor anjing peliharaan menyerang seseorang, pemiliknya wajib mengganti kerugian.

4. Pasal 1368 KUH Perdata

"Pemilik suatu benda, atau mereka yang menggunakannya untuk kepentingannya sendiri, bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan oleh benda itu, jika ada kesalahan atau kelalaian dalam penjagaannya."

Analisis:

- Pasal ini berkaitan dengan tanggung jawab objek, yaitu seseorang bisa bertanggung jawab atas kerusakan yang ditimbulkan oleh benda miliknya.

Contoh:

- Jika sebuah bangunan runtuh dan melukai orang lain karena tidak dirawat dengan baik, pemilik bangunan bertanggung jawab.
- Pohon yang berada di dalam halaman atau di depan rumah seseorang tumbang dan merusak rumah tetangga, pemilik rumah wajib mengganti kerugian

5. Pasal 1369 KUH Perdata

   "Orang tidak bertanggung jawab atas suatu kejadian yang tidak dapat diduganya atau yang tidak dapat dicegahnya."

   Analisis:

   - Pasal ini memberikan pengecualian dalam keadaan *force majeure* atau kejadian di luar kendali manusia.
   - Contoh: Jika seorang pemilik rumah mengalami bencana alam (gempa bumi) yang menyebabkan kerusakan pada rumah tetangganya, ia tidak dapat dituntut berdasarkan pasal ini.

6. Pasal 1370 KUH Perdata

   "Jika karena suatu kejadian seseorang meninggal dunia, maka suami atau istri yang hidup, atau anak-anak dan orang tuanya, berhak menuntut ganti rugi atas kehilangan tunjangan nafkah yang mereka terima dari orang yang meninggal itu."

   Analisis:

   - Pasal ini mengatur hak ahli waris untuk menuntut ganti rugi atas kehilangan nafkah akibat kematian seseorang.
   - Contoh: Jika seorang kepala keluarga meninggal karena kecelakaan akibat kelalaian pengemudi lain, keluarga korban dapat menuntut kompensasi kepada pengemudi atau perusahaan asuransi.

7. Pasal 1371 KUH Perdata

   "Dalam hal kematian seseorang, maka selain kehilangan tunjangan nafkah, dapat pula dituntut ganti rugi atas penderitaan batin yang ditimbulkan oleh kematian tersebut."

Analisis:

- Mengatur kerugian immateriil, yaitu ganti rugi atas penderitaan batin akibat kehilangan anggota keluarga.

Contoh: Dalam kasus tabrakan yang menyebabkan kematian, keluarga korban bisa menuntut ganti rugi atas kesedihan dan trauma yang mereka alami.

8. Pasal 1372 KUH Perdata

"Hak untuk menuntut ganti rugi atas kehilangan tunjangan nafkah dan penderitaan batin itu, hanya dapat dilakukan oleh orang-orang yang mempunyai hubungan sedarah atau perkawinan dengan si meninggal."

Analisis:

- Hak untuk menuntut ganti rugi hanya diberikan kepada keluarga inti korban.
- Membatasi klaim ganti rugi agar tidak disalahgunakan oleh pihak yang tidak berhak.

Pasal 1365 – 1372 KUH Perdata mengatur berbagai bentuk tanggung jawab hukum dalam perbuatan melawan hukum, baik karena kesengajaan, kelalaian, maupun tanggung jawab terhadap orang lain atau benda. Aturan ini sangat relevan dalam *Third Party Liability Insurance*, karena asuransi ini bertujuan untuk melindungi tertanggung dari tuntutan hukum akibat kerugian yang ditimbulkan kepada pihak ketiga.

B. Selain ketentuan dalam Pasal 1365 hingga 1372 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata), terdapat beberapa regulasi lain di Indonesia yang mengatur tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga. Berikut adalah beberapa di antaranya:

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (UU Perlindungan Konsumen):
   - UU ini menetapkan tanggung jawab produsen, distributor, dan pelaku usaha lainnya terhadap konsumen sebagai pihak ketiga. Jika produk atau jasa yang diberikan menyebabkan kerugian atau cedera kepada konsumen, pelaku usaha wajib memberikan ganti rugi atau kompensasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan:
   - Pasal 240 UU ini mengatur bahwa pemilik atau pengemudi kendaraan bermotor yang terlibat dalam kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan kerugian bagi pihak ketiga wajib memberikan ganti rugi. Hal ini menegaskan tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga dalam konteks kecelakaan lalu lintas.
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas:
   - UU ini mengatur tanggung jawab direksi dan komisaris terhadap pihak ketiga. Jika tindakan atau keputusan yang diambil oleh direksi atau komisaris merugikan pihak ketiga, mereka dapat dimintai pertanggungjawaban secara pribadi atas kerugian tersebut.

4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup:
    - UU ini menetapkan tanggung jawab mutlak (*strict liability*) bagi pelaku usaha yang kegiatan usahanya menyebabkan kerusakan lingkungan dan merugikan masyarakat sebagai pihak ketiga. Pelaku usaha wajib memberikan ganti rugi tanpa perlu pembuktian unsur kesalahan.
5. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan:
    - UU ini mengatur tanggung jawab perusahaan terhadap pekerja dan pihak ketiga dalam hal terjadi kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja yang merugikan pihak lain.
6. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2017 tentang Jasa Konstruksi:
    - UU ini menetapkan tanggung jawab penyedia jasa konstruksi terhadap pihak ketiga atas kerugian yang timbul akibat kegagalan bangunan atau kecelakaan kerja yang terjadi selama proses konstruksi.

Peraturan-peraturan tersebut menunjukkan bahwa tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga di Indonesia tidak hanya diatur dalam KUH Perdata, tetapi juga dalam berbagai undang-undang khusus yang mengatur sektor-sektor tertentu. Hal ini bertujuan untuk memberikan perlindungan yang lebih spesifik dan efektif bagi pihak ketiga yang dirugikan dalam berbagai konteks.

22.4 Asuransi dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK)

Pengenaan asuransi dalam biaya pengurusan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK) di Indonesia didasarkan pada beberapa peraturan perundang-undangan yang mengatur kewajiban pemilik kendaraan untuk berkontribusi pada dana asuransi kecelakaan lalu lintas. Berikut penjelasannya:

A. Dasar Hukum Pengenaan Asuransi pada Biaya STNK

Salah satu komponen biaya yang dibayarkan saat mengurus STNK adalah **Sumbangan Wajib Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan (SWDKLLJ)**. SWDKLLJ merupakan iuran wajib yang dibayarkan oleh pemilik kendaraan bermotor kepada PT Jasa Raharja sebagai bentuk pertanggungan wajib kecelakaan penumpang dan lalu lintas jalan. Dasar hukum pengenaan SWDKLLJ meliputi:

- Undang-Undang Nomor 33 Tahun 1964 tentang Dana Pertanggungan Wajib Kecelakaan Penumpang.
- Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 1965 tentang Ketentuan Pelaksanaan Dana Pertanggungan Wajib Kecelakaan Penumpang.
- Undang-Undang Nomor 34 Tahun 1964 tentang Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 1965 tentang Ketentuan Pelaksanaan Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan.

Peraturan-peraturan tersebut menetapkan bahwa setiap pemilik kendaraan bermotor wajib membayar iuran SWDKLLJ bersamaan dengan pembayaran pajak kendaraan bermotor saat mengurus STNK. Iuran ini dikelola oleh PT Jasa Raharja

dan digunakan untuk memberikan santunan kepada korban kecelakaan lalu lintas.

B. Biaya yang Dikenakan saat Mengurus Perpanjangan STNK Kendaraan

Saat melakukan perpanjangan STNK, terdapat beberapa biaya yang harus dibayarkan oleh pemilik kendaraan. Biaya-biaya tersebut meliputi:

- Pajak Kendaraan Bermotor (PKB): Besarnya bervariasi tergantung pada jenis dan nilai jual kendaraan.
- Sumbangan Wajib Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan (SWDKLLJ): Besarnya ditentukan berdasarkan jenis kendaraan. Misalnya, untuk sepeda motor dengan kapasitas mesin di bawah 250 cc, SWDKLLJ sebesar Rp35.000, sedangkan untuk mobil penumpang pribadi sebesar Rp143.000.
- Biaya Administrasi:
- Perpanjangan STNK:
  Kendaraan roda dua atau tiga: Rp100.000.
  Kendaraan roda empat atau lebih: Rp200.000.
- Pengesahan STNK:
  Kendaraan roda dua dan tiga: Rp25.000.
  Kendaraan roda empat atau lebih: Rp50.000.
- Penerbitan Tanda Nomor Kendaraan Bermotor (TNKB) atau plat nomor (untuk perpanjangan 5 tahunan):
  Kendaraan roda dua dan tiga: Rp60.000.
  Kendaraan roda empat atau lebih: Rp100.000.

Perlu dicatat bahwa besaran biaya tersebut dapat berubah sesuai dengan peraturan pemerintah yang berlaku. Oleh karena itu, disarankan untuk selalu memeriksa informasi terbaru dari sumber resmi sebelum melakukan perpanjangan STNK.

Sumbangan Wajib Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan (SWDKLLJ) adalah kontribusi wajib yang dibayarkan oleh pemilik kendaraan bermotor di Indonesia saat memperpanjang Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK) tahunan. Dana ini dikelola oleh PT Jasa Raharja, sebuah Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang ditunjuk oleh pemerintah untuk mengelola dana tersebut dan memberikan santunan kepada korban kecelakaan lalu lintas.

C. Makna dan Ruang Lingkup Jaminan SWDKLLJ

SWDKLLJ berfungsi sebagai bentuk asuransi sosial yang memberikan perlindungan finansial kepada korban kecelakaan lalu lintas. Tujuannya adalah untuk meringankan beban korban atau ahli warisnya akibat kerugian yang ditimbulkan oleh kecelakaan di jalan raya. Jaminan ini mencakup:

- Santunan bagi Korban Meninggal Dunia: Ahli waris dari korban yang meninggal dunia akibat kecelakaan berhak menerima santunan.
- Santunan bagi Korban Cacat Tetap: Korban yang mengalami cacat tetap akan menerima santunan sesuai dengan tingkat kecacatan yang dialami.
- Penggantian Biaya Perawatan dan Pengobatan: Korban yang memerlukan perawatan medis akibat kecelakaan berhak mendapatkan penggantian biaya pengobatan hingga batas tertentu.

D. Pihak yang Dijamin oleh SWDKLLJ

Jaminan SWDKLLJ diberikan kepada:

- Korban Kecelakaan yang Melibatkan Lebih dari Satu Pihak: Korban yang terlibat dalam kecelakaan yang melibatkan dua kendaraan atau lebih.

- Pejalan Kaki atau Pengguna Jalan Lain yang Ditabrak oleh Kendaraan Bermotor: Mereka berhak atas santunan dari SWDKLLJ.

Namun, penting untuk dicatat bahwa pengemudi atau pemilik kendaraan yang menjadi penyebab kecelakaan tidak berhak atas santunan ini, karena mereka dianggap sebagai pihak yang bertanggung jawab atas terjadinya kecelakaan. Selain itu, korban kecelakaan tunggal, seperti pengendara yang jatuh sendiri tanpa melibatkan pihak lain, umumnya tidak mendapatkan santunan dari SWDKLLJ.

E. Santunan Kecelakaan

Santunan adalah uang yang diberikan sebagai pengganti kerugian kepada korban kecelakaan alat angkutan lalu lintas jalan atau ahli warisnya, sebagaimana diatur dalam **Pasal 1 angka 3 PMK 16/2017**. Besaran santunan yang diberikan oleh PT Jasa Raharja berdasarkan SWDKLLJ ditetapkan oleh pemerintah dan dapat berubah sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Pada dasarnya, **Pasal 3 ayat (1) PMK 16/2017** mengatur bahwa **korban kecelakaan alat angkutan lalu lintas jalan atau ahli warisnya berhak atas santunan**.

Untuk kondisi **korban yang meninggal dunia**, maka ahli waris dari korban yang meninggal dunia berhak atas santunan sebesar **Rp50 juta**.

Sedangkan untuk **korban yang mengalami cacat tetap** berhak atas santunan yang besarnya **dihitung berdasarkan angka persentase** sebagaimana ditetapkan dalam **Pasal 10 ayat (3) PP 18/1965 dari besar santunan meninggal dunia (Rp50 juta)**, antara lain:

Kondisi Korban	Persentase Santunan Kanan	Persentase Santunan Kiri
Cacat tetap kedua lengan atau kedua kaki	100%	100%
Cacat tetap satu lengan dan satu kaki	100%	100%
Cacat tetap penglihatan dari kedua mata	100%	100%
Cacat tetap akal budi seluruhnya dan tidak dapat sembuh yang menyebabkan tidak dapat melakukan sesuatu pekerjaan	100%	100%
Cacat tetap lengan dari sendi bahu	70%	60%
Cacat tetap lengan dari atau di atas sendi siku	65%	55%
Cacat tetap tangan dari atau di atas sendi pergelangan tangan	60%	50%
Cacat tetap satu kaki	50%	50%
Cacat tetap penglihatan dari satu mata	30%	30%
Cacat tetap ibu jari tangan	25%	20%
Cacat tetap telunjuk tangan	15%	10%
Cacat tetap kelingking tangan	10%	5%
Cacat tetap jari tengah atau jari manis tangan	10%	5%
Cacat tetap tiap-tiap jari kaki	5%	5%

Perlu dicatat, jika korban orang kidal, maka persentase yang ditetapkan di atas untuk anggota-anggota badan kanan berlaku untuk anggota-anggota badan kiri, dan begitu juga sebaliknya.

Penghitungan santunan korban kecelakaan dapat Anda simak dalam Ketentuan Santunan bagi Korban Kecelakaan Lalu Lintas Disesuaikan.

Kemudian, korban yang memerlukan **perawatan dan pengobatan** berhak atas santunan berupa:

1. penggantian biaya perawatan dan pengobatan dokter paling banyak Rp.20 juta;
2. biaya ambulans atau kendaraan yang membawa korban ke fasilitas kesehatan paling banyak Rp.500 ribu; dan/atau
3. biaya pertolongan pertama pada kecelakaan paling banyak Rp.1 juta.

Sebagai informasi, jika korban yang meninggal dunia akibat kecelakaan tidak mempunyai ahli waris, kepada pihak yang menyelenggarakan penguburan diberikan penggantian biaya penguburan sebesar Rp.4 juta.

Kesimpulannya, pengusaha/pemilik alat angkutan lalu lintas jalan diwajibkan memberi sumbangan setiap tahunnya untuk dana kecelakaan lalu lintas jalan. Kemudian, orang yang menjadi korban mati atau cacat tetap akibat kecelakaan berhak atas dana kecelakaan lalu lintas/santunan kecelakaan yang nilainya disesuaikan dengan kondisi korban kecelakaan. Perlu dicatat bahwa besaran santunan ini dapat berubah sesuai dengan peraturan pemerintah yang berlaku. https://www.hukumonline.com/klinik/a/besaran-santunan-korban-kecelakaan-lalu-lintas-lt6734c1392faf4/

F. Persyaratan Pengajuan Klaim Santunan

Untuk mengajukan klaim santunan SWDKLLJ, korban atau ahli waris perlu memenuhi persyaratan berikut:

1. Laporan Polisi: Menyertakan laporan resmi dari kepolisian yang menjelaskan kronologi dan detail kecelakaan.
2. Identitas Diri: Fotokopi KTP korban dan ahli waris.
3. Dokumen Pendukung Lainnya: Seperti surat keterangan kematian dari rumah sakit atau instansi terkait jika korban meninggal dunia, atau laporan medis jika korban mengalami luka-luka.

Pengajuan klaim ditujukan kepada PT Jasa Raharja setempat, yang kantornya biasanya berada di setiap provinsi atau kota besar di Indonesia. Proses klaim sebaiknya dilakukan sesegera mungkin setelah kecelakaan terjadi untuk mempercepat pencairan santunan.

G. Analisis Kritis

Meskipun SWDKLLJ bertujuan mulia dalam memberikan perlindungan kepada korban kecelakaan lalu lintas, terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan:

- Keterbatasan Cakupan: Tidak semua jenis kecelakaan dijamin oleh SWDKLLJ. Korban kecelakaan tunggal atau pengemudi yang bersalah dalam kecelakaan tidak mendapatkan santunan, yang dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keadilan dan inklusivitas sistem ini.
- Besaran Santunan Terbatas: Meskipun santunan yang diberikan dapat membantu meringankan beban korban, namun dalam beberapa kasus, biaya perawatan medis

atau kerugian yang dialami korban mungkin melebihi jumlah santunan yang disediakan.

- Proses Klaim yang Memerlukan Dokumen Lengkap: Persyaratan dokumen yang cukup banyak dan proses administrasi dapat menjadi hambatan bagi korban atau ahli waris dalam mendapatkan santunan tepat waktu.

Oleh karena itu, penting bagi pemerintah dan PT Jasa Raharja untuk terus mengevaluasi dan meningkatkan mekanisme SWDKLLJ agar lebih inklusif, adil, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat yang menjadi korban kecelakaan lalu lintas.

H. Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum

Di Indonesia, asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga telah diatur dalam beberapa peraturan perundang-undangan. Berikut penjelasan detail mengenai regulasi tersebut:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian

   Pasal 1 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2014 mendefinisikan asuransi sebagai perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi untuk:

   - Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau

- Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Selain itu, undang-undang ini mengatur bahwa objek asuransi di Indonesia hanya dapat diasuransikan pada perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi syariah di Indonesia, dengan penutupan objek asuransi tersebut harus memperhatikan optimalisasi kapasitas perusahaan asuransi dan reasuransi dalam negeri. UU ini juga mengharuskan penyelenggaraan program asuransi wajib, seperti asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga bagi pengendara kendaraan bermotor, secara kompetitif.

2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU P2SK)

   Pasal 39A UU P2SK memberikan kewenangan kepada pemerintah untuk membentuk program asuransi wajib sesuai dengan kebutuhan dan mewajibkan kelompok tertentu dalam masyarakat untuk ikut serta dalam program tersebut serta membayar premi atau kontribusi keikutsertaan sebagai salah satu sumber pendanaan. Penjelasan atas Pasal 39A menyebutkan bahwa program asuransi wajib diantaranya mencakup asuransi tanggung jawab hukum pihak ketiga akibat kecelakaan lalu lintas, asuransi kebakaran, dan asuransi rumah tinggal terhadap risiko bencana. Pelaksanaan program ini menunggu terbitnya peraturan pemerintah sebagai payung hukum pelaksanaannya.

3. Polis Standar Asuransi Kendaraan Bermotor Indonesia (PSAKBI)

   PSAKBI, yang disusun oleh Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), mengatur ketentuan mengenai asuransi tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga. Pasal 2 PSAKBI menyatakan bahwa penanggung akan memberikan ganti rugi atas tanggung jawab hukum tertanggung terhadap kerugian yang diderita pihak ketiga, yang secara langsung disebabkan oleh kendaraan bermotor sebagai akibat risiko yang dijamin polis. Jaminan ini mencakup:

   1. Kerusakan atas harta benda pihak ketiga.
   2. Biaya pengobatan, cedera badan, dan/atau kematian pihak ketiga.

Ganti rugi diberikan maksimum sebesar nilai pertanggungan untuk jaminan tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga sebagaimana dicantumkan dalam polis untuk setiap kejadian.

Penjelasan Detail

Asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga (*Third Party Liability Insurance*) merupakan bentuk perlindungan yang memberikan ganti rugi atas tuntutan dari pihak ketiga akibat kerugian yang disebabkan oleh tertanggung. Di Indonesia, meskipun beberapa regulasi telah mengatur mengenai asuransi ini, implementasi asuransi wajib tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga masih dalam tahap pengembangan dan menunggu peraturan pelaksanaan lebih lanjut dari pemerintah.

Penting untuk dicatat bahwa saat ini, meskipun terdapat dasar hukum yang memungkinkan pembentukan program asuransi wajib tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, pelaksanaannya masih menunggu peraturan lebih lanjut dari pemerintah. Oleh karena itu, pemilik kendaraan bermotor

disarankan untuk secara proaktif mempertimbangkan kepemilikan asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga guna melindungi diri dari potensi risiko finansial akibat tuntutan pihak ketiga.

I. Implementasi Asuransi Wajib TPL di Indonesia dan Potensi Duplikasi dengan PSAKBI

Gagasan untuk mewajibkan asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga (*Third Party Liability Insurance*/ TPL *Insurance*) bagi semua kendaraan bermotor di Indonesia merupakan langkah positif dalam meningkatkan perlindungan bagi korban kecelakaan lalu lintas. Namun, kebijakan ini harus dirancang secara cermat agar tidak menciptakan beban finansial berlebihan bagi masyarakat, tumpang tindih dengan polis yang sudah ada, dan tetap menjamin keberlanjutan industri perasuransian.

22.5 Perlunya Standarisasi Nilai Jaminan Minimum dan Maksimum

Dalam asuransi TPL, besaran limit pertanggungan harus proporsional dengan risiko yang ditimbulkan oleh kendaraan tersebut. Oleh karena itu, kebijakan yang mengatur nilai jaminan minimal dan maksimal sangat diperlukan agar beban premi tidak memberatkan pemilik kendaraan dengan risiko lebih kecil, sementara kendaraan dengan risiko lebih tinggi memberikan kontribusi yang sepadan.

A. Klasifikasi Kendaraan Berdasarkan Risiko

1. Kendaraan Pribadi Kecil (misalnya sedan, *city car*, dan motor kecil)

- Risiko relatif lebih rendah dibandingkan kendaraan komersial.
- Pergerakan terbatas di jalan umum dengan dampak kerusakan yang lebih kecil.
- Oleh karena itu, limit jaminan TPL lebih rendah dengan premi yang lebih terjangkau.

2. Kendaraan Komersial Sedang (misalnya taksi, angkutan kota, kendaraan niaga ringan)
   - Beroperasi lebih sering dan berinteraksi dengan lebih banyak pengguna jalan.
   - Berpotensi menyebabkan kecelakaan dengan lebih banyak korban.
   - Membutuhkan limit jaminan menengah dengan premi yang disesuaikan.
3. Kendaraan Besar & Angkutan Umum (misalnya truk, bus, kendaraan berat)
   - Potensi menimbulkan kecelakaan besar dengan dampak signifikan.
   - Kemungkinan klaim TPL yang lebih besar (misalnya, menabrak beberapa kendaraan sekaligus atau menyebabkan korban jiwa dalam jumlah banyak).
   - Harus dikenakan limit jaminan tinggi dengan premi lebih besar untuk mencerminkan risiko yang lebih besar.

B. Pembelajaran dari Negara Lain

Di banyak negara Eropa, pemerintah mengatur besaran minimum jaminan TPL secara ketat, tetapi perusahaan asuransi diperbolehkan menawarkan polis dengan limit lebih tinggi sesuai kebutuhan tertanggung. Contoh:

- Jerman mengatur bahwa kendaraan bermotor wajib memiliki asuransi TPL dengan minimal jaminan €1,2

juta untuk cedera pribadi per korban, tetapi perusahaan asuransi dapat menawarkan limit lebih tinggi.

- Inggris memiliki ketentuan serupa, dengan batas minimum yang cukup untuk menanggung biaya pengobatan dan ganti rugi bagi pihak ketiga.
- Singapura juga mengharuskan pengemudi memiliki TPL dengan cakupan minimum sebelum kendaraan bisa beroperasi di jalan raya.

Kebijakan serupa dapat diterapkan di Indonesia agar tidak ada pemilik kendaraan yang merasa terbebani dengan premi yang terlalu tinggi, tetapi tetap memastikan kecukupan perlindungan bagi korban kecelakaan.

C. Potensi Duplikasi dengan Polis Asuransi Kendaraan Bermotor (PSAKBI)

Banyak pemilik kendaraan bermotor di Indonesia sudah memiliki polis asuransi kendaraan PSAKBI, yang dapat diperluas dengan jaminan TPL sebagai add-on. Jika mereka diwajibkan membeli TPL Insurance terpisah, maka ini akan menimbulkan duplikasi perlindungan dan beban premi tambahan yang tidak perlu.

1. Tumpang Tindih Jaminan Asuransi
   - PSAKBI sudah mencakup TPL jika diperluas
     Jika seseorang sudah membeli asuransi kendaraan dengan perluasan TPL, polis tersebut sudah memberikan perlindungan terhadap tuntutan pihak ketiga, sehingga tidak perlu lagi membeli polis TPL terpisah.
   - Asuransi TPL wajib harus memberikan opsi pengecualian bagi pemegang PSAKBI dengan perluasan TPL

Pemerintah harus memastikan bahwa orang yang sudah memiliki perlindungan TPL dalam PSAKBI dapat dikecualikan dari kewajiban membeli asuransi TPL secara terpisah.

2. Beban Premi Tambahan bagi Masyarakat
   - Jika seseorang sudah memiliki PSAKBI dengan TPL dan tetap diwajibkan membeli asuransi TPL yang terpisah, maka mereka akan membayar premi dua kali untuk perlindungan yang sama, yang tidak adil secara finansial.
   - Mekanisme substitusi harus disediakan, yaitu jika seseorang sudah memiliki polis PSAKBI dengan jaminan TPL, mereka hanya perlu menunjukkan bukti asuransi tersebut saat registrasi kendaraan, sehingga tidak perlu membayar premi tambahan untuk TPL wajib.

D. Solusi yang Ideal untuk Menghindari Duplikasi dan Beban Berlebih

Agar kebijakan asuransi TPL wajib dapat berjalan efektif tanpa membebani masyarakat, beberapa langkah berikut perlu diambil:

1. Menetapkan kategori kendaraan berdasarkan risiko
   - Kendaraan kecil = premi lebih rendah, limit jaminan lebih kecil.
   - Kendaraan besar = premi lebih tinggi, limit jaminan lebih besar.
2. Memastikan tidak ada duplikasi premi
   - Jika pemilik kendaraan sudah memiliki PSAKBI dengan TPL, mereka harus dikecualikan dari kewajiban membeli polis TPL tambahan.

- Sistem verifikasi online dapat digunakan untuk memastikan kendaraan yang sudah diasuransikan dengan PSAKBI tidak perlu membayar premi TPL terpisah saat registrasi STNK.

3. Regulasi yang Jelas dan Transparan
   - Pemerintah harus mengeluarkan regulasi yang menentukan limit minimum jaminan TPL berdasarkan kategori kendaraan.
   - Koordinasi dengan industri perasuransian untuk memastikan bahwa kebijakan ini tidak merugikan pemilik polis PSAKBI.
4. Implementasi Bertahap dan Sosialisasi ke Masyarakat
   - Uji coba di beberapa kota besar sebelum diterapkan secara nasional.
   - Sosialisasi luas kepada masyarakat, terutama tentang opsi pengecualian bagi pemilik polis PSAKBI dengan perluasan TPL.

Kesimpulan

Kebijakan asuransi TPL wajib untuk kendaraan bermotor di Indonesia dapat memberikan manfaat besar bagi perlindungan pihak ketiga, tetapi harus dirancang dengan mempertimbangkan keadilan dan efisiensi premi.

- Pentingnya klasifikasi kendaraan berdasarkan risiko agar premi yang dikenakan adil dan sesuai.
- Menghindari duplikasi dengan PSAKBI melalui mekanisme substitusi, di mana pemegang polis PSAKBI dengan TPL tidak perlu membayar premi tambahan untuk asuransi TPL wajib.

- Regulasi harus dibuat transparan dan terstruktur, dengan implementasi bertahap dan uji coba sebelum diterapkan secara luas.

Jika kebijakan ini diterapkan dengan cara yang tepat, asuransi TPL wajib dapat meningkatkan perlindungan bagi korban kecelakaan tanpa memberikan beban finansial yang tidak perlu bagi pemilik kendaraan.

22.6 Sebelum Pemberlakuan

Beberapa aspek regulasi yang harus diperhatikan untuk memastikan efektivitas TPL Insurance mencakup pengawasan tarif premi, kejelasan cakupan polis, serta transparansi dalam pembayaran klaim.

A. Pengawasan Tarif Premi oleh Pemerintah

Premi asuransi merupakan salah satu faktor krusial dalam keberlanjutan TPL *Insurance*. Jika premi ditetapkan terlalu tinggi, masyarakat akan merasa terbebani dan enggan membeli polis, yang pada akhirnya bisa mengurangi kepatuhan terhadap regulasi wajib asuransi ini. Sebaliknya, jika premi ditetapkan terlalu rendah, perusahaan asuransi bisa mengalami kesulitan dalam membayar klaim yang besar, yang berpotensi menyebabkan kebangkrutan atau kegagalan dalam memenuhi kewajiban kepada pihak ketiga.

Peran Pemerintah dalam Pengawasan Tarif Premi

- Menentukan Tarif Minimum dan Maksimum
  Pemerintah, melalui otoritas pengawas asuransi seperti Otoritas Jasa Keuangan (OJK) di Indonesia, harus menetapkan batasan tarif premi yang wajar berdasarkan

data aktuaria, tingkat risiko, dan statistik klaim. Hal ini memastikan bahwa premi tetap terjangkau bagi masyarakat, tetapi cukup untuk menutup risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi.

- Memonitor dan Menyesuaikan Tarif Secara Berkala
  Regulasi harus memungkinkan evaluasi dan penyesuaian tarif premi berdasarkan tren klaim dan perubahan kondisi ekonomi, seperti inflasi atau peningkatan angka kecelakaan.
- Menghindari Persaingan Tidak Sehat

Tanpa regulasi yang ketat, perusahaan asuransi mungkin akan berlomba-lomba menawarkan premi murah untuk menarik pelanggan, tetapi tanpa perhitungan aktuaria yang matang. Ini bisa berakibat pada gagal bayar klaim dalam jangka panjang.

Ilustrasi

Bayangkan seorang pemilik kendaraan yang wajib membeli TPL Insurance dengan premi Rp.500 ribu per tahun. Jika tarif ini terlalu rendah dibandingkan risiko yang ditanggung, perusahaan asuransi mungkin kesulitan membayar klaim kecelakaan senilai Rp50 juta yang melibatkan korban luka berat. Namun, jika premi terlalu tinggi, misalnya Rp5 juta per tahun, banyak pemilik kendaraan mungkin akan menghindari pembelian polis ini, sehingga perlindungan bagi korban kecelakaan menjadi tidak optimal.

B. Perlindungan bagi Pihak Ketiga dalam Polis

Salah satu tantangan dalam asuransi TPL adalah kejelasan cakupan dan pengecualian dalam polis. Pihak ketiga sebagai penerima manfaat asuransi sering kali tidak memahami hak mereka atau tidak menyadari adanya klausul tertentu yang membatasi cakupan pertanggungan.

Aspek Penting dalam Polis TPL

- Cakupan yang Jelas
  Polis harus secara eksplisit menyebutkan jenis risiko yang ditanggung, seperti kecelakaan lalu lintas, cedera akibat aktivitas bisnis, atau kerusakan properti pihak ketiga.

- Pengecualian yang Transparan
  Beberapa risiko mungkin tidak ditanggung dalam polis, seperti kejadian yang disengaja oleh tertanggung atau klaim akibat pelanggaran hukum (misalnya, kecelakaan yang terjadi saat pengemudi dalam pengaruh alkohol). Poin-poin ini harus dikomunikasikan dengan jelas kepada tertanggung agar tidak ada kesalahpahaman saat klaim diajukan.

- Batas Waktu Pelaporan
  Perlu dibatasi waktu pelaporan klaim oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi dalam batas waktu yang wajar, misalnya dalam 7 (tujuh) hari kalendar. Namun tidak tertutup kemungkinan tertanggung mengalami kematian dan atau terluka, sehingga batas waktu yang ada terlampaui. Perusahaan asuransi harus dapat menerima pelaporan yang terlambat dalam kondisi tertentu, dengan mempertimbangkan itikad terbaik, yang merupakan dasar kontrak asuransi.

- Ketentuan Ganti Rugi
  Polis juga harus mencantumkan batas maksimal pertanggungan dan mekanisme pembayaran klaim. Hal ini penting untuk memastikan bahwa korban mendapatkan kompensasi yang layak, tetapi juga tetap dalam batas yang realistis bagi perusahaan asuransi.

Contoh Kasus

Seorang pengemudi truk di jalan raya secara tidak sengaja menabrak toko kecil di pinggir jalan, menyebabkan kerusakan besar pada bangunan dan barang dagangan di dalamnya. Jika polis TPL pengemudi hanya mencakup kerusakan hingga Rp100 juta, tetapi kerugian sebenarnya mencapai Rp200 juta, maka pemilik toko harus menanggung sendiri selisihnya dan menuntut penabrak membayar selisihnya. Oleh karena itu, pemahaman terhadap batas pertanggungan dalam polis sangat penting agar semua pihak memiliki ekspektasi yang realistis.

C. Kewajiban Pembayaran Klaim yang Transparan

Salah satu aspek paling penting dalam regulasi TPL Insurance adalah memastikan bahwa proses klaim dilakukan secara transparan, adil, dan efisien. Sering kali, pihak ketiga sebagai korban mengalami kesulitan dalam mendapatkan kompensasi karena proses klaim yang berbelit-belit, kurangnya informasi, atau bahkan ketidaksiapan perusahaan asuransi dalam membayar klaim besar.

Regulasi untuk Memastikan Transparansi Klaim

- Standar Waktu Penyelesaian Klaim
  Pemerintah harus menetapkan batas waktu maksimal untuk penyelesaian klaim. Misalnya, perusahaan asuransi wajib memberikan keputusan klaim dalam 30 hari sejak semua dokumen lengkap diterima.
- Kewajiban Pelaporan Klaim kepada Perusahaan Asuransi
  Ketika penabrak tidak bisa melakukan pelaporan klaim dikarenakan dalam kondisi terluka dan atau situasi lain yang tidak memungkinkan dia melapor dalam batas waktu yang

diberikan, maka perusahaan asuransi tidak diperkenankan menolak klaim yang diajukan pelapor yang tidak berdaya.

- Kewajiban Pelaporan Status Klaim
  Pihak ketiga yang mengajukan klaim harus dapat dengan mudah memantau status klaim mereka, baik melalui portal digital maupun layanan pelanggan yang responsif.
- Sanksi bagi Perusahaan Asuransi yang Lalai
  Jika perusahaan asuransi terbukti sengaja menunda pembayaran klaim tanpa alasan yang jelas, regulator harus memiliki mekanisme untuk memberikan sanksi, termasuk denda atau pencabutan izin operasional jika terjadi pelanggaran berulang.

Analogi untuk Memudahkan Pemahaman

Bayangkan Anda memesan makanan melalui layanan pesan-antar online. Anda membayar di awal, tetapi restoran tidak mengirimkan makanan dan tidak memberikan informasi tentang status pesanan Anda. Hal ini tentu sangat merugikan. Dalam konteks TPL *Insurance*, pihak ketiga yang mengajukan klaim berada dalam posisi yang sama—mereka berhak atas kompensasi, tetapi jika perusahaan asuransi tidak transparan dalam memproses klaim, mereka bisa merasa dirugikan dan kehilangan kepercayaan terhadap sistem asuransi.

Contoh Kasus

Seorang pekerja mengalami cedera akibat tertimpa material bangunan dari proyek konstruksi di dekat tempat tinggalnya. Ia mengajukan klaim ke perusahaan asuransi yang mengasuransikan proyek tersebut melalui kontraktor, tetapi setelah berbulan-bulan, klaimnya masih belum disetujui dengan

alasan investigasi yang tidak jelas. Jika ada regulasi yang mengatur transparansi klaim, maka korban seharusnya dapat memperoleh kepastian dalam waktu yang wajar tanpa harus melalui proses hukum yang panjang dan mahal.

Kesimpulan

Regulasi yang baik dalam TPL *Insurance* bertujuan untuk melindungi masyarakat dari ketidakpastian finansial akibat kelalaian pihak lain. Pemerintah harus memastikan bahwa tarif premi adil dan dapat diakses oleh masyarakat luas, cakupan polis jelas tanpa menimbulkan kebingungan, serta proses klaim berjalan transparan dan efisien.

Dengan regulasi yang kuat dan mekanisme perlindungan yang jelas, asuransi TPL dapat benar-benar menjadi instrumen perlindungan sosial yang efektif, memberikan ketenangan bagi individu, dunia usaha, serta masyarakat luas.

22.7 Analisis Plus Minus Konsorsium vs. *Free Market* dalam Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga

Dalam penerapan Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga (*Third Party Liability Compulsory Insurance* - TPL *Insurance*), terdapat dua sistem utama yang dapat digunakan, yaitu konsorsium dan *free market*. Masing-masing sistem memiliki kelebihan dan kekurangan yang berdampak baik bagi masyarakat selaku pemegang polis maupun bagi industri perasuransian secara keseluruhan.

A. Sistem Konsorsium

Sistem konsorsium adalah mekanisme di mana semua perusahaan asuransi yang berpartisipasi berbagi risiko dan keuntungan secara proporsional berdasarkan kesepakatan. Setiap perusahaan asuransi yang tergabung dalam konsorsium mendapatkan bagian dari premi serta tanggung jawab pembayaran klaim secara merata.

Kelebihan Konsorsium:

Bagi Masyarakat:

1. Stabilitas Harga Premi
   - Dengan sistem terpusat, premi yang dikenakan kepada masyarakat lebih seragam dan stabil, menghindari perang harga atau harga yang tidak wajar.
2. Perlindungan Lebih Terjamin
   - Karena risiko dibagi di antara banyak perusahaan, tidak ada risiko perusahaan bangkrut dan gagal bayar klaim.
3. Pelayanan yang Konsisten
   - Semua perusahaan dalam konsorsium mengikuti standar layanan yang sama, sehingga tidak ada ketimpangan dalam penanganan klaim.
4. Database Klaim Terpusat
   - Data klaim lebih rapi dan mudah ditelusuri karena berada dalam satu sistem terpusat, sehingga mengurangi risiko penipuan.
5. Minim Risiko Praktik Tidak Etis
   - Tidak ada kemungkinan perusahaan asuransi menawarkan premi rendah di awal tetapi menghindari tanggung jawab saat klaim terjadi.

Bagi Perusahaan Asuransi:

1. Risiko Dibagi Secara Merata
    - Tidak ada satu perusahaan yang menanggung beban klaim lebih besar daripada yang lain.
2. Keamanan Finansial Lebih Terjaga
    - Dengan distribusi risiko, tidak ada perusahaan yang mengalami tekanan keuangan akibat lonjakan klaim yang besar.
3. Tidak Ada Perang Harga yang Merusak
    - Karena premi sudah diatur secara kolektif, tidak ada persaingan tidak sehat yang dapat merugikan perusahaan.
4. Efisiensi dalam Regulasi
    - Pemerintah lebih mudah mengawasi dan menetapkan regulasi karena semua perusahaan tunduk pada aturan yang sama.
5. Data Statistik Lebih Akurat
    - Dengan data klaim yang terpusat, industri perasuransian dapat lebih mudah menganalisis tren risiko dan melakukan penyesuaian kebijakan premi berdasarkan data yang valid.

Kekurangan Konsorsium:

Bagi Masyarakat:

1. Kurangnya Persaingan dalam Inovasi Produk
    - Semua perusahaan asuransi hanya mengikuti standar yang telah ditetapkan dalam konsorsium, sehingga inovasi layanan bisa menjadi terbatas.
2. Pelayanan Bisa Menjadi Birokratis

- Karena sistemnya kolektif, bisa terjadi proses klaim yang lebih lambat akibat banyaknya perusahaan yang terlibat dalam keputusan pembayaran.

3. Potensi Monopoli Terselubung
   - Meskipun ada banyak perusahaan, tetapi jika mereka bekerja dalam satu konsorsium, masyarakat tetap tidak memiliki pilihan produk yang variatif.

Bagi Perusahaan Asuransi:

1. Kurangnya Ruang untuk Diferensiasi
   - Tidak bisa menawarkan produk yang lebih kompetitif karena premi dan manfaat sudah distandarisasi.
2. Keuntungan Tidak Optimal
   - Karena premi dibagi rata, perusahaan tidak bisa mendapatkan keuntungan lebih meskipun memiliki sistem manajemen risiko yang lebih baik.
3. Kurang Fleksibel dalam Pengelolaan Klaim
   - Semua perusahaan harus mengikuti aturan kolektif, sehingga tidak bisa menerapkan strategi klaim yang lebih efisien.

B. Sistem *Free Market*

Sistem *free market* memungkinkan perusahaan asuransi untuk bersaing secara bebas dalam menawarkan TPL *Insurance* kepada masyarakat. Dalam sistem ini, tidak ada standarisasi harga atau kebijakan yang seragam, sehingga setiap perusahaan dapat menentukan premi dan cakupan pertanggungannya sendiri.

Kelebihan *Free Market*:

Bagi Masyarakat:

1. Pilihan Produk yang Beragam
   - Konsumen bisa memilih polis dengan manfaat yang lebih sesuai dengan kebutuhan mereka.
2. Harga Premi yang Kompetitif
   - Adanya persaingan membuat harga premi bisa lebih terjangkau bagi masyarakat tertentu.
3. Inovasi dalam Pelayanan
   - Perusahaan bisa berlomba-lomba menawarkan layanan terbaik, misalnya dengan proses klaim yang lebih cepat atau fitur tambahan pada polis.
4. Fleksibilitas dalam Menentukan Cakupan Perlindungan
   - Konsumen bisa memilih paket asuransi yang lebih fleksibel sesuai kebutuhan mereka.
5. Pelayanan yang Lebih Baik
   - Dengan adanya persaingan, perusahaan asuransi akan lebih fokus pada kepuasan pelanggan agar tidak kehilangan klien.

Bagi Perusahaan Asuransi:

1. Bisa Menawarkan Produk yang Lebih Spesifik
   - Perusahaan dapat menyesuaikan polis dengan kebutuhan pasar tertentu, misalnya untuk kendaraan listrik atau kendaraan niaga.
2. Keuntungan Bisa Lebih Besar
   - Perusahaan yang mampu mengelola risiko dengan baik bisa mendapatkan keuntungan lebih tinggi dibandingkan sistem konsorsium.

3. Bebas Menentukan Strategi Bisnis
    - Tidak ada batasan dalam menetapkan harga dan kebijakan klaim, sehingga perusahaan bisa lebih fleksibel dalam beroperasi.
4. Daya Saing Lebih Tinggi
    - Perusahaan yang memiliki inovasi lebih baik bisa berkembang lebih pesat dibanding pesaingnya.
5. Bisa Menggunakan Teknologi yang Lebih Maju
    - Perusahaan dapat berinvestasi dalam teknologi seperti *InsurTech* untuk meningkatkan efisiensi operasional dan pengalaman pelanggan.

Kekurangan *Free Market*:

Bagi Masyarakat:

1. Potensi Harga Premi yang Tidak Terkendali
    - Bisa terjadi perang harga di awal, tetapi kemudian premi naik drastis setelah perusahaan menyadari bahwa mereka rugi.
2. Perbedaan Kualitas Layanan
    - Beberapa perusahaan bisa saja menawarkan premi rendah tetapi dengan kualitas pelayanan klaim yang buruk.
3. Potensi Kebangkrutan Perusahaan
    - Jika perusahaan gagal mengelola risiko dengan baik, mereka bisa bangkrut, yang pada akhirnya merugikan masyarakat.
4. Kurangnya Perlindungan Hukum yang Seragam
    - Tidak semua perusahaan mengikuti standar yang sama, sehingga bisa ada ketidakpastian hukum bagi pemegang polis.

5. Masyarakat Bisa Salah Memilih Produk
    - Kurangnya edukasi membuat masyarakat bisa memilih produk hanya berdasarkan harga tanpa memahami manfaatnya.

Bagi Perusahaan Asuransi:

1. Risiko Tinggi Akibat Persaingan Tidak Sehat
    - Perusahaan bisa menurunkan harga secara agresif tanpa mempertimbangkan kelangsungan bisnis jangka panjang.
2. Potensi Citra Buruk bagi industri perasuransian
    - Jika ada perusahaan yang gagal membayar klaim, citra industri perasuransian secara keseluruhan bisa tercoreng.
3. Kesulitan dalam Pengawasan Regulasi
    - Pemerintah lebih sulit mengontrol pasar karena setiap perusahaan memiliki kebijakan yang berbeda-beda.
4. Tingkat Klaim Bisa Tidak Seimbang
    - Perusahaan yang menerapkan seleksi risiko yang buruk bisa mengalami lonjakan klaim yang tidak terkendali.
5. Kesulitan dalam Membangun Database Terpusat
    - Data klaim menjadi lebih tersebar, sehingga sulit melakukan analisis risiko yang komprehensif.

Kesimpulan

Baik konsorsium maupun *free market* memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Sistem terbaik adalah kombinasi dari keduanya, yaitu harga dan cakupan minimal ditentukan oleh regulator (agar tidak terjadi perang harga yang merugikan masyarakat), tetapi tetap memberikan kebebasan kepada perusahaan untuk berinovasi dalam produk dan layanan.

22.8 Pengenaan Premi Asuransi Wajib TPL

Pendekatan dalam pengenaan premi untuk Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga (*Third Party Liability* - TPL *Insurance*) memang perlu dirancang dengan cermat agar adil, efektif, dan dapat mendorong perilaku berkendara yang lebih aman. Berikut adalah pengembangan dan perluasan dari skema yang telah Anda paparkan:

A. Skema Pengenaan Premi Berdasarkan Kendaraan (*Unit-Based Insurance*)

Dalam skema ini, premi melekat pada kendaraan, sehingga setiap kendaraan yang beroperasi di jalan wajib memiliki TPL *Insurance*. Penentuan premi akan mempertimbangkan berbagai faktor terkait kendaraan itu sendiri dan penggunaannya.

Faktor yang Mempengaruhi Besaran Premi:

1. Spesifikasi Kendaraan:
   - Usia kendaraan (semakin tua kendaraan, risiko lebih besar).
   - Kapasitas mesin (cc), karena kendaraan dengan cc besar cenderung lebih cepat dan berisiko tinggi dalam kecelakaan.
   - Jenis kendaraan (sedan, SUV, truk, bus, sepeda motor, dll.).
   - Daya angkut kendaraan (jumlah penumpang atau kapasitas muatan).
2. Jenis Penggunaan Kendaraan:
   - Pribadi: Kendaraan digunakan untuk keperluan pribadi, umumnya memiliki risiko lebih rendah.

- Komersial (angkutan umum, taksi, ojek online, rental, logistik, dsb.): Risiko lebih tinggi karena lebih sering di jalan dan lebih banyak interaksi dengan pihak ketiga.

3. Rute dan Area Operasional:
   - Dalam kota vs antarkota: Kendaraan yang lebih sering beroperasi di jalan tol atau antar kota berisiko lebih tinggi dibandingkan kendaraan dalam kota.
   - Wilayah rawan kecelakaan: Jika kendaraan beroperasi di wilayah dengan angka kecelakaan tinggi, preminya lebih mahal.
   - Wilayah rawan kriminalitas: Jika sering melintasi daerah dengan tingkat kejahatan tinggi, premi bisa lebih tinggi.
4. Jarak Tempuh Harian (*Usage-Based Insurance* - UBI):
   - Kendaraan dengan jarak tempuh yang lebih jauh per hari memiliki risiko lebih tinggi.
   - Teknologi telematika dapat digunakan untuk mencatat jarak tempuh dan pola berkendara, sehingga premi bisa disesuaikan secara dinamis.
5. Profil Pengemudi Kendaraan:
   - Jumlah pengemudi: Semakin banyak pengemudi yang memakai kendaraan, semakin tinggi risiko kecelakaan.
   - Usia dan pengalaman mengemudi pengemudi utama: Pengemudi muda dan kurang pengalaman cenderung lebih berisiko.
   - Rekam jejak pengemudi: Pengemudi dengan riwayat kecelakaan atau pelanggaran lalu lintas akan dikenakan premi lebih tinggi.

Kelebihan Skema *Unit-Based Insurance*:

✓ Mudah diterapkan karena sistem ini sudah umum dalam asuransi kendaraan bermotor.

- ✓ Mendorong pemilik kendaraan untuk lebih bertanggung jawab dalam pemeliharaan kendaraan dan pemilihan pengemudi.
- ✓ Data historis kendaraan lebih mudah dilacak, terutama jika diintegrasikan dengan registrasi kendaraan nasional.

Kekurangan Skema *Unit-Based Insurance*:

- ✗ Tidak mempertimbangkan perilaku individu pengemudi, sehingga bisa terjadi ketidakadilan (misalnya, pengemudi hati-hati harus membayar premi sama dengan pengemudi ugal-ugalan pada kendaraan yang sama).
- ✗ Potensi penyalahgunaan (misalnya, kendaraan terdaftar atas nama orang lain untuk menghindari premi tinggi).

B. Skema Pengenaan Premi Berdasarkan Surat Izin Mengemudi (*Driver-Based Insurance*)

Dalam skema ini, premi melekat pada individu (pengemudi), bukan kendaraan. Artinya, setiap pemegang SIM wajib memiliki TPL *Insurance* yang berlaku pada kendaraan apa pun yang mereka kendarai.

Faktor yang Mempengaruhi Besaran Premi:

1. Profil Pengemudi:
   - Usia (pengemudi muda cenderung lebih berisiko).
   - Jenis kelamin (secara statistik, laki-laki memiliki angka kecelakaan lebih tinggi dibandingkan perempuan).
   - Lama pengalaman mengemudi.
   - Status kesehatan (pengemudi dengan gangguan kesehatan tertentu bisa lebih berisiko).

- Kebiasaan hidup (perokok, peminum alkohol, penggunaan obat-obatan terlarang, dll.).

2. Jenis SIM:
   - SIM A (mobil pribadi) vs SIM B (kendaraan berat) vs SIM C (sepeda motor).
   - Pengemudi profesional (misalnya, pengemudi bus atau truk) mungkin dikenakan premi berbeda.
3. Rekam Jejak Mengemudi:
   - Jumlah kecelakaan yang pernah terjadi: Pengemudi dengan riwayat klaim tinggi akan dikenakan premi lebih mahal.
   - Pelanggaran lalu lintas: Sering terkena tilang atau melanggar aturan lalu lintas akan meningkatkan premi.
   - Sistem bonus-malus: Pengemudi yang tidak pernah mengajukan klaim akan mendapatkan potongan premi.
4. Kondisi Berkendara:
   - Rute dan jarak tempuh harian.
   - Apakah mengemudi di waktu-waktu berisiko tinggi (misalnya, malam hari atau jam sibuk).
5. Sistem *Deductible* dan Sanksi:
   - Jika pengemudi melakukan klaim dalam tahun berjalan, premi naik tahun berikutnya.
   - Jika sudah mengajukan klaim lebih dari 3 kali, SIM dapat dicabut selama 1 tahun untuk mendorong kehati-hatian dalam berkendara.

Kelebihan Skema *Driver-Based Insurance*:

- ✓ Lebih adil karena premi benar-benar mencerminkan risiko individu, bukan hanya kendaraan.
- ✓ Mendorong pengemudi untuk lebih berhati-hati karena riwayat berkendara mereka berpengaruh langsung pada biaya premi.

- ✓ Tidak terjadi duplikasi premi ketika seseorang memiliki beberapa kendaraan, karena preminya melekat pada pengemudi, bukan kendaraan.

Kekurangan Skema *Driver-Based Insurance*:

- ✗ Lebih sulit diterapkan karena membutuhkan sistem pencatatan pengemudi yang sangat akurat.
- ✗ Berpotensi mendorong penggunaan kendaraan oleh individu yang tidak memiliki TPL *Insurance* untuk menghindari pembayaran premi.

C. Apakah Konsorsium Dibutuhkan?

Dalam kedua skema di atas, terdapat potensi *moral hazard* dan *adverse selection*, yaitu:

- Pengemudi atau pemilik kendaraan bisa berpindah-pindah perusahaan asuransi untuk menghindari kenaikan premi.
- Perusahaan asuransi bisa memilih hanya menanggung risiko rendah dan menolak risiko tinggi.
- Risiko penyalahgunaan klaim jika tidak ada sistem pengawasan ketat.

Untuk menghindari hal ini, ada dua solusi utama:

- Mewajibkan sistem konsorsium, di mana semua perusahaan asuransi berbagi risiko dan data klaim secara nasional.
- Membangun sistem data terpadu yang mencatat riwayat pengemudi dan kendaraan secara menyeluruh, sehingga setiap perusahaan asuransi memiliki akses yang sama terhadap data risiko calon tertanggung.

Kesimpulan dan Rekomendasi

- Jika premi melekat pada kendaraan, skema ini lebih mudah diterapkan, tetapi kurang memperhitungkan faktor individu pengemudi. Cocok untuk negara dengan infrastruktur data yang belum terlalu maju.
- Jika premi melekat pada SIM, skema ini lebih adil bagi pengemudi, tetapi memerlukan sistem data yang lebih canggih agar dapat berjalan efektif.
- Kombinasi keduanya bisa menjadi solusi terbaik, yaitu kendaraan wajib diasuransikan, tetapi pengemudi dengan riwayat buruk dikenakan tarif lebih tinggi atau diberi sanksi administratif.
- Konsorsium bisa menjadi solusi untuk menghindari adverse selection, tetapi tetap harus memberikan fleksibilitas agar tidak menghambat inovasi asuransi.

Sistem yang dipilih harus mempertimbangkan infrastruktur data nasional, budaya berkendara, serta efektivitas regulasi untuk memastikan bahwa asuransi TPL dapat memberikan perlindungan maksimal tanpa membebani masyarakat.



22.9 Praktik di Luar Negeri

Sistem asuransi tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga (*Third Party Liability Insurance*) diterapkan secara berbeda di berbagai negara, bergantung pada regulasi, struktur pasar, dan kebijakan pemerintah masing-masing. Berikut adalah analisis praktik di beberapa negara yang Anda sebutkan:

A. Singapura

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas (*free market*).
- Penjelasan: Di Singapura, asuransi kendaraan bermotor, termasuk tanggung jawab pihak ketiga, disediakan oleh berbagai perusahaan asuransi swasta yang bersaing secara bebas. Pemerintah mengatur standar minimum perlindungan, namun perusahaan memiliki fleksibilitas dalam menetapkan premi dan cakupan tambahan.

B. Jepang

- Sistem yang Diterapkan: Kombinasi konsorsium dan pasar bebas.
- Penjelasan: Jepang memiliki asuransi wajib tanggung jawab pihak ketiga yang dikelola secara konsorsium oleh perusahaan asuransi domestik, dikenal sebagai *Compulsory Automobile Liability Insurance* (CALI). Selain itu, pengemudi dapat membeli asuransi tambahan dari pasar bebas untuk cakupan yang lebih luas.

C. Korea Selatan

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi ketat.

- Penjelasan: Di Korea Selatan, asuransi tanggung jawab pihak ketiga wajib disediakan oleh perusahaan asuransi swasta dalam lingkungan pasar bebas. Pemerintah menetapkan standar minimum perlindungan dan mengawasi premi untuk memastikan keterjangkauan dan keadilan.

D. Taiwan

- Sistem yang Diterapkan: Kombinasi konsorsium dan pasar bebas.
- Penjelasan: Taiwan mengharuskan asuransi tanggung jawab pihak ketiga melalui skema yang dikelola secara konsorsium oleh perusahaan asuransi lokal. Pengemudi juga dapat membeli asuransi tambahan dari pasar bebas untuk perlindungan lebih lanjut.

E. Tiongkok

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan pengawasan pemerintah.
- Penjelasan: Tiongkok mewajibkan asuransi tanggung jawab pihak ketiga yang disediakan oleh perusahaan asuransi dalam pasar bebas. Namun, pemerintah mengatur premi dan cakupan minimum untuk memastikan perlindungan yang memadai bagi semua pihak.

F. India

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi ketat.
- Penjelasan: India memiliki asuransi tanggung jawab pihak ketiga wajib yang disediakan oleh perusahaan asuransi swasta dalam pasar bebas. Regulator

asuransi India menetapkan tarif premi standar untuk memastikan keterjangkauan dan konsistensi.

G. Inggris

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas.
- Penjelasan: Di Inggris, asuransi tanggung jawab pihak ketiga adalah wajib dan disediakan oleh perusahaan asuransi swasta yang bersaing dalam pasar bebas. Premi ditentukan berdasarkan risiko individu, dan konsumen memiliki berbagai pilihan produk.

H. Jerman

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi pemerintah.
- Penjelasan: Jerman mewajibkan asuransi tanggung jawab pihak ketiga yang disediakan oleh perusahaan asuransi swasta dalam pasar bebas. Pemerintah menetapkan persyaratan minimum untuk cakupan, tetapi perusahaan memiliki fleksibilitas dalam menetapkan premi berdasarkan profil risiko pengemudi.

I. Prancis

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi ketat.
- Penjelasan: Prancis mengharuskan semua kendaraan memiliki asuransi tanggung jawab pihak ketiga, yang disediakan oleh perusahaan asuransi swasta dalam pasar bebas. Pemerintah mengatur standar minimum perlindungan dan mengawasi praktik penetapan harga untuk melindungi konsumen.

J. Italia

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi pemerintah.
- Penjelasan: Italia mewajibkan asuransi tanggung jawab pihak ketiga yang disediakan oleh perusahaan asuransi swasta dalam pasar bebas. Pemerintah menetapkan persyaratan minimum untuk cakupan dan mengawasi premi untuk mencegah praktik penetapan harga yang tidak adil.

K. Swiss

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan regulasi ketat.
- Penjelasan: Di Swiss, asuransi tanggung jawab pihak ketiga adalah wajib dan disediakan oleh perusahaan asuransi swasta yang bersaing dalam pasar bebas. Pemerintah menetapkan standar minimum untuk cakupan dan mengawasi premi untuk memastikan keterjangkauan dan keadilan.

L. Amerika Serikat

- Sistem yang Diterapkan: Pasar bebas dengan variasi antar negara bagian.
- Penjelasan: Di AS, asuransi tanggung jawab pihak ketiga diwajibkan di hampir semua negara bagian, dengan regulasi dan persyaratan yang bervariasi. Perusahaan asuransi swasta bersaing dalam pasar bebas, dan premi ditentukan berdasarkan risiko individu serta persyaratan spesifik negara bagian.

Analisis Umum:

- Konsorsium: Negara-negara seperti Jepang dan Taiwan menggunakan pendekatan konsorsium untuk asuransi wajib, yang memastikan distribusi risiko yang merata di antara perusahaan asuransi dan standar perlindungan yang konsisten. Namun, ini dapat membatasi inovasi dan fleksibilitas dalam produk asuransi.
- Pasar Bebas: Sebagian besar negara lain mengadopsi sistem pasar bebas dengan regulasi pemerintah untuk menetapkan standar minimum perlindungan dan mengawasi premi. Pendekatan ini mendorong persaingan, inovasi produk, dan pilihan yang lebih luas bagi konsumen, tetapi memerlukan pengawasan ketat untuk mencegah praktik penetapan harga yang tidak adil dan memastikan perlindungan konsumen.

Setiap sistem memiliki kelebihan dan kekurangan, dan pilihan antara konsorsium atau pasar bebas

22.10 Praktik Luar Negeri - Tarif Premi

Asuransi Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga (*Third Party Liability Insurance* atau TPL) merupakan kewajiban di banyak negara untuk memastikan bahwa korban kecelakaan lalu lintas mendapatkan kompensasi yang layak. Berikut adalah gambaran umum mengenai penerapan TPL di beberapa negara, termasuk informasi tentang tarif premi, penyesuaian premi berdasarkan rasio kerugian (*loss ratio*), serta mekanisme untuk mencegah perpindahan tertanggung demi mendapatkan premi yang lebih murah.

A. Singapura

Di Singapura, asuransi TPL wajib bagi semua pemilik kendaraan. Tarif premi ditentukan berdasarkan faktor-faktor seperti usia dan pengalaman pengemudi, jenis kendaraan, dan rekam jejak klaim sebelumnya. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, umumnya premi akan meningkat jika seorang pengemudi memiliki rekam jejak klaim yang buruk atau terlibat dalam kecelakaan sebelumnya. Untuk mencegah perpindahan tertanggung ke perusahaan asuransi lain demi mendapatkan premi lebih murah, industri perasuransian di Singapura menerapkan sistem pelaporan bersama yang memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengakses riwayat klaim calon tertanggung.

Di Singapura, asuransi TPL wajib bagi semua kendaraan bermotor. Batas jaminan yang diberikan biasanya mencakup:

- Cedera atau kematian pihak ketiga: Tanpa batas maksimum (*unlimited*).
- Kerusakan properti pihak ketiga: Hingga SGD 5 juta.

Kisaran premi tahunan untuk asuransi TPL di Singapura bervariasi tergantung pada faktor-faktor seperti usia dan pengalaman pengemudi, jenis kendaraan, dan rekam jejak klaim sebelumnya. Secara umum, premi berkisar antara SGD 700 hingga SGD 1.500 per tahun.

B. Jepang

Jepang memiliki sistem asuransi TPL yang dikenal sebagai “Jibaiseki,” yang wajib bagi semua kendaraan bermotor. Pemilik kendaraan harus memperbarui polis setiap tahun. Meskipun informasi spesifik mengenai tarif premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, premi biasanya ditetapkan secara standar

oleh pemerintah dan dapat bervariasi berdasarkan jenis dan ukuran kendaraan. Untuk mencegah perpindahan tertanggung, sistem asuransi Jepang sangat terstruktur dengan regulasi ketat, sehingga pilihan untuk berpindah perusahaan asuransi demi premi lebih murah menjadi terbatas.

Jepang memiliki sistem asuransi TPL wajib yang dikenal sebagai "Compulsory Automobile Liability Insurance" (CALI). Batas jaminan yang ditetapkan oleh CALI adalah:

- Cedera sampai JPY 1,2 juta, cacat hingga JPY 40 juta.
- Kerusakan properti pihak ketiga: Tidak ditanggung oleh CALI; pemilik kendaraan disarankan untuk mengambil asuransi tambahan untuk perlindungan ini.

Premi untuk CALI ditetapkan oleh pemerintah dan bervariasi berdasarkan jenis dan ukuran kendaraan. Sebagai contoh, untuk mobil penumpang standar, premi tahunan berkisar sekitar JPY 25.000 hingga JPY 30.000.

C. Korea Selatan

Di Korea Selatan, asuransi TPL dikenal sebagai "Mandatory Insurance" dan diwajibkan bagi semua pemilik kendaraan. Tarif premi ditentukan berdasarkan faktor seperti usia pengemudi, jenis kendaraan, dan rekam jejak mengemudi. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, premi dapat meningkat jika seorang pengemudi memiliki riwayat klaim yang buruk. Untuk mencegah perpindahan tertanggung, perusahaan asuransi di Korea Selatan memiliki akses ke database nasional yang mencatat riwayat klaim dan pelanggaran lalu lintas, sehingga informasi tersebut dapat digunakan dalam penetapan premi.

Di Korea Selatan, asuransi TPL juga diwajibkan bagi semua pemilik kendaraan. Batas jaminan yang umum diterapkan adalah:

- Cedera atau kematian pihak ketiga: Hingga KRW 150 juta per orang.
- Kerusakan properti pihak ketiga: Hingga KRW 10 juta per kejadian.

Premi tahunan untuk asuransi TPL di Korea Selatan dipengaruhi oleh faktor seperti usia pengemudi, jenis kendaraan, dan rekam jejak mengemudi. Rata-rata, premi berkisar antara KRW 300.000 hingga KRW 1.000.000 per tahun.

D. China

China mewajibkan asuransi TPL bagi semua kendaraan bermotor sejak tahun 2006. Tarif premi ditetapkan oleh pemerintah dan dapat bervariasi berdasarkan faktor seperti jenis kendaraan dan lokasi geografis. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, premi dapat disesuaikan berdasarkan rekam jejak klaim pengemudi. Untuk mencegah perpindahan tertanggung, China memiliki sistem yang memantau riwayat klaim pengemudi, sehingga informasi tersebut tersedia bagi semua perusahaan asuransi.

E. India

Di India, asuransi TPL adalah persyaratan wajib untuk pendaftaran kendaraan. Tarif premi ditetapkan oleh *Insurance Regulatory and Development Authority of India* (IRDAI) dan dapat bervariasi berdasarkan jenis kendaraan dan kapasitas mesin. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, premi dapat meningkat jika pengemudi memiliki riwayat klaim yang buruk. Untuk mencegah perpindahan tertanggung, perusahaan asuransi di India menggunakan sistem

No Claim Bonus (NCB) yang memberikan diskon pada premi bagi pengemudi yang tidak mengajukan klaim, sehingga mendorong pengemudi untuk tetap setia pada perusahaan asuransi mereka.

F. Taiwan

Taiwan mewajibkan asuransi TPL bagi semua kendaraan bermotor. Tarif premi ditetapkan oleh pemerintah dan dapat disesuaikan berdasarkan faktor seperti jenis kendaraan dan rekam jejak pengemudi. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada, premi dapat meningkat jika pengemudi memiliki riwayat klaim yang buruk. Untuk mencegah perpindahan tertanggung, Taiwan memiliki sistem informasi asuransi yang memungkinkan perusahaan asuransi untuk mengakses riwayat klaim calon tertanggung.

G. Malaysia

Di Malaysia, asuransi TPL diwajibkan bagi semua pemilik kendaraan. Polis asuransi TPL harus diperbarui setiap tahun bersamaan dengan pembayaran pajak jalan. Asuransi ini memberikan perlindungan terhadap klaim pihak ketiga akibat kecelakaan lalu lintas, termasuk kerusakan properti dan cedera fisik. Pemerintah Malaysia melakukan pemantauan ketat untuk memastikan semua kendaraan memiliki asuransi yang diperlukan.

H. Thailand

Thailand menerapkan kebijakan asuransi TPL yang wajib bagi semua kendaraan bermotor. Asuransi ini dikenal sebagai “Compulsory Motor Insurance” dan bertujuan untuk memberikan kompensasi kepada pihak ketiga yang mengalami kerugian akibat kecelakaan. Pemilik kendaraan di Thailand harus membeli

asuransi ini setiap tahun untuk dapat memperpanjang registrasi kendaraan mereka.

I. Indonesia

Rencananya mulai Januari 2025, Indonesia akan mewajibkan asuransi TPL bagi semua kendaraan bermotor. Regulasi ini sedang dalam proses penyusunan dan diharapkan dapat memberikan perlindungan lebih baik kepada masyarakat. Asuransi TPL di Indonesia akan mencakup perlindungan terhadap klaim pihak ketiga akibat kecelakaan lalu lintas, baik untuk kendaraan listrik maupun BBM. Namun hingga Mei 2025, asuransi wajib ini belum diberlakukan.

J. Negara-Negara Eropa (Inggris, Jerman, Prancis, Italia, Swiss)

Negara-negara Eropa umumnya mewajibkan asuransi TPL bagi semua kendaraan bermotor. Tarif premi ditentukan berdasarkan faktor seperti usia dan pengalaman pengemudi, jenis kendaraan, dan rekam jejak klaim sebelumnya. Meskipun data spesifik mengenai besaran premi tidak tersedia dalam sumber yang ada,

Di Inggris, asuransi TPL merupakan persyaratan hukum bagi semua pengemudi. Batas jaminan yang umum diterapkan adalah:

- Cedera atau kematian pihak ketiga: Tanpa batas maksimum (*unlimited*).
- Kerusakan properti pihak ketiga: Hingga GBP 20 juta per kejadian.

Premi asuransi TPL di Inggris sangat bervariasi tergantung pada berbagai faktor seperti usia pengemudi, jenis kendaraan,

lokasi, dan rekam jejak klaim. Secara umum, premi tahunan dapat berkisar antara GBP 400 hingga GBP 1.200.

Catatan: Informasi di atas disusun berdasarkan data yang tersedia hingga Maret 2025. Untuk mendapatkan informasi yang paling akurat dan terkini, disarankan untuk menghubungi perusahaan asuransi atau otoritas terkait di masing-masing negara.

22.11 Polis Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum Pihak Ketiga

Memahami isi dan ketentuan polis asuransi tanggung jawab hukum pihak ketiga (*Third Party Liability Insurance* atau TPL) di berbagai negara seperti Singapura, Jepang, dan Korea Selatan memerlukan akses langsung ke dokumen polis yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi di masing-masing negara tersebut.

Berikut adalah informasi mengenai Asuransi Wajib Tanggung Jawab Hukum kepada Pihak Ketiga di tiga negara: Singapura, Jepang, dan Korea Selatan.

A. Singapura

Jaminan yang Diberikan:

Di Singapura, setiap pemilik kendaraan bermotor diwajibkan memiliki asuransi yang mencakup setidaknya tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga untuk kematian dan cedera tubuh. Ini berarti polis harus menanggung kewajiban hukum pengemudi atas cedera atau kematian yang disebabkan kepada orang lain dalam kecelakaan.

Pengecualian:

Polis standar mungkin tidak mencakup kerusakan properti pihak ketiga atau kerusakan pada kendaraan tertanggung sendiri. Untuk perlindungan lebih luas, pemilik kendaraan dapat memilih polis yang lebih komprehensif.

Prosedur Klaim:

Setelah kecelakaan, tertanggung harus segera melaporkan insiden tersebut kepada perusahaan asuransi mereka. Dokumen yang diperlukan biasanya mencakup laporan polisi, bukti kerusakan, dan informasi pihak ketiga yang terlibat.

Kondisi dan Persyaratan Polis Lainnya:

Polis harus diterbitkan oleh perusahaan asuransi yang terdaftar dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Otoritas Moneter Singapura (MAS).

B. Jepang

Jaminan yang Diberikan:

Jepang mewajibkan semua kendaraan memiliki *Compulsory Automobile Liability Insurance* (CALI) yang menanggung cedera tubuh atau kematian pihak ketiga akibat kecelakaan. Batasan pertanggungan adalah:

- Kematian: hingga ¥30 juta per orang.
- Cedera: hingga ¥1.2 juta per orang.
- Cacat permanen: hingga ¥40 juta, tergantung tingkat keparahan.

Pengecualian:

CALI tidak mencakup:

- Kerusakan properti pihak ketiga.
- Cedera atau kerusakan pada pengemudi atau kendaraan tertanggung sendiri.

Prosedur Klaim:

Setelah kecelakaan, tertanggung harus menghubungi perusahaan asuransi dan, jika perlu, pihak berwenang. Dokumen yang diperlukan mencakup laporan kecelakaan dan bukti kerusakan atau cedera.

Kondisi dan Persyaratan Polis Lainnya:

CALI harus diperbarui bersamaan dengan inspeksi kendaraan rutin (*shaken*). Banyak pemilik kendaraan juga memilih asuransi sukarela tambahan untuk menutupi area yang tidak dicakup oleh CALI.

C. Korea Selatan

Jaminan yang Diberikan:

Di Korea Selatan, asuransi tanggung jawab hukum pihak ketiga wajib menanggung:

- Cedera atau kematian pihak ketiga akibat kecelakaan yang disebabkan oleh kendaraan tertanggung.
- Kerusakan properti pihak ketiga.

Pengecualian:

Pengecualian spesifik dapat bervariasi antar perusahaan asuransi, tetapi umumnya tidak mencakup:

- Kerusakan pada kendaraan tertanggung sendiri.
- Cedera pengemudi kendaraan tertanggung.

Prosedur Klaim:

Setelah kecelakaan, tertanggung harus segera melaporkan insiden tersebut kepada perusahaan asuransi dan, jika perlu, pihak berwenang. Dokumen yang diperlukan biasanya mencakup laporan polisi, bukti kerusakan, dan informasi pihak ketiga yang terlibat.

Kondisi dan Persyaratan Polis Lainnya:

Pemilik kendaraan harus memastikan bahwa polis mereka memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh otoritas Korea Selatan dan diterbitkan oleh perusahaan asuransi yang terdaftar. Banyak pemilik kendaraan juga memilih asuransi tambahan untuk perlindungan lebih luas.

Perlu dicatat bahwa meskipun ada kesamaan dalam asuransi wajib di ketiga negara ini, perbedaan signifikan ada dalam cakupan, pengecualian, dan prosedur klaim. Oleh karena itu, penting bagi pemilik kendaraan untuk memahami detail spesifik dari polis mereka dan mempertimbangkan asuransi tambahan sesuai kebutuhan.

Referensi:

- https://sso.agc.gov.sg/Act-Rev/MVTPRCA1960/Published/20001230?DocDate=19870330
- https://global.vbest.jp/en/individuals/traffic_accidents/automobile_insurance/?utm_source=chatgpt.com
- https://www.giroj.or.jp/english/pdf/Automobile.pdf
- https://asahimotors-rent.com/car-insurance-j/?utm_source=chatgpt.com

- https://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/viewer.do?hseq=61536&key=41&type=part

22.12 Berikut link konten terkait Asuransi Tanggung Jawab Hukum Pihak Ketiga:

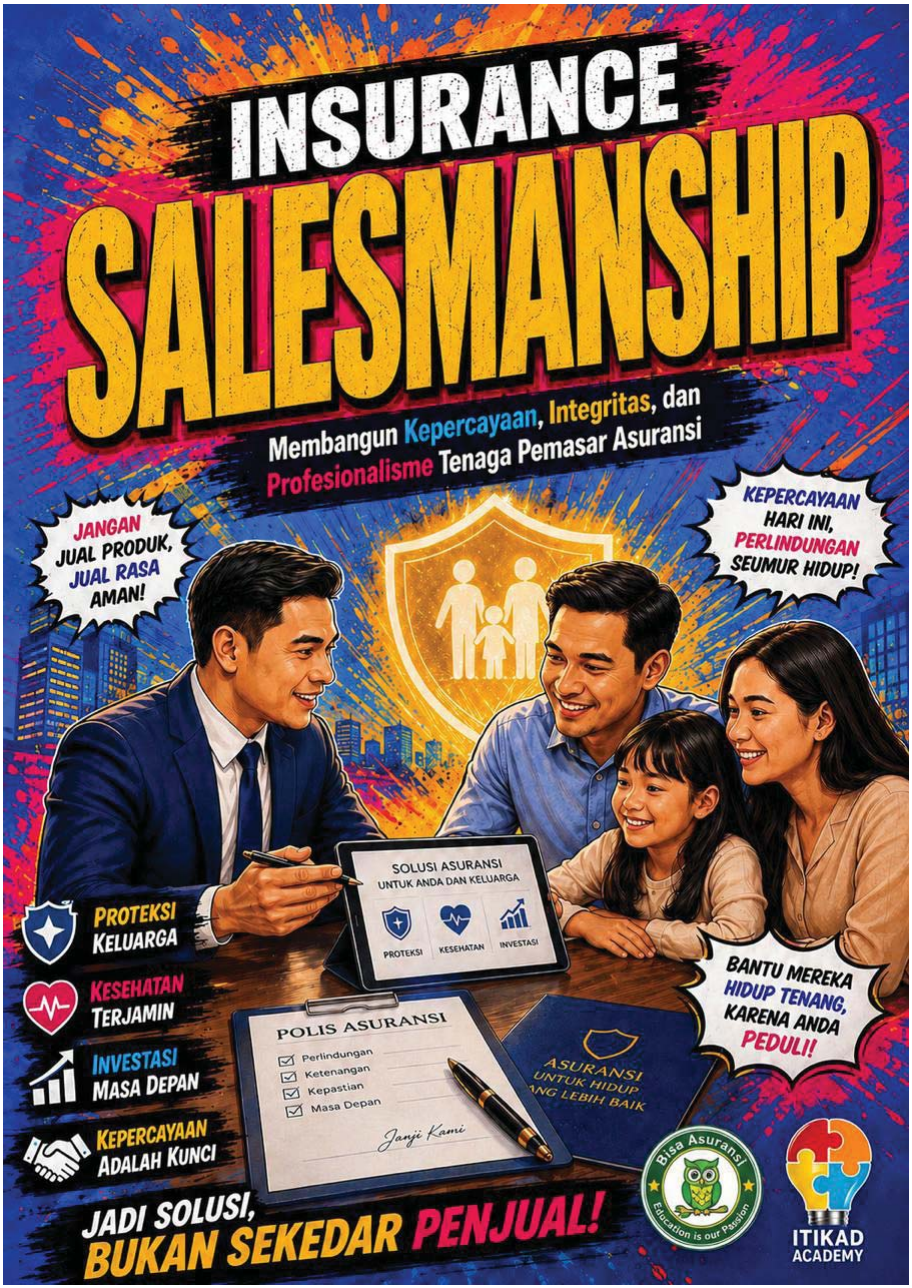
Penulis telah memberikan informasi dan input terkait rencana pemberlakuan asuransi wajib tanggung jawab hukum pihak ketiga melalui social media (YouTube Channel @GuruAsuransi) sebagai berikut:

- https://youtu.be/1nAQtTqhlTo?si=Dyj-C3J_kdW9ozUY
- https://youtu.be/UOZWNuwCdFs?si=W6aECSxxPn8J-vhM
- https://youtu.be/ZcK5UGDIL0Y?si=_EA_erLyTA6INqkQ
- https://youtu.be/hXt1eSSLTK0?si=-TfMYOKroRIM6HTM
- https://youtu.be/XpmBoshbsqo?si=HH_TnyT-49tcYHV0
- https://youtu.be/O9dYsx2Mmw4?si=d_tNq53qCbxaSt0c
- https://youtu.be/2R3fiPAvfWk?si=6ypfQWBSJH73qqRf
- https://youtu.be/a_ZLNtpDYGQ?si=zTiiCy9KpHArGesF
- https://youtu.be/zsYHNrjKX0Y?si=1CvptBPHgpcB0uA_
- https://youtu.be/gsWXgIsG7U8?si=iUUFm-8Ad3xBFcsu
- https://youtu.be/6Y6a5EY67Rk?si=IJKqROqdCtEVtn4g
- https://youtu.be/4vfrNhYIdEY?si=GsPCzSkE1atHkURA
- https://youtu.be/rnxdDAm0vFk?si=0VsyJPUXNtlZSLVG
- https://youtu.be/ZV_kBYoJlmQ?si=HCDO8xur9xz7fUM-
- https://youtu.be/w1AbDQuP5Ok?si=hSiSerB9AwmtdGFZ

Link: ***Third Party Liability Compulsory Insurance Policy***

- https://lto.gov.ph/wp-content/uploads/2023/10/AVT_2015_1975.pdf?appgw_azwaf_jsc=NKwv5jS2Ws811y7MX2B36w841r5enbeSc9yEm4SaNW4
- https://www.arval.com/sites/default/files/51/2020/05/GRV-INS-TPL%20Final%20IPID%20v1.0.pdf
- https://www.hsbc.ae/content/dam/hsbc/ae/docs/en/insurance/axa-motor-third-party-liability-tncs.pdf
- https://arabiainsurance.com/pdf/bahrain-motor-third-party-liability-policy-wording.pdf


RESPONSIBILITY
PROTECTION IS NOT A CONFESSION OF FEAR.
IT IS A HARVEST OF RESPONSIBILITY
PLANTED LONG BEFORE THE SEASON OF NEED.


INSURANCE
SALESMANSHIP
Membangun Kepercayaan, Integritas, dan Profesionalisme Tenaga Pemasar Asuransi
JANGAN JUAL PRODUK, JUAL RASA AMAN!
KEPERCAYAAN HARI INI, PERLINDUNGAN SEUMUR HIDUP!
SOLUSI ASURANSI
UNTUK ANDA DAN KELUARGA
PROTEKSI
KESEHATAN
INVESTASI
PROTEKSI KELUARGA
KESEHATAN TERJAMIN
INVESTASI MASA DEPAN
KEPERCAYAAN ADALAH KUNCI
POLIS ASURANSI
Perlindungan
Ketenangan
Kepastian
Masa Depan
Janji Kami
ASURANSI
UNTUK HIDUP
BANTU MEREKA HIDUP TENANG, KARENA ANDA PEDULI!
JADI SOLUSI, BUKAN SEKEDAR PENJUAL!
Bisa Asuransi
Education is our Passion
ITIKAD
ACADEMY

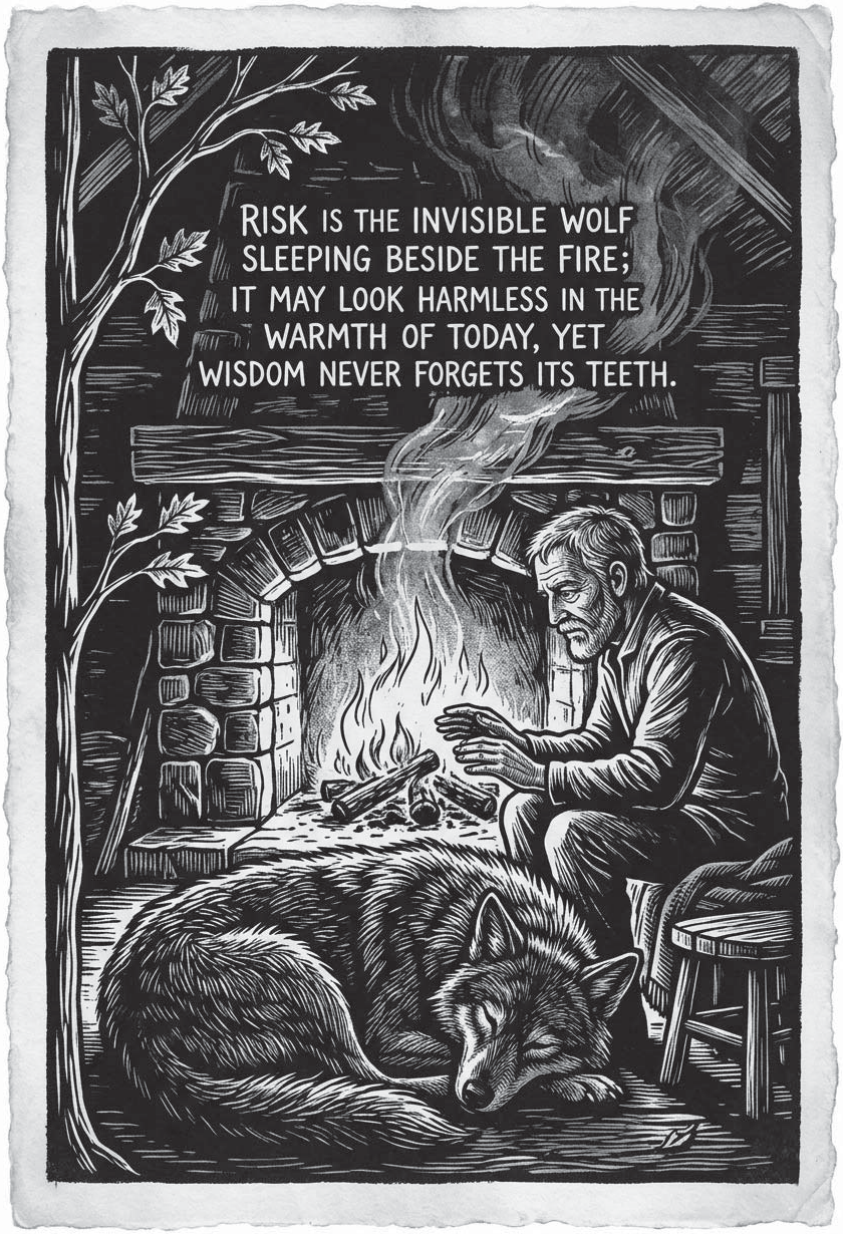


WHEN LIFE BREAKS LIKE GLASS, INSURANCE CANNOT ERASE THE SOUND OF SHATTERING, BUT IT CAN HELP PROTECT THE HANDS THAT MUST GATHER THE PIECES.

BAB
23

PROGRAM PENJAMINAN POLIS




RISK IS THE INVISIBLE WOLF
SLEEPING BESIDE THE FIRE;
IT MAY LOOK HARMLESS IN THE
WARMTH OF TODAY, YET
WISDOM NEVER FORGETS ITS TEETH.

23.1 Pengantar

Industri asuransi memiliki peran vital dalam memberikan perlindungan finansial bagi individu dan bisnis dari berbagai risiko yang dihadapi. Namun, meskipun asuransi dirancang untuk memberikan “kepastian”, ada risiko lain yang dapat muncul, yaitu kegagalan perusahaan asuransi dalam memenuhi kewajibannya kepada tertanggung. Kasus seperti ini dapat terjadi akibat berbagai faktor, seperti salah kelola keuangan, tingginya beban klaim yang tidak terantisipasi, atau kondisi ekonomi yang memburuk serta karakter/integritas manajemen dan pemilik yang minim (kasus Jiwasraya dan Wanaartha). Tanpa adanya skema perlindungan konsumen yang efektif, pemegang polis berisiko kehilangan manfaat (pembayaran klaim) dan dana investasi yang telah mereka bayar selama bertahun-tahun, sehingga kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi dapat terganggu dan bahkan hilang/lenyap.

Latar belakang pembentukan skema perlindungan konsumen dalam industri asuransi berawal dari meningkatnya kasus perusahaan asuransi yang gagal bayar atau dilikuidasi, baik di tingkat nasional maupun internasional. Di banyak negara, pengalaman pahit ini mendorong pemerintah dan regulator untuk membentuk sistem perlindungan yang memastikan bahwa pemegang polis tetap mendapatkan hak mereka meskipun perusahaan asuransi bangkrut. Skema ini terinspirasi dari konsep penjaminan simpanan di sektor perbankan, yang telah lama diterapkan untuk melindungi nasabah dari kebangkrutan bank (kasus likuidasi perbankan di tahun 1998 di Indonesia). Dengan adanya sistem perlindungan ini, diharapkan stabilitas industri perasuransian

dapat lebih terjaga, serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap asuransi sebagai instrumen mitigasi risiko.

Tujuan utama dari skema perlindungan ini adalah untuk menjamin bahwa pemegang polis tidak sepenuhnya kehilangan manfaat asuransi dan dana investasi mereka ketika perusahaan asuransi menghadapi kebangkrutan (ditutup). Dalam banyak kasus, konsumen asuransi adalah individu atau keluarga yang bergantung pada perlindungan finansial dari polis asuransi mereka, baik untuk kesehatan, jiwa, maupun aset mereka. Juga banyak pribadi menaruh dana dengan tujuan memperoleh pengembangan bagi masa depan mereka di usia tua. Jika perusahaan asuransi gagal bayar tanpa adanya perlindungan, dampaknya bisa sangat besar, terutama bagi mereka yang bergantung pada pembayaran klaim untuk kebutuhan mendesak. Selain perlindungan finansial, cukup banyak anggota masyarakat yang membeli dan memiliki produk asuransi yang mengandung investasi/dana, seperti produk *whole life*, *endowment* dan unit link, dengan tujuan memiliki dana pada masa tua mereka. Oleh karena itu, keberadaan mekanisme penjaminan polis bertujuan untuk memberikan jaminan bahwa pemegang polis tetap mendapatkan haknya dalam batas tertentu.

Selain melindungi individu dan bisnis, skema perlindungan ini juga memiliki manfaat yang lebih luas bagi stabilitas sistem keuangan nasional. Gagalnya sebuah perusahaan asuransi besar dapat menimbulkan efek domino terhadap industri keuangan secara keseluruhan, yang pada akhirnya berdampak pada perekonomian negara. Dengan adanya skema perlindungan, risiko sistemik yang dapat terjadi akibat kebangkrutan perusahaan asuransi dapat diminimalkan. Hal ini juga berkontribusi terhadap keberlanjutan industri asuransi itu sendiri, karena konsumen

akan lebih percaya untuk membeli produk asuransi jika mereka tahu ada perlindungan bagi mereka dalam situasi darurat. **Namun bila timbul pertanyaan: "Apakah kasus gagal bayar Jiwasraya, Wana Artha, AJB Bumiputera dan Kresna Life menimbulkan efek domino dan risiko sistemik terjadi pada industri perasuransian Indonesia?", maka jawabannya adalah TIDAK. Jadi buat apa Program Penjaminan Polis?**

Dengan memahami pentingnya skema perlindungan konsumen dalam kasus gagal bayar perusahaan asuransi, bab ini akan membahas berbagai aspek terkait, termasuk regulasi yang berlaku, lembaga yang bertanggung jawab, mekanisme kerja skema ini, serta implementasi di berbagai negara. Di Indonesia, Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) telah diberikan mandat untuk menyelenggarakan Program Penjaminan Polis (PPP), yang diharapkan akan mulai berlaku penuh pada tahun 2028. Pembaca akan diajak untuk memahami bagaimana mekanisme perlindungan ini bekerja, mengapa penting bagi pemegang polis, dan bagaimana skema ini dapat memastikan keberlanjutan industri perasuransian yang sehat dan terpercaya di masa depan.

23.2 Dasar Hukum

Program Penjaminan Polis (PPP)

Program Penjaminan Polis (PPP) oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) di Indonesia didasarkan pada beberapa landasan hukum dan regulasi penting yang telah ditetapkan untuk memperkuat sektor keuangan dan memberikan perlindungan kepada pemegang polis asuransi.

Landasan utama dari PPP adalah Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU P2SK). UU ini memberikan mandat baru kepada LPS untuk menyelenggarakan program penjaminan polis asuransi, memperluas peran LPS yang sebelumnya hanya menjamin simpanan perbankan. Pasal 53 ayat (4) dan beberapa pasal lainnya UU P2SK mengatur bahwa pembentukan program penjaminan polis harus dilakukan dalam waktu lima tahun sejak UU ini diundangkan, yaitu paling lambat pada 12 Januari 2028.

Sebelum adanya UU P2SK, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian telah mengamanatkan pembentukan program penjaminan polis. Pasal 53 UU tersebut menyebutkan bahwa program penjaminan polis harus dibentuk dalam waktu tiga tahun sejak diundangkannya UU Perasuransian. Namun, implementasi dari amanat ini belum terlaksana hingga diterbitkannya UU P2SK yang kemudian memberikan mandat tersebut kepada LPS.

Untuk mendukung pelaksanaan PPP, diperlukan peraturan pelaksana yang lebih rinci dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP). PP ini akan mengatur mekanisme penjaminan, termasuk batas maksimal penjaminan polis dan prosedur pengalihan portofolio polis atau pengembalian hak pemegang polis, tertanggung, atau peserta. Penyusunan PP ini penting untuk memberikan kepastian hukum dan panduan teknis bagi LPS dalam menjalankan tugas barunya.

Selain itu, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) juga diperlukan untuk mengatur standar kesehatan perusahaan asuransi yang (dapat) menjadi peserta program penjaminan polis. Peraturan ini akan menetapkan kriteria dan persyaratan yang harus dipenuhi oleh perusahaan asuransi agar dapat

berpartisipasi dalam PPP, sehingga memastikan bahwa hanya perusahaan yang memenuhi standar tertentu yang dapat dijamin oleh LPS. **Jadi tidak semua perusahaan asuransi dapat (dan diharuskan) menjadi peserta program penjaminan polis ini?**

Secara keseluruhan, dasar hukum dan regulasi atas Program Penjaminan Polis oleh LPS melibatkan sinergi antara UU P2SK, UU Perasuransian, serta peraturan pelaksana berupa PP dan peraturan OJK. Kerangka regulasi ini diharapkan dapat memberikan perlindungan yang efektif bagi pemegang polis (konsumen) dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi di Indonesia.

Lembaga Penjamin Simpanan (LPS)

Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) adalah lembaga independen yang didirikan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2004 dengan tujuan utama menjamin simpanan nasabah di perbankan dan turut serta dalam memelihara stabilitas sistem keuangan di Indonesia. Seiring perkembangan sektor keuangan, peran LPS diperluas melalui Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU P2SK), yang memberikan mandat tambahan kepada LPS untuk menyelenggarakan Program Penjaminan Polis (PPP) guna melindungi pemegang polis asuransi.

Mengapa LPS Ditunjuk Menangani Program Penjaminan Polis?

Penunjukan LPS untuk mengelola PPP didasarkan pada pengalaman dan kapasitasnya dalam menjamin simpanan perbankan serta perannya dalam menjaga stabilitas sistem keuangan nasional. Dengan memperluas fungsi LPS untuk mencakup penjaminan polis asuransi, pemerintah berharap

dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian dan memastikan perlindungan yang lebih baik bagi pemegang polis.

Tugas Program Penjaminan Polis oleh LPS

Dalam menyelenggarakan PPP, LPS memiliki beberapa tugas utama:

1. Merumuskan dan Menetapkan Kebijakan Pelaksanaan Program Penjaminan Polis: LPS bertanggung jawab untuk menyusun **a) kebijakan dan regulasi yang mengatur pelaksanaan penjaminan polis asuransi**, termasuk **b) kriteria dan persyaratan bagi perusahaan asuransi** yang ingin menjadi peserta program ini.
2. Melaksanakan Program Penjaminan Polis: LPS melaksanakan penjaminan terhadap **c) polis asuransi yang memenuhi syarat**, serta menangani **d) resolusi perusahaan asuransi yang akan dicabut izin usahanya** oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK), termasuk proses likuidasi dan pengalihan portofolio polis.

Dasar Hukum dan Regulasi Terkait PPP oleh LPS

Dasar hukum utama yang mengatur tugas dan peran LPS dalam PPP adalah UU P2SK Tahun 2023, yang memperluas fungsi LPS untuk mencakup penjaminan polis asuransi. Selain itu, implementasi PPP akan didukung oleh peraturan pelaksana seperti Peraturan Pemerintah (PP) dan Peraturan OJK, yang akan mengatur lebih rinci mengenai mekanisme penjaminan, kriteria perusahaan asuransi peserta, serta batas maksimal penjaminan polis.

Ringkasan Tugas PPP oleh LPS

Secara ringkas, tugas LPS dalam PPP meliputi:

- Perumusan Kebijakan: Menyusun dan menetapkan kebijakan pelaksanaan penjaminan polis.
- Pelaksanaan Penjaminan: Menjamin polis asuransi yang memenuhi kriteria dan menangani resolusi perusahaan asuransi yang bermasalah.
- Koordinasi dengan OJK: Bekerja sama dengan OJK dalam menetapkan standar kesehatan perusahaan asuransi dan proses pencabutan izin usaha jika diperlukan.

Koordinasi PPP LPS dengan Industri Perasuransian

Dalam pelaksanaan PPP, LPS akan berkoordinasi erat dengan OJK dan perusahaan asuransi. Setiap perusahaan asuransi diwajibkan untuk menjadi peserta program penjaminan polis bila telah memenuhi standar kesehatan keuangan tertentu yang ditetapkan oleh OJK dan LPS. Proses seleksi dan penilaian kesehatan perusahaan asuransi akan dilakukan bersama antara LPS dan OJK untuk memastikan hanya perusahaan yang memenuhi kriteria yang dapat berpartisipasi dalam program ini.

Pembiayaan Operasional PPP oleh LPS

Pembiayaan operasional PPP akan berasal dari kontribusi dan iuran yang dipungut dari perusahaan asuransi peserta program. LPS memiliki wewenang untuk menetapkan dan memungut premi penjaminan serta iuran berkala dari perusahaan asuransi yang menjadi peserta. Dana yang terkumpul akan digunakan untuk membiayai operasional program dan membayar klaim penjaminan polis jika terjadi likuidasi perusahaan asuransi.

Sebagai praktisi perasuransian, saya pribadi (Andreas Freddy Pieloor) menyarankan biaya LPS dapat dibagi dalam 2 kategori, yaitu:

a) Biaya operasional, diambil dari APBN, sementara itu
b) Nilai klaim, dipungut dari perusahaan asuransi yang menjadi peserta penjaminan berdasarkan kriteria risiko perusahaan masing-masing dan jumlah serta nilai polis yang dijamin.

Dengan adanya PPP yang diselenggarakan oleh LPS, diharapkan perlindungan terhadap pemegang polis asuransi di Indonesia dapat semakin kuat, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian dan stabilitas sistem keuangan nasional.

23.3 Urgensi PPP LPS

Analisis Urgensi Pembentukan Program Penjaminan Polis (PPP) oleh LPS

Pembentukan Program Penjaminan Polis (PPP) oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) memang memiliki tujuan utama untuk melindungi pemegang polis dari risiko gagal bayar akibat likuidasi perusahaan asuransi. Namun, pertanyaan utama adalah: a) *Apakah PPP benar-benar akan efektif dalam melindungi konsumen? b) Apakah cakupan jaminannya sudah cukup luas? c) Apakah PPP menjamin gagal bayar atas produk asuransi yang mengandung investasi, yang melatar-belakangi timbulnya kebutuhan akan PPP ini?*

Apakah PPP LPS Bertujuan Melindungi Konsumen Asuransi?

Secara prinsip, PPP LPS memang bertujuan melindungi konsumen, yaitu tertanggung atau pemegang polis (konsumen). Jika sebuah perusahaan asuransi mengalami likuidasi (pencabutan izin oleh OJK), maka LPS akan menjamin pembayaran klaim sesuai batasan tertentu. Ini serupa dengan skema penjaminan simpanan nasabah di perbankan.

Namun, ada keterbatasan besar dalam skema ini:

- **PPP hanya menjamin perusahaan yang dicabut izinnya oleh OJK, bukan perusahaan yang masih beroperasi tetapi mengalami gagal bayar atau memiliki banyak sengketa klaim.**
- Penjaminan kemungkinan memiliki batas nilai tertentu, yang mungkin tidak mencakup seluruh kewajiban perusahaan asuransi yang bangkrut.
- **Program Penjaminan Polis yang ada dalam UU PPSK nomor 4 tahun 2023, pada penjelasan halaman 201 (halaman 728 dari 819), Pasal 83 Ayat (1) Program Penjaminan Polis tidak menjamin unsur investasi yang melekat pada produk asuransi.** Padahal latar belakang timbulnya PPP ini adalah gagal bayar pada produk asuransi yang mengandung investasi (Jiwasraya, AJB BP 1912, Kresna Life & Wanaartha Life).
- **Sementara itu jenis polis asuransi lain tidak mengalami masalah, terutama asuransi umum. Ya, asuransi umum tidak membutuhkan Program Penjaminan Polis** (https://youtu.be/E4aaSgWiGRg?si=ggltDY_luwx_lLTV). Pandangan ini Freddy Pieloor sampaikan pada Komisi XI

DPR RI - RDPU - PANJA RUU Perubahan P2SK UU 4 tahun 2023, tanggal 24 September 2025.



Dengan keterbatasan ini, apakah perlindungan bagi konsumen benar-benar optimal? Pada kasus seperti Jiwasraya, Wanaartha Life, Kresna Life, konsumen sudah menderita bertahun-tahun sebelum akhirnya izin perusahaan dicabut. Jika PPP hanya aktif setelah izin dicabut, maka konsumen tetap tidak terlindungi pada saat perusahaan sedang bermasalah tetapi belum ditutup oleh regulator. Kemudian dalam kasus Jiwasraya (Pak Machril dan kawan-kawan) yang tidak mengikuti skema restrukturisasi (IFG Life) dan menggugat secara hukum lalu menang (incraht), namun hingga saat ini Jiwasraya dan Kementerian BUMN/Pemerintah tidak mematuhi keputusan hukum dengan mengabaikan putusan Pengadilan. Bila Pemerintah tidak patuh pada keputusan hukum, kepada siapa lagi Rakyat dapat mencari keadilan? **Seandainya Program Penjaminan Polis mengecualikan polis asuransi yang mengandung investasi, maka PPP tidak ada gunanya, dan semestinya tidak perlu diadakan. Karena akan membebani**

masyarakat Indonesia, yang saat ini kepercayaannya masih belum pulih.

Apakah PPP LPS Meningkatkan Kepercayaan Masyarakat terhadap Asuransi?

Kepercayaan masyarakat terhadap asuransi di Indonesia memang mengalami kemerosotan, terutama akibat:

- Kasus gagal bayar polis unit link dari berbagai perusahaan asuransi.
- Proses pencabutan izin yang sangat lambat, sehingga pemegang polis dibiarkan tanpa kejelasan bertahun-tahun.
- Kurangnya transparansi dalam pengelolaan investasi perusahaan asuransi.
- Kejahatan asuransi yang terjadi pada Jiwasraya dan Wana Artha.

PPP berpotensi meningkatkan kepercayaan masyarakat, tetapi hanya jika:

- Cakupan penjaminan diperluas, tidak hanya untuk perusahaan yang dicabut izinnya, tetapi juga untuk klaim yang tidak dibayarkan dalam jangka waktu tertentu.
- **Cakupan penjaminan juga termasuk produk polis asuransi yang mengandung investasi. Bukankah LPS Perbankan menjamin deposito yang merupakan investasi juga? Bila PPP tidak menjamin polis yang mengandung investasi, maka ini tidak ada gunanya untuk masyarakat Indonesia.**
- Ada mekanisme intervensi dini, di mana LPS bisa masuk sebelum perusahaan benar-benar bangkrut, sehingga

pemegang polis tidak perlu menunggu bertahun-tahun tanpa kepastian.

- OJK harus lebih tegas, cekatan dan cepat dalam mengambil tindakan, sehingga tidak ada kasus seperti Jiwasraya yang dibiarkan sakit terlalu lama sebelum akhirnya ditutup.

Jika skema (program perlindungan polis) hanya berlaku setelah izin dicabut, maka efektivitasnya dalam membangun kepercayaan masyarakat akan sangat terbatas. Ya, sangat terbatas.

Dampak Signifikan bagi Pemegang Polis

Dampak positif dari PPP bagi pemegang polis seharusnya adalah memberikan kepastian pembayaran klaim jika perusahaan bangkrut. Namun, ada beberapa tantangan:

- Berapa batas penjaminan per polis? Jika batasnya terlalu rendah, pemegang polis tetap akan mengalami kerugian besar.
- Bagaimana dengan klaim yang sudah diajukan sebelum izin dicabut? Jika OJK lambat mencabut izin, maka nasabah bisa dibiarkan dalam ketidakpastian selama bertahun-tahun.
- **Bagaimana dengan polis yang mengandung investasi? Bila tidak dijamin, maka sebaiknya OJK melarang perusahaan asuransi menjual polis yang mengandung investasi! Karena tidak dijamin oleh PPP.**
- Apakah akan ada proses yang adil dan transparan untuk menentukan siapa yang berhak mendapatkan pembayaran dari PPP?

Jika tidak diatur dengan baik, skema ini bisa berakhir tidak efektif dalam memberikan perlindungan nyata bagi pemegang polis.

Apakah Pembentukan PPP LPS Sangat Mendesak?

Melihat banyaknya perusahaan asuransi yang mengalami masalah keuangan dan gagal bayar, PPP memang urgen, tetapi harus dengan cakupan yang lebih luas. Saat ini, banyak kasus gagal bayar tidak berujung pada pencabutan izin usaha. Akibatnya, konsumen tetap tidak mendapatkan haknya karena perusahaan masih beroperasi tetapi tidak mampu membayar klaim. **Sekali lagi, produk polis asuransi yang mengandung investasi perlu dijamin. Bila tidak, maka PPP ini akan percuma (sia-sia).**

Contohnya:

- Asuransi unit link mengalami gelombang besar penolakan klaim, tetapi perusahaan-perusahaan tersebut masih beroperasi dan tidak masuk dalam skema PPP. https://youtu.be/buyD8MFZWlc?si=twAtzklAYAca9Zr_
- Kasus gagal bayar sebagian besar adalah produk asuransi yang mengandung investasi (Jiwasraya, Wana Artha, AJB Bumiputera 1912, dan Kresna Life) https://youtu.be/xcIOBW0cifo?si=pmR6ugFOt4y3WoIV (Jiwasraya Part 01/02)
  https://youtu.be/Xf0O9B3PJek?si=KRpJ6KHTf-8n8Y55 (Jiwasraya Part 02/02)
  https://youtu.be/yMO5wFMowmw?si=-MN8BglgxSKpavkk (AJB Bumiputera 1912)
  https://youtu.be/Ei8ZFN5FX-Y?si=xubNkrXzyjSIcm-R (Kresna Life)

- Jiwasraya sudah mengalami masalah sejak awal 2000-an, tetapi OJK (pemerintah) baru bertindak tegas lebih dari dua dekade kemudian.
- Wanaartha Life yang penyelesaiannya tidak memberikan perlindungan kepada tertanggung/pemegang polis https://www.youtube.com/watch?v=btLcRLK3SbQ
- Beberapa perusahaan asuransi jiwa dan umum saat ini masih mengalami kesulitan membayar klaim, tetapi belum dicabut izinnya oleh OJK.

Jika PPP hanya berlaku setelah pencabutan izin, maka efektivitasnya sangat terbatas. Oleh karena itu, perlu ada:

- Mekanisme intervensi dini oleh LPS sebelum izin dicabut.
- Perlindungan bagi pemegang polis yang mengalami keterlambatan pemrosesan hingga pembayaran klaim, bukan hanya yang perusahaannya bangkrut.
- Perlindungan bagi pemegang polis dimana perusahaan asuransi mangkir dari tanggung jawab atas klaim yang valid (genuine), dalam industri perasuransian dikenal dengan sebutan *BADFAITH*.
- Perlindungan bagi pemegang polis yang mengandung investasi

Peran OJK: Full Diskresi dan Sangat Kritis

Dalam skema ini, peran OJK sangat menentukan karena hanya perusahaan yang dicabut izinnya yang akan dijamin oleh LPS. Jika OJK lambat bertindak atau ragu-ragu mencabut izin perusahaan bermasalah, maka pemegang polis tetap tidak mendapatkan perlindungan.

Pada kasus Jiwasraya:

- Masalah sudah diketahui sejak lama, tetapi izin baru dicabut bertahun-tahun kemudian.
- Nasabah dibiarkan dalam ketidakpastian, tanpa kepastian klaim selama bertahun-tahun.
- Jika PPP LPS sudah ada pada saat itu, tetap tidak akan membantu karena izin belum dicabut dalam waktu yang wajar.

Sehingga diperlukan adanya kriteria jelas dan tegas perusahaan yang tidak sehat (akan dicabut izinnya) dan ketentuan kapan izin tersebut harus segera dicabut. **LPS dan OJK harus secara terbuka menyampaikan hal ini kepada masyarakat luas, agar masyarakat dapat memercayai 2 lembaga ini.**

Solusi yang perlu dipertimbangkan:

1. Mekanisme intervensi lebih cepat, agar perusahaan bermasalah bisa langsung diawasi sebelum bangkrut total.
2. OJK harus lebih transparan dan tegas, agar perusahaan yang sudah gagal bayar segera ditangani. **OJK wajib menyampaikan informasi tentang perusahaan yang berada dalam pengawasan kepada publik, agar tidak semakin banyak anggota masyarakat yang menjadi korban.**
3. Perluasan cakupan PPP, agar juga mencakup kasus gagal bayar meskipun izin belum dicabut.

PPP LPS Perlu Evaluasi Lebih Lanjut

PPP oleh LPS memiliki niat baik, tetapi dalam bentuknya saat ini masih terlalu sempit cakupannya. Perlindungan hanya berlaku jika izin dicabut oleh OJK dan mengecualikan polis yang

mengandung investasi, sementara banyak kasus gagal bayar tidak berujung pada pencabutan izin dan kasus gagal bayar sebagian besar terjadi pada polis yang mengandung investasi. Jika ingin benar-benar efektif, skema ini harus:

1. Memperluas cakupan penjaminan untuk mencakup kasus gagal bayar tanpa harus menunggu pencabutan izin dan juga pada polis yang mengandung investasi.
2. Menetapkan mekanisme intervensi dini, agar LPS bisa masuk sebelum perusahaan benar-benar bangkrut.
3. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas OJK, agar tidak ada kasus seperti Jiwasraya yang berlarut-larut.

Tanpa perbaikan ini, PPP mungkin tidak akan memberikan perlindungan yang cukup bagi pemegang polis (bahkan cenderung tidak menjadi solusi dari berbagai kasus gagal bayar yang terjadi), dan kepercayaan masyarakat terhadap asuransi akan tetap rendah.

23.4 PPP di Negara Lain

Perlindungan konsumen dalam industri perasuransian merupakan aspek krusial yang diatur secara berbeda di berbagai negara. Berikut adalah gambaran praktik perlindungan konsumen asuransi di beberapa negara:

Inggris (United Kingdom)

Inggris memiliki Financial Services Compensation Scheme (FSCS) yang melindungi pemegang polis jika perusahaan asuransi mengalami kebangkrutan. ***FSCS memberikan kompensasi hingga 100% untuk klaim asuransi jiwa dan sebagian besar polis asuransi umum***. Sejak 2001 hingga 2006, FSCS telah membayar hampir £1 miliar sebagai kompensasi. Selama krisis

keuangan 2006 hingga 2011, FSCS membayar lebih dari £26 miliar sebagai kompensasi.

Prancis

Di Prancis, ***Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires (FGAO) menangani kasus kebangkrutan perusahaan asuransi umum***. Pada tahun 2003, FGAO menangani kebangkrutan lima perusahaan asuransi, dengan total kompensasi mencapai €20,3 juta hingga akhir 2006.

Amerika Serikat

AS memiliki National Organization of Life and Health Insurance Guaranty Associations (NOLHGA) yang didirikan pada 1983. NOLHGA mengatur transfer polis dari perusahaan yang bangkrut ke perusahaan yang sehat secara finansial dan memastikan pembayaran klaim. Hingga 2006, NOLHGA telah menjamin lebih dari $21,2 miliar manfaat pertanggungan dan memberikan kompensasi kepada lebih dari 2,2 juta pemegang polis.

Jepang

Jepang memiliki ***Life Insurance Policyholders Protection Corporation (LIPPC) yang melindungi pemegang polis asuransi jiwa*** jika perusahaan asuransi mengalami kesulitan keuangan atau kebangkrutan. LIPPC memberikan kompensasi kepada pemegang polis dan dapat membantu dalam restrukturisasi perusahaan asuransi yang bermasalah untuk memastikan stabilitas industri asuransi di Jepang.

Korea Selatan

Korea Selatan memiliki Korea Deposit Insurance Corporation (KDIC) yang, selain menjamin simpanan perbankan, juga mencakup penjaminan polis asuransi. KDIC berperan dalam melindungi pemegang polis dari risiko kebangkrutan perusahaan asuransi dan memastikan stabilitas sistem keuangan. ***Otoritas Jasa Keuangan Indonesia (OJK) telah menjalin kerja sama dengan KDIC untuk memperkuat pengawasan dan pengembangan sektor asuransi di Indonesia***.

Italia

Italia memiliki Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, yang awalnya didirikan untuk memberikan kompensasi kepada korban kecelakaan lalu lintas yang disebabkan oleh kendaraan tanpa asuransi atau yang tidak teridentifikasi. Meskipun ***fokus utamanya bukan pada penjaminan polis asuransi secara umum, namun dalam beberapa kasus, dana ini dapat berperan dalam memberikan perlindungan kepada konsumen asuransi tertentu.***

Jerman

Di Jerman, ***Protektor Lebensversicherungs-AG didirikan sebagai perusahaan penjaminan untuk industri asuransi jiwa***. Protektor berfungsi mengambil alih portofolio polis dari perusahaan asuransi jiwa yang mengalami kebangkrutan, memastikan bahwa pemegang polis tetap menerima manfaat sesuai kontrak mereka.

Singapura

Singapura memiliki *Policy Owners' Protection Scheme* (PPF *Scheme*) yang dikelola oleh Singapore Deposit Insurance Corporation (SDIC). Skema ini memberikan perlindungan kepada pemegang polis asuransi jiwa dan umum jika perusahaan asuransi mengalami kegagalan. ***PPF Scheme menjamin hingga 100% dari klaim yang memenuhi syarat, dengan batas tertentu yang ditetapkan untuk berbagai jenis polis.***

Tiongkok

Tiongkok mengoperasikan *China Insurance Security Fund* (CISF) yang didirikan untuk menjaga stabilitas industri asuransi dan melindungi kepentingan pemegang polis. CISF dapat digunakan untuk mendukung perusahaan asuransi yang mengalami kesulitan keuangan atau untuk mengkompensasi pemegang polis dalam kasus kebangkrutan perusahaan asuransi.

India

India memiliki *Insurance Regulatory and Development Authority of India* (IRDAI) yang mengawasi industri asuransi dan memastikan perlindungan konsumen. ***Meskipun tidak ada skema penjaminan polis yang spesifik***, IRDAI menetapkan peraturan ketat mengenai solvabilitas dan praktik perusahaan asuransi untuk melindungi pemegang polis dari risiko kebangkrutan perusahaan asuransi.

Israel

Israel tidak memiliki skema penjaminan polis asuransi yang spesifik. Namun, *Commissioner of Insurance* di bawah Kementerian Keuangan mengawasi industri asuransi dan dapat

mengambil tindakan terhadap perusahaan asuransi yang tidak memenuhi kewajiban mereka, termasuk dalam kasus praktik buruk (*bad faith*) yang dapat dibuktikan di pengadilan.

Perlu dicatat bahwa batasan kompensasi dan cakupan perlindungan bervariasi di setiap negara dan seringkali bergantung pada jenis polis serta regulasi yang berlaku. Informasi spesifik mengenai limit penggantian dapat diperoleh melalui otoritas asuransi atau lembaga penjaminan masing-masing negara.

23.5 Program Penjaminan Polis (PPP) oleh LPS: Sebuah Solusi atau Beban Baru bagi Industri Asuransi?

Perlindungan konsumen dalam industri asuransi adalah elemen fundamental dalam menjaga stabilitas sektor keuangan dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi. Dengan berulangnya kasus gagal bayar perusahaan asuransi dalam beberapa tahun terakhir, muncul kebutuhan untuk membentuk mekanisme perlindungan bagi pemegang polis, terutama dalam kondisi likuidasi perusahaan asuransi.

Indonesia akhirnya mengambil langkah besar dengan menunjuk Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) sebagai penyelenggara Program Penjaminan Polis (PPP). Namun, seiring dengan kebijakan ini, muncul berbagai pertanyaan kritis terkait keadilan skema ini bagi industri asuransi, cakupan perlindungan yang diberikan, mekanisme pembiayaan, serta transparansi dalam pengelolaan dana penjaminan.

Apakah PPP LPS benar-benar solusi yang tepat bagi perlindungan pemegang polis? Ataukah justru menjadi beban

tambahan bagi industri yang dapat menyebabkan premi asuransi naik secara tidak wajar?

Sumber Pendanaan PPP LPS: Siapa yang Menanggung Beban Sesungguhnya?

Sebagai lembaga penjamin, LPS membutuhkan dana operasional serta cadangan dana yang cukup besar untuk dapat menjalankan fungsi penjaminan polis secara efektif. Namun, dari mana sumber dana ini berasal? Jawabannya adalah dari industri perasuransian, yang artinya beban ini pada akhirnya akan diteruskan kepada pemegang polis melalui kenaikan premi.

Di sinilah letak permasalahan pertama:

- Jika pembiayaan PPP LPS didasarkan pada aset perusahaan asuransi, maka perusahaan dengan aset besar tetapi memiliki risiko rendah akan dikenakan biaya yang tidak proporsional. Tidak adil.
- Jika didasarkan pada total premi yang diterima perusahaan, maka perusahaan dengan volume bisnis tinggi, tetapi memiliki rasio klaim rendah, juga akan terkena beban yang tidak adil.
- Jika tarif iuran ditetapkan secara flat untuk semua perusahaan asuransi, maka akan terjadi subsidi silang yang tidak masuk akal, di mana perusahaan yang sehat ikut menanggung perusahaan yang bermasalah.

Dari skema-skema ini, yang paling adil adalah menerapkan sistem berbasis risiko, di mana perusahaan dengan loss ratio tinggi membayar lebih banyak dibandingkan perusahaan dengan loss ratio rendah. Namun, apakah skema seperti ini yang akan diterapkan? Ataukah justru *flat rate fee* yang malah semakin membebani perusahaan asuransi yang sehat?

Apa Saja Polis yang Dijamin oleh PPP LPS?

Dalam sistem penjaminan polis, tidak semua jenis polis asuransi bisa diperlakukan sama. Ini karena setiap produk asuransi memiliki karakteristik dan jangka waktu yang berbeda-beda. Oleh karena itu, pertanyaan penting adalah:

- Apakah semua jenis polis akan dijamin?
  Jika ya, maka beban pendanaan yang dibutuhkan akan sangat besar, dan premi yang harus dibayarkan oleh perusahaan asuransi kepada LPS akan melonjak tinggi. **Aplikasi ini tidak benar dan terlihat kurang cerdas.**
- Apakah hanya polis tertentu yang dijamin? Jika demikian, polis apa saja yang masuk dalam cakupan perlindungan? Harus dilakukan penelitian secara cermat dan detail. **Bila tidak, akan terlihat kurang cerdas, lagi.**
- Asuransi Kendaraan Bermotor? Apa yang mau dijamin? Nilai klaim? Premi asuransi? (**Kurang cerdas, lagi).**
- Asuransi Kebakaran? Ditto (**kurang cerdas, lagi**).
- Asuransi Pengangkutan Barang yang berdurasi pendek? Jangan dimasukkan dalam perhitungan premi PPP, akan terlihat **kurang cerdas, lagi**.
- Asuransi Jiwa Berjangka (*Term Life*) pembayaran premi setiap tahun? Bisa.
- Asuransi Seumur Hidup (*Whole Life*) yang preminya hanya dibayar 3 tahun? Sangat bisa.
- Asuransi Dwiguna? Sangat bisa.
- Asuransi *Unit Link*? Sangat bisa.

Jika hanya polis tertentu yang dijamin, maka perlu ada kejelasan mengapa hanya polis-polis tersebut yang mendapatkan perlindungan, dan mengapa perusahaan asuransi harus membayar untuk sesuatu yang tidak mencakup seluruh produknya.

Selain itu, perlu ada kejelasan mengenai skema penggantian yang diberikan oleh PPP LPS:

- Apakah PPP LPS akan membayar nilai klaim yang tidak bisa dibayar oleh perusahaan asuransi (asuransi jiwa dan umum)?
- Ataukah hanya menjamin nilai tunai/investasi dan atau premi asuransi yang telah dibayarkan, dari polis-polis asuransi jiwa?
- Ataukah hanya pengembalian premi untuk kontrak asuransi umum yang belum berjalan?

Jika PPP LPS hanya mengganti nilai tunai/investasi, maka kebijakan ini tidak akan memberikan perlindungan penuh bagi pemegang polis dan tidak adil bagi konsumen (tertanggung) perusahaan asuransi umum yang polisnya tidak memiliki nilai tunai, dan justru menimbulkan ketidakpastian hukum bagi konsumen asuransi.

Seandainya, dan sebaiknya PPP LPS hanya memberikan perlindungan nilai tunai/investasi, maka perusahaan asuransi umum tidak perlu dimasukkan dalam program ini. Cukup perusahaan asuransi jiwa yang memiliki nilai tunai. Jenis asuransi *Term Life* tidak masuk dalam skema ini.

Transparansi Dana dan Pengawasan PPP LPS

LPS bukan lembaga komersial, melainkan Lembaga Independen Negara. Oleh karena itu, pengelolaan dana yang dikumpulkan dari industri perasuransian harus dilakukan secara transparan dan dapat diaudit secara publik.

Beberapa pertanyaan krusial yang perlu dijawab:

1. Siapa yang mengawasi penggunaan dana PPP LPS?
2. Diawasi oleh Dewan Perwakilan Rakyat? Penulis senyum sinis, sambil garuk kepala yang tidak gatal.

3. Bagaimana mekanisme audit terhadap pengelolaan dana?
4. Apakah laporan keuangan PPP LPS akan dipublikasikan secara berkala kepada industri dan masyarakat?
5. Berapa persen dana yang akan dialokasikan untuk biaya operasional LPS?

Jika LPS benar-benar bertujuan melindungi kepentingan publik, maka seluruh aliran dana harus terbuka dan diawasi oleh lembaga independen dan dilaporkan kepada masyarakat (khususnya tertanggung, yang membayar premi lebih mahal kepada perusahaan asuransi) agar tidak ada moral hazard dalam pengelolaannya.

Ruang Lingkup Perlindungan: Apakah Hanya Berlaku Jika Izin Dicabut?

Salah satu kritik terbesar terhadap PPP LPS adalah bahwa perlindungan hanya berlaku jika perusahaan asuransi dicabut izinnya oleh OJK.

Namun, dalam banyak kasus gagal bayar di industri asuransi, pencabutan izin usaha sering kali terjadi bertahun-tahun setelah masalah mulai muncul. Contoh nyata adalah Jiwasraya, yang sejak lama mengalami kesulitan keuangan, tetapi baru dicabut izinnya setelah menimbulkan kerugian besar bagi pemegang polis.

Jika PPP LPS hanya berfungsi setelah izin dicabut, maka efektivitasnya dalam melindungi pemegang polis menjadi dipertanyakan. Haruskah pemegang polis menunggu bertahun-tahun sampai izin perusahaan benar-benar dicabut sebelum mendapatkan kompensasi?

Untuk benar-benar efektif, PPP LPS seharusnya juga memberikan perlindungan dalam kasus-kasus di mana

perusahaan asuransi terbukti melakukan “bad faith” dalam pembayaran klaim, tanpa harus menunggu pencabutan izin usaha oleh OJK.

Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Skema pembiayaan PPP LPS harus berbasis risiko (portofolio dan jenis polis asuransi, pengalaman perusahaan dan kualifikasi manajemen), bukan hanya berdasarkan aset atau total premi perusahaan asuransi.
2. Jenis polis yang masuk skema penjaminan, apakah hanya polis bernilai tunai?
3. Cakupan jaminan polis, apakah hanya perusahaan asuransi yang dicabut izinnya?
4. Cakupan polis yang dijamin harus diperjelas, agar tidak membebani perusahaan asuransi dengan iuran yang tidak adil.
5. Pengelolaan dana PPP LPS harus transparan dan diawasi oleh lembaga independen, dengan laporan keuangan yang dipublikasikan secara berkala.
6. PPP LPS tidak boleh hanya berlaku setelah izin perusahaan dicabut, tetapi juga dalam kasus di mana perusahaan terbukti melakukan ***bad faith*** terhadap pemegang polis.
7. OJK harus turut serta memastikan bahwa PPP LPS benar-benar memberikan manfaat nyata bagi pemegang polis, bukan hanya menjadi beban tambahan bagi industri.

23.6 Apakah PPP LPS Akan Efektif? Risiko dan Tantangan yang Mengancam

Program Penjaminan Polis (PPP) oleh LPS diharapkan dapat memberikan perlindungan bagi pemegang polis dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi. Namun, seberapa efektif kebijakan ini dalam praktiknya?

Sebelum industri asuransi menerima skema ini, perlu dilakukan kajian kritis terkait efektivitas, risiko, biaya, serta potensi penyalahgunaan dana PPP LPS. Ada kemungkinan bahwa PPP LPS justru tidak berjalan efektif, atau bahkan menjadi beban yang tidak seimbang bagi industri asuransi.

Risiko PPP LPS Tidak Berjalan Efektif

PPP LPS memiliki beberapa risiko utama yang dapat menyebabkan kegagalan atau ketidakefektifan dalam implementasi, di antaranya:

A. Beban Iuran yang Lebih Mahal dari Klaim yang Dibayarkan

PPP LPS akan mengumpulkan iuran dari industri asuransi. Namun, pertanyaannya: apakah dana yang dikumpulkan dari perusahaan asuransi lebih besar dari total klaim yang dibayarkan kepada pemegang polis?

- Jika dalam periode tertentu *loss ratio* rendah, maka akan terjadi ketidakseimbangan di mana perusahaan asuransi membayar premi penjaminan yang besar tetapi klaim yang dibayarkan sangat kecil.
- Hal ini bisa menyebabkan biaya penjaminan menjadi beban berlebihan bagi industri, yang berujung pada kenaikan premi asuransi bagi konsumen.

Apakah skema ini sudah memperhitungkan keadilan dan keseimbangan antara premi yang dibayarkan industri dengan manfaat yang diterima pemegang polis?

B. Biaya Operasional PPP LPS Lebih Mahal daripada Klaim yang Dibayarkan

PPP LPS akan membutuhkan struktur organisasi, kantor, pegawai, sistem IT, audit, serta berbagai pengeluaran operasional lainnya. Jika tidak dikontrol dengan ketat, biaya operasional PPP LPS bisa jauh lebih besar dibandingkan klaim yang benar-benar dibayarkan.

- Apakah PPP LPS akan menjadi lembaga birokratis yang boros?
- Siapa yang mengawasi agar dana iuran industri tidak habis untuk biaya operasional yang tidak efisien?
- Bagaimana memastikan bahwa PPP LPS tidak menjadi lembaga yang hanya menyerap dana industri tanpa memberikan manfaat yang sepadan?

C. Kenaikan Premi PPP LPS yang Tidak Wajar Meskipun *Loss Ratio* Rendah

Dalam sistem asuransi, premi yang dibayarkan seharusnya mencerminkan risiko klaim yang akan terjadi. Namun, jika PPP LPS terus menaikkan premi penjaminan meskipun *loss ratio* rendah, maka akan muncul ketidakadilan bagi perusahaan asuransi yang sehat.

- Jika premi PPP LPS terus meningkat setiap tahun tanpa dasar yang jelas, maka perusahaan asuransi akan mencari alternatif lain yang lebih efisien, misalnya membentuk reasuransi sendiri.

- Apakah ada mekanisme yang membatasi agar PPP LPS tidak menaikkan tarif secara sewenang-wenang?

D. Penyalahgunaan Dana oleh PPP LPS

Sebagai lembaga yang mengelola dana besar, PPP LPS harus diawasi ketat agar tidak terjadi penyalahgunaan dana. Bagaimana jika dana yang dikumpulkan justru digunakan untuk kepentingan di luar tujuan awalnya, seperti kemewahan operasional?

- Apakah ada mekanisme audit independen yang mengawasi penggunaan dana PPP LPS?
- Siapa yang berhak melakukan audit dan apakah laporan keuangan PPP LPS harus dipublikasikan ke industri dan masyarakat luas secara terbuka?
- Apakah yang melakukan audit dari lembaga pemerintah atau asosiasi perasuransian yang dapat menunjuk siapa auditor yang melakukan audit ini?

E. Alternatif: Apakah Industri Asuransi Bisa Membangun Sistem Reasuransi Sendiri?

Jika PPP LPS tidak memberikan manfaat yang sepadan dengan biaya yang harus ditanggung industri, maka bukan tidak mungkin perusahaan asuransi akan mencari alternatif lain yang lebih bermanfaat, konstruktif, transparan dan relevan dengan risiko yang dijamin (*risk based*).

Salah satu kemungkinan adalah industri asuransi membentuk konsorsium reasuransi sendiri sebagai pengganti PPP LPS.

- Apakah industri asuransi boleh membentuk mekanisme penjaminan mandiri yang lebih fleksibel dan efisien? Semestinya regulator mendorong ini sebagai sebuah alternatif yang ekonomis dan realistis.

- Jika PPP LPS terbukti tidak efisien dan membebani industri secara berlebihan, apakah regulasi memungkinkan industri asuransi untuk menarik diri dan membentuk mekanisme sendiri? Selayaknya pemerintah dan regulator bukan menjadi "tuan" atas sebuah industri yang memiliki opsi lebih efektif dan efisien, sehingga memperkenankan industri tersebut bertumbuh secara mandiri.
- Selayaknya regulasi tidak mempertahankan sebuah kebijakan yang ternyata kurang bermanfaat bagi masyarakat dan industri, dan pembuat kebijakan harus menyadari ini dengan merubah segera regulasi yang tidak pro industri dan masyarakat.

Hal ini perlu dikaji lebih dalam agar perusahaan asuransi tidak terjebak dalam sistem yang merugikan mereka sendiri dan membebani masyarakat (tertanggung).

F. Peran Asosiasi Perasuransian dalam Mengawasi PPP LPS

Untuk memastikan bahwa PPP LPS tidak menjadi beban yang tidak perlu bagi industri, maka asosiasi perasuransian harus berperan aktif dalam mengawasi skema ini, dan semestinya regulasi memperkenankan ini. Karena industri yang membayar seluruh biaya operasional PPP LPS, maka sangat layak dan pantas, PPP LPS menyampaikan segala sesuatunya terkait dengan industri dan masyarakat pemegang polis/tertanggung.

Beberapa langkah yang dapat dilakukan industri dan asosiasi perasuransian:

1. Menuntut transparansi dalam pengelolaan dana PPP LPS
   Seluruh laporan keuangan harus diaudit secara independen dan dipublikasikan ke industri.
2. Mendorong mekanisme penyesuaian premi yang adil

- Premi PPP LPS harus dibedakan antara asuransi jiwa dan asuransi umum.
- Premi harus berbasis risiko dan kualitas manajemen perusahaan asuransi, bukan hanya faktor aset atau total premi yang dikumpulkan.

3. Memastikan skema penjaminan memberikan manfaat yang nyata

   Jangan sampai PPP LPS hanya menjadi beban tambahan tanpa memberikan perlindungan yang benar-benar efektif bagi pemegang polis.

4. Mengadvokasi agar ada opsi bagi industri untuk membentuk mekanisme alternatif jika PPP LPS terbukti tidak efektif

G. Apa yang Harus Dilakukan dan Tidak Boleh Dilakukan oleh PPP LPS?

Yang Harus Dilakukan oleh PPP LPS:

- Menjamin keadilan dalam skema pembiayaan bagi perusahaan asuransi (*risk based*).
- Menggunakan dana secara efisien, dengan transparansi penuh kepada publik dan industri.
- Memastikan klaim dibayarkan tepat waktu dan sesuai ketentuan, agar pemegang polis benar-benar mendapatkan manfaat.
- Berkolaborasi dengan OJK dan asosiasi industri (AAUI & AAJI) dalam merancang regulasi yang adil dan efisien.

Yang Tidak Boleh Dilakukan oleh PPP LPS:

- Membebani perusahaan asuransi dengan premi yang tidak masuk akal tanpa dasar yang jelas.
- Menggunakan dana untuk kepentingan lain di luar tujuan utama, seperti fasilitas mewah atau pengeluaran yang tidak relevan.

- Bersikap tertutup terhadap audit dan pengawasan dari industri asuransi serta lembaga independen.
- Menunda pencairan klaim yang seharusnya dijamin, sehingga merugikan pemegang polis.

23.7 Apakah PPP LPS Solusi atau Beban?

Awalnya Memiliki Tujuan Mulia

PPP LPS memiliki tujuan yang baik, tetapi implementasinya harus dirancang dengan cermat agar tidak menjadi beban yang merugikan industri dan pemegang polis.

- Jika PPP LPS tidak dikelola dengan baik, maka bisa menjadi lebih mahal daripada manfaat yang diberikan.
- Industri asuransi dan asosiasi perasuransian harus proaktif dalam mengawasi dan memastikan bahwa PPP LPS berjalan sesuai dengan kepentingan semua pihak.
- Jika dalam praktiknya PPP LPS hanya menjadi beban tambahan tanpa perlindungan yang nyata, maka perusahaan asuransi harus mempertimbangkan alternatif lain, seperti membentuk mekanisme reasuransi sendiri dan atau pool mandiri.
- Penarikan dan penggunaan dana oleh PPP LPS harus diaudit dan dilaporkan kepada publik sebagai bukti langkah dan komitmen *Good Corporate Governance* (GCG) dari lembaga ini.

Program Penjaminan Polis (PPP) di berbagai negara telah dibentuk untuk melindungi pemegang polis dari risiko kegagalan perusahaan asuransi. Meskipun banyak yang berhasil, beberapa menghadapi tantangan signifikan yang hampir menyebabkan kegagalan.

Berikut adalah beberapa contoh:

Financial Services Compensation Scheme (FSCS) di Inggris

FSCS didirikan untuk menangani kasus kepailitan perusahaan asuransi. Pada tahun 2007, FSCS menangani 25 kasus insolvency perusahaan asuransi non-jiwa dan dua perusahaan asuransi jiwa. Dalam periode 2002 hingga 2007, FSCS membayar klaim hingga €783 juta kepada pemegang polis. Tantangan utama yang dihadapi FSCS adalah besarnya jumlah klaim yang harus dibayarkan dalam waktu singkat, yang dapat membebani sumber daya finansial lembaga tersebut.

Fonds de Garantie des Assurances Obligatoires (FGAO) di Prancis

FGAO dibentuk pada tahun 2003 untuk menangani lima kasus kepailitan perusahaan asuransi umum, termasuk asuransi kendaraan bermotor dan liabilitas konstruksi. Salah satu kasus terbesar yang ditangani adalah kepailitan International Claims Services SA pada tahun 1999, dengan biaya pertanggungan melebihi €10 juta. Total kompensasi yang dibayarkan FGAO hingga akhir 2006 mencapai €20,3 juta untuk 884 klaim. Tantangan yang dihadapi FGAO termasuk mengelola dana yang cukup untuk menutupi klaim besar dan memastikan proses klaim berjalan efisien.

National Organization of Life and Health Insurance Guaranty Association (NOLHGA) di Amerika Serikat

NOLHGA didirikan pada tahun 1983 untuk menangani kasus kepailitan perusahaan asuransi jiwa dan kesehatan. Hingga tahun 2006, NOLHGA telah memberikan kompensasi kepada

lebih dari 2,2 juta pemegang polis dalam lebih dari 60 kasus kepailitan, menjamin manfaat pertanggungan senilai $21,2 miliar dan menyumbang $4,4 miliar untuk memastikan pemegang polis menerima manfaat mereka. Tantangan utama NOLHGA adalah mengelola transfer polis dari perusahaan yang bangkrut ke perusahaan yang sehat secara finansial dan memastikan klaim terutang dibayarkan tepat waktu.

Korea Deposit Insurance Corporation (KDIC) di Korea Selatan

KDIC didirikan pada tahun 1996 dan diperluas perannya setelah krisis keuangan Asia 1997 untuk mendukung restrukturisasi keuangan, termasuk menjalankan skema penjaminan asuransi. Antara 1998 hingga 2012, KDIC menyelesaikan kasus kepailitan dari 15 perusahaan asuransi jiwa dan 5 perusahaan asuransi non-jiwa, dengan total injeksi dana publik sebesar $17,6 miliar. Tantangan yang dihadapi KDIC termasuk mengelola jumlah besar perusahaan asuransi yang bangkrut secara bersamaan dan memastikan stabilitas sistem keuangan nasional.

Penyebab utama tantangan yang dihadapi oleh program penjaminan polis di berbagai negara meliputi:

1. Beban Finansial yang Besar: Jumlah klaim yang signifikan dalam waktu singkat dapat membebani sumber daya finansial lembaga penjamin.
2. Krisis Keuangan: Krisis ekonomi dapat meningkatkan jumlah perusahaan asuransi yang bangkrut, sehingga meningkatkan beban pada program penjaminan.
3. Pengelolaan Dana yang Kompleks: Menjamin transfer polis dan pembayaran klaim secara efisien memerlukan manajemen yang efektif dan transparan.

Pengalaman ini menunjukkan pentingnya perencanaan yang matang, pengelolaan risiko yang efektif, dan transparansi dalam operasional untuk memastikan keberhasilan program penjaminan polis dan perlindungan optimal bagi pemegang polis.



23.8 Harapan Pembentukan Program Penjaminan Polis LPS

Sebagai Wujud Tanggung Jawab Moral dan Profesional kepada Tuhan dan Masyarakat Pemegang Polis

Program Penjaminan Polis (PPP) yang tengah disiapkan oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) merupakan langkah strategis dalam memperkuat perlindungan konsumen di industri asuransi. Lebih dari sekadar kewajiban perundang-undangan, pembentukan program ini mencerminkan pertanggungjawaban

moral dan profesional yang luhur, baik kepada Tuhan Yang Maha Esa maupun kepada masyarakat luas, khususnya pemegang polis. Amanah besar ini harus dijalankan dengan penuh integritas, kesungguhan, serta kesadaran akan dampaknya terhadap stabilitas ekonomi nasional.

Memulihkan dan Memperkuat Kepercayaan Masyarakat

Dalam beberapa waktu terakhir, kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi sempat mengalami tantangan berat akibat sejumlah kasus gagal bayar yang mencuat ke permukaan. Keberadaan PPP diharapkan mampu memulihkan kepercayaan tersebut dengan memberikan jaminan bahwa hak-hak pemegang polis akan tetap terlindungi, meskipun perusahaan asuransi mengalami kesulitan keuangan. Dengan demikian, masyarakat akan kembali merasa aman untuk memanfaatkan produk asuransi sebagai instrumen perlindungan masa depan.

Perlindungan Sebagai Pilar Kesejahteraan Masyarakat

PPP LPS juga diharapkan berfungsi sebagai jaring pengaman terakhir (*safety net*) yang memastikan perlindungan bagi pemegang polis dalam kondisi terburuk sekalipun. Program ini memberikan rasa aman dan kepastian hukum bagi masyarakat, sekaligus menjadi perwujudan nyata dari kehadiran negara dalam melindungi kepentingan warganya. Dengan adanya penjaminan ini, masyarakat tidak lagi merasa berjalan sendiri dalam menghadapi risiko finansial akibat kegagalan perusahaan asuransi.

Mendorong Tata Kelola yang Lebih Baik di Industri Asuransi

Selain melindungi masyarakat, PPP juga diharapkan dapat mendorong penerapan tata kelola perusahaan yang lebih baik dalam industri asuransi. Dengan adanya program penjaminan, perusahaan asuransi akan terdorong untuk meningkatkan disiplin keuangan dan kehati-hatian dalam pengelolaan dana nasabah. LPS, melalui pengawasan dan kebijakan penjaminan yang diterapkan, memiliki peran penting dalam menciptakan ekosistem asuransi yang lebih sehat dan berkelanjutan. LPS harusnya memiliki para profesional yang berpengalaman dan memahami cara kerja dan proses administrasi sebuah perusahaan asuransi, agar mampu mendeteksi dan mengawasi perusahaan asuransi secara efektif dan efisien.

Pertanggungjawaban Moral sebagai Amanah Ilahi

Penjaminan polis bukan semata-mata urusan bisnis atau regulasi, melainkan juga wujud dari tanggung jawab moral kepada Tuhan Yang Maha Esa. Dana yang dipercayakan oleh pemegang polis sejatinya adalah amanah yang harus dijaga dengan sungguh-sungguh. Oleh karena itu, dalam setiap kebijakan dan implementasi PPP, nilai-nilai moralitas harus senantiasa menjadi pedoman, sehingga LPS dapat menjalankan fungsinya dengan penuh keikhlasan dan integritas.

Profesionalisme dalam Membangun Standar Penjaminan

Secara profesional, PPP LPS diharapkan mampu menciptakan standar penjaminan polis yang kredibel, transparan, dan akuntabel. Standar ini tidak hanya akan meningkatkan kepercayaan domestik, tetapi juga dapat menjadi referensi

bagi negara lain dalam membangun sistem penjaminan polis mereka. Dengan demikian, LPS berpotensi menjadi pionir dalam pengembangan kebijakan perlindungan konsumen di sektor asuransi pada tingkat regional maupun global.

Adaptabilitas dan Inovasi untuk Masa Depan

Industri asuransi terus berkembang dengan produk-produk yang semakin kompleks dan beragam. Maka dari itu, PPP perlu dirancang dengan prinsip adaptabilitas agar mampu menyesuaikan diri dengan dinamika pasar dan kebutuhan masyarakat. Inovasi dalam mekanisme penjaminan, baik dalam hal teknologi maupun kebijakan, akan menjadi kunci keberhasilan program ini dalam jangka panjang.

Kolaborasi untuk Keberhasilan Bersama

Keberhasilan PPP tidak dapat dicapai secara sepihak. Dibutuhkan kolaborasi erat antara pemerintah, regulator, pelaku industri, asosiasi, akademisi, dan masyarakat sebagai pemegang kepentingan utama. Partisipasi aktif dari seluruh elemen ini akan menciptakan sinergi yang kuat dalam membangun kepercayaan publik dan menciptakan sistem perlindungan yang efektif.

Prinsip Transparansi, Keadilan, dan Akuntabilitas

Dalam setiap langkahnya, LPS harus senantiasa memegang teguh prinsip transparansi, keadilan, dan akuntabilitas. Ketiga prinsip ini merupakan fondasi penting untuk menjaga kepercayaan masyarakat. Proses sosialisasi program, penetapan manfaat penjaminan, hingga penyelesaian klaim harus dilakukan secara terbuka dan dapat dipertanggungjawabkan, sehingga masyarakat merasa dilibatkan dan terlindungi secara adil.

Penutup: Menuju Industri Asuransi yang Tangguh dan Berintegritas

Dengan berbagai harapan yang melekat, PPP LPS diharapkan menjadi mercusuar perlindungan bagi pemegang polis asuransi di Indonesia. Program ini adalah perwujudan komitmen negara dalam melindungi kesejahteraan rakyat dan mewujudkan industri asuransi yang tangguh, sehat, serta berintegritas tinggi. Semoga LPS senantiasa diberkahi kekuatan dan kebijaksanaan dalam mengemban amanah mulia ini, sehingga dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat dan bangsa.

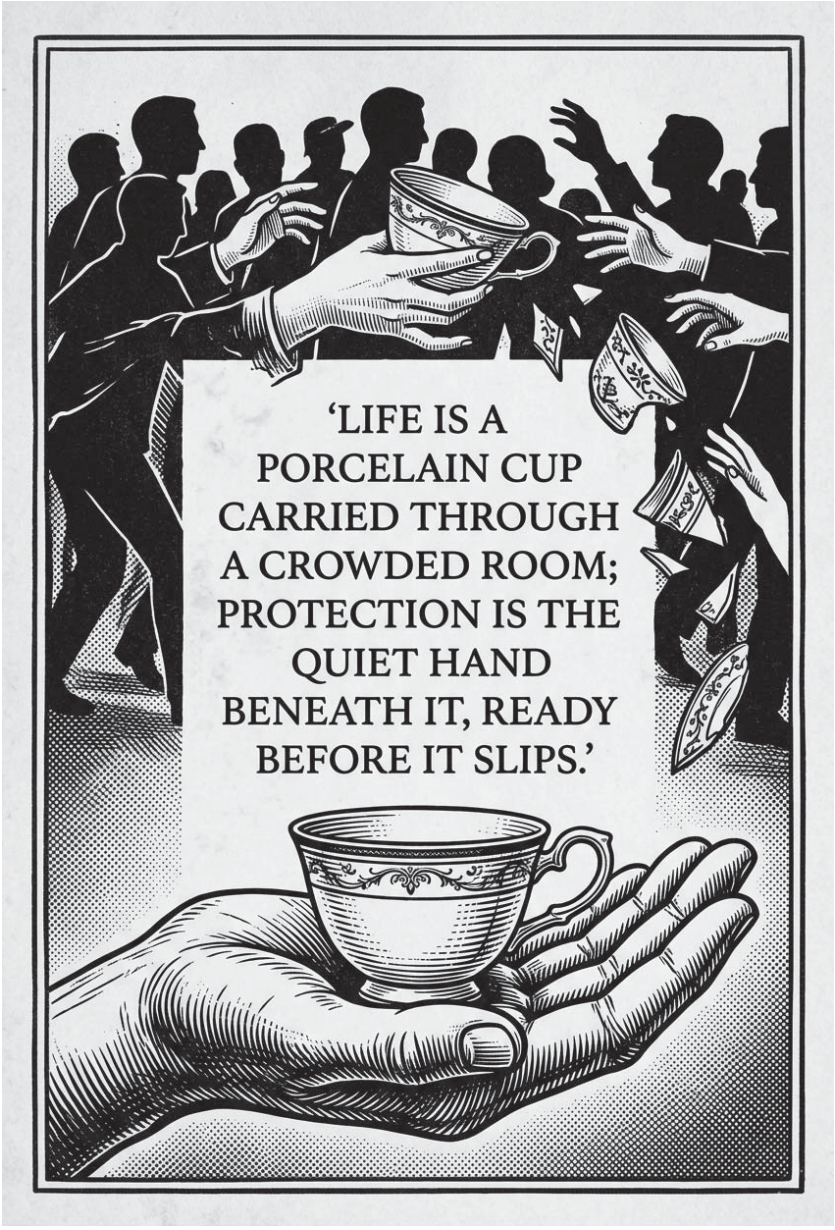

Jas
MERAH
"Jangan sekali-kali
meninggalkan sejarah"


Referensi Bagi Keluarga Bijak
ASURANSI
UNTUK ORANG BIASA
Penulis: Freddy Pieloor
GURU
ASURANSI

BAB
24

PERLINDUNGAN KONSUMEN




‘LIFE IS A
PORCELAIN CUP
CARRIED THROUGH
A CROWDED ROOM;
PROTECTION IS THE
QUIET HAND
BENEATH IT, READY
BEFORE IT SLIPS.’

24.1 Pengantar

Dalam industri perasuransian, konsumen memiliki peran yang sangat sentral sebagai pemegang polis sekaligus penerima manfaat perlindungan atas risiko yang mereka hadapi. Namun, ketidakseimbangan informasi antara perusahaan asuransi dan konsumen sering kali menempatkan konsumen pada posisi yang lebih rentan terhadap berbagai penyalahgunaan maupun kesalahpahaman mengenai hak dan kewajibannya. Oleh karena itu, perlindungan konsumen dalam asuransi merupakan isu penting yang memerlukan perhatian serius dari regulator, industri perasuransian, perusahaan asuransi, serta lembaganya agar hak-hak konsumen tetap terlindungi dan terjamin dengan baik (Rejda & McNamara, 2017).

Perlindungan konsumen mencakup berbagai aspek, mulai dari transparansi informasi produk asuransi, perlakuan yang adil dalam proses underwriting dan klaim, sampai penanganan keluhan konsumen yang efektif. Menurut Vaughan & Vaughan (2014), perlindungan konsumen yang efektif tidak hanya bermanfaat bagi pemegang polis, tetapi juga bagi industri perasuransian secara keseluruhan, karena dapat meningkatkan kepercayaan publik terhadap produk dan layanan asuransi yang ditawarkan.

Berbagai negara telah menerapkan regulasi khusus mengenai perlindungan konsumen, termasuk di Indonesia yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen serta Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. Regulasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa konsumen mendapatkan informasi yang jelas, jujur, dan adil terkait produk dan layanan yang mereka

beli, serta memiliki akses yang mudah untuk menyampaikan keluhan dan memperoleh penyelesaian atas permasalahan yang dihadapi.

Dalam Bab 24 ini, pembaca akan diajak untuk memahami lebih dalam mengenai konsep, prinsip, regulasi, serta penerapan perlindungan konsumen dalam konteks industri perasuransian. Dengan pemahaman yang baik mengenai hak-hak dan kewajiban konsumen serta mekanisme perlindungan yang tersedia, diharapkan konsumen dapat lebih terlindungi dari risiko kesalahpahaman atau pelanggaran yang mungkin terjadi dalam hubungan mereka dengan perusahaan asuransi (Dorfman, 2012).

24.2 Tujuan dan Manfaat Perlindungan Konsumen

Perlindungan konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum, informasi yang transparan, serta perlakuan yang adil bagi konsumen dalam setiap transaksi ekonomi, termasuk dalam konteks asuransi. Menurut Vaughan & Vaughan (2014), tujuan utama perlindungan konsumen adalah untuk menciptakan pasar yang adil, seimbang, dan efisien, di mana hak-hak konsumen dapat terpenuhi secara maksimal, serta untuk menghindari berbagai praktik yang merugikan konsumen akibat ketidakseimbangan informasi maupun kekuatan negosiasi antara pelaku usaha dan konsumen.

A. Tujuan Perlindungan Konsumen

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, tujuan utama dari perlindungan konsumen adalah sebagai berikut:

1. **Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan konsumen** terhadap hak-hak dan kewajibannya, agar konsumen dapat membuat keputusan yang bijaksana dalam memilih produk atau jasa asuransi.
2. **Meningkatkan tanggung jawab pelaku usaha**, dalam hal ini perusahaan asuransi, dalam menyediakan informasi yang jelas, transparan, serta akurat tentang produk dan layanan yang mereka tawarkan, sehingga mencegah terjadinya kesalahpahaman atau ketidakjelasan informasi yang merugikan konsumen.
3. **Menjamin perlakuan adil bagi konsumen**, memastikan bahwa setiap konsumen mendapatkan hak yang setara, tidak diskriminatif, serta bebas dari praktik yang merugikan seperti penipuan, manipulasi, atau praktik yang tidak etis dalam proses penjualan, underwriting, maupun klaim asuransi.
4. **Meningkatkan efisiensi pasar asuransi**, dengan menciptakan lingkungan pasar yang transparan dan kompetitif, sehingga konsumen memiliki banyak pilihan produk yang berkualitas dan terjangkau.
5. **Memberikan kepastian hukum dan perlindungan terhadap risiko kerugian konsumen**, melalui mekanisme penyelesaian sengketa yang jelas dan efektif, sehingga konsumen merasa aman dan terlindungi dalam melakukan transaksi dengan perusahaan asuransi.

B. Manfaat Perlindungan Konsumen

Perlindungan konsumen tidak hanya memberikan manfaat bagi konsumen, tetapi juga bagi pelaku usaha (perusahaan asuransi) dan pasar secara keseluruhan (industri). Menurut Rejda & McNamara (2017), manfaat utama perlindungan konsumen adalah sebagai berikut:

1. **Manfaat bagi Konsumen**
   - **Perlindungan dari risiko penipuan dan ketidakjelasan informasi.** Konsumen akan memperoleh informasi yang akurat dan lengkap mengenai produk asuransi beserta fitur-fiturnya, sehingga dapat mengambil keputusan secara tepat dan bijak.
   - **Jaminan hak konsumen untuk mendapatkan layanan yang adil.** Perlindungan konsumen memastikan bahwa hak-hak konsumen dijunjung tinggi, termasuk dalam hal pembayaran klaim, pelayanan keluhan, serta transparansi biaya atau premi.
   - **Adanya mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa yang jelas.** Konsumen memiliki akses terhadap proses pengaduan serta penyelesaian sengketa yang transparan, efektif, dan efisien, seperti melalui mediasi atau arbitrase.

2. **Manfaat bagi Perusahaan Asuransi**
   - **Meningkatkan reputasi dan kepercayaan konsumen terhadap perusahaan.** Dengan adanya perlindungan konsumen, perusahaan asuransi yang berlaku jujur dan transparan akan lebih dipercaya dan diminati oleh konsumen. Sehingga secara langsung maupun tidak langsung akan meningkatkan pertumbuhan pendapatan.
   - **Mengurangi risiko sengketa hukum.** Perusahaan yang menjalankan praktik bisnis sesuai prinsip perlindungan konsumen akan mengalami lebih sedikit sengketa hukum atau keluhan konsumen yang berpotensi merugikan secara finansial maupun reputasi.

- **Meningkatkan kepuasan konsumen.** Konsumen yang merasa terlindungi cenderung akan lebih loyal dan terus mempercayakan kebutuhan asuransinya kepada perusahaan yang memberikan perlindungan konsumen yang baik. Tentunya mereka tidak berkeberatan untuk memberikan referensi dan testimoni bagi perusahaan asuransi.

3. Manfaat bagi Pasar dan Industri Perasuransian

- **Mendorong terciptanya persaingan usaha yang sehat dan kompetitif.** Pasar yang dilandasi perlindungan konsumen yang kuat mendorong perusahaan asuransi untuk bersaing secara positif dalam meningkatkan kualitas layanan dan produk yang ditawarkan.
- **Meningkatkan stabilitas industri perasuransian secara keseluruhan.** Perlindungan konsumen memastikan bahwa industri perasuransian berjalan dalam lingkungan pasar yang sehat, sehingga kepercayaan publik terhadap industri ini semakin tinggi.
- **Mendorong inovasi produk dan layanan asuransi yang lebih berorientasi konsumen.** Persaingan yang sehat mendorong perusahaan asuransi untuk lebih kreatif dan inovatif dalam menciptakan produk asuransi yang benar-benar memenuhi kebutuhan konsumen.

C. Implikasi Praktis dari Perlindungan Konsumen di Industri Perasuransian

Secara praktis, perlindungan konsumen di industri perasuransian diwujudkan melalui berbagai bentuk implementasi, seperti:

- **Penyediaan informasi produk asuransi yang jelas dan akurat**, termasuk ketentuan polis, premi, cakupan risiko, pengecualian, hingga tata cara pengajuan klaim.
- **Adanya pengawasan ketat dari regulator** (Otoritas Jasa Keuangan), yang memastikan bahwa setiap perusahaan asuransi mematuhi regulasi tentang perlindungan konsumen, seperti POJK No. 36 tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi dan Perusahaan Reasuransi Syariah, dan POJK No. 22 tahun 2023 tentang Perlindungan Konsumen dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan.
- **Mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa yang efektif**, melalui layanan pengaduan internal perusahaan, Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS), mediasi oleh OJK, atau lembaga arbitrase independen (SEOJK No. 20/SEOJK.08/2025).

Dengan demikian, tujuan dan manfaat dari perlindungan konsumen dalam industri perasuransian sangatlah penting dan strategis, bukan hanya bagi konsumen itu sendiri tetapi juga bagi keberlangsungan usaha perusahaan asuransi dan stabilitas pasar secara umum. Perusahaan yang mampu menerapkan prinsip perlindungan konsumen secara konsisten tidak hanya melindungi kepentingan konsumen, tetapi juga menciptakan keunggulan kompetitif yang signifikan dalam jangka panjang dibandingkan pesaing.

24.3 Dasar Hukum Perlindungan Konsumen di Indonesia (termasuk Konsumen Asuransi)

Perlindungan konsumen di Indonesia memiliki dasar hukum yang kuat dan komprehensif, yang bertujuan memastikan hak-hak konsumen dalam berbagai aktivitas ekonomi, termasuk dalam industri perasuransian, terlindungi dengan baik. Menurut Vaughan & Vaughan (2014), perlindungan konsumen memerlukan regulasi yang jelas dan kuat untuk menjamin keseimbangan hubungan antara konsumen dengan pelaku usaha. Di Indonesia, terdapat beberapa regulasi pokok yang mengatur mengenai perlindungan konsumen secara umum maupun khusus dalam industri perasuransian.

A. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen merupakan regulasi dasar dan utama yang mengatur perlindungan konsumen secara umum di Indonesia. Undang-undang ini menjelaskan secara jelas mengenai hak dan kewajiban konsumen serta pelaku usaha, serta mekanisme penyelesaian sengketa konsumen. Namun UU ini sudah harus disempurnakan dan diperbaharui, mengingat perkembangan saat ini dimana produsen dan pedagang dapat menjual secara langsung kepada konsumen melalui *platform* digital seperti *marketplace* dan lain sebagainya. Dalam industri perasuransian dikenal pemasaran dan penjualan melalui insuretech.

Secara khusus, dalam UU ini diatur bahwa konsumen memiliki hak untuk:

- Mendapatkan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai produk yang dibelinya (termasuk polis asuransi).

- Mendapatkan perlindungan dari praktik usaha yang merugikan.
- Mendapatkan layanan yang baik, adil, dan non-diskriminatif.
- Mengajukan keluhan dan mendapat penyelesaian secara adil jika terjadi perselisihan dengan pelaku usaha.

Undang-Undang ini juga memberikan kewajiban bagi pelaku usaha, termasuk perusahaan asuransi, untuk memberikan informasi secara lengkap, jujur, dan jelas kepada konsumen, serta bertanggung jawab atas produk dan layanan yang mereka tawarkan.

B. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian

Dalam konteks industri perasuransian, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian menjadi regulasi yang secara khusus mengatur kegiatan usaha perasuransian termasuk perlindungan terhadap konsumen asuransi. Regulasi ini secara spesifik mengatur bahwa:

- Perusahaan asuransi wajib memberikan informasi yang akurat dan transparan kepada calon tertanggung mengenai polis asuransi yang ditawarkan.
- Perusahaan wajib memenuhi kewajibannya dalam membayar klaim secara tepat waktu sesuai isi polis.
- Otoritas Jasa Keuangan (OJK) bertanggung jawab untuk mengawasi aktivitas perusahaan asuransi dalam rangka menjamin perlindungan konsumen asuransi yang efektif dan optimal.

Undang-undang ini juga mengatur sanksi yang jelas bagi perusahaan asuransi yang melanggar ketentuan perlindungan konsumen, seperti denda, peringatan tertulis, bahkan pencabutan izin usaha.

C. POJK Nomor 23 Tahun 2023 tentang Perizinan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah

POJK Nomor 23 Tahun 2023 merupakan regulasi yang menggantikan dan memperbarui sejumlah ketentuan sebelumnya terkait izin usaha, kelembagaan, dan tata kelola perusahaan asuransi. Regulasi ini diterbitkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai upaya untuk memperkuat struktur permodalan, tata kelola, dan integritas penyelenggaraan usaha perasuransian di Indonesia. Walaupun fokus utamanya bukan secara langsung pada aspek perlindungan konsumen, POJK ini memiliki implikasi penting terhadap keamanan, keandalan, dan keberlanjutan layanan yang diterima konsumen asuransi.

Dalam Pasal 16 ayat (1), POJK ini mewajibkan setiap perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan entitas syariah sejenis untuk memperoleh izin usaha dari OJK sebelum melakukan kegiatan operasional. Ketentuan ini memastikan bahwa hanya perusahaan yang memenuhi persyaratan administratif, keuangan, dan manajerial tertentu yang diperbolehkan melayani masyarakat. Dari sisi konsumen, ketentuan ini menjadi bentuk perlindungan awal agar masyarakat bertransaksi dengan lembaga yang legal dan diawasi.

Selanjutnya, Pasal 12 ayat (1) menetapkan bahwa perusahaan asuransi wajib memiliki modal disetor minimum sesuai jenis usahanya. Tujuan kebijakan ini adalah menjamin ketahanan finansial perusahaan dalam menghadapi klaim, volatilitas pasar, dan potensi risiko keuangan lainnya. Dengan adanya standar modal yang kuat, kemampuan perusahaan untuk membayar klaim konsumen menjadi lebih terjamin, inilah bentuk perlindungan finansial tidak langsung terhadap pemegang polis.

Dalam Pasal 73, 76, 77, dan 78, diatur kewajiban perusahaan dalam menjaga tata kelola yang baik (*Good Corporate Governance*/GCG) melalui pembentukan organ-organ utama seperti dewan komisaris, direksi, serta pengendali internal dan eksternal yang memenuhi kualifikasi tertentu. Ketentuan ini dirancang agar setiap keputusan bisnis dan investasi perusahaan diawasi secara profesional, mengurangi risiko penyalahgunaan wewenang yang dapat merugikan konsumen.

Lebih lanjut, Pasal 95 sampai 99 mengatur tentang fungsi kepatuhan, audit internal, dan manajemen risiko. Perusahaan wajib memiliki sistem pengendalian intern yang memadai untuk mencegah kesalahan atau kecurangan dalam operasional. Dengan demikian, perlindungan konsumen dalam POJK ini bersifat preventif struktural, yaitu dengan memastikan perusahaan memiliki fondasi kelembagaan yang sehat sebelum melayani publik.

Dalam POJK 37 tahun 2024, OJK diberikan kewenangan untuk melakukan pengawasan, evaluasi, dan sanksi administratif kepada perusahaan yang melanggar ketentuan izin usaha, struktur kepemilikan, maupun modal minimum. Sanksi dapat berupa teguran tertulis, pembekuan kegiatan usaha, hingga pencabutan izin. Dari sudut pandang konsumen, mekanisme ini adalah bentuk perlindungan makro, mencegah perusahaan bermasalah tetap beroperasi dan menimbulkan kerugian lebih besar kepada masyarakat.

POJK 23 tahun 2023, pasal 20, 38, dan 39 mengatur tentang penggabungan, peleburan, dan pengalihan portofolio polis. OJK harus menyetujui setiap proses tersebut, dan perusahaan wajib menjamin bahwa hak-hak pemegang polis tetap dilindungi dalam proses restrukturisasi. Hal ini sangat penting agar nasabah tidak

kehilangan perlindungan saat terjadi perubahan kepemilikan atau pengalihan aset.

Meskipun POJK 23 tahun 2023 tidak secara eksplisit mengatur hak-hak konsumen seperti dalam POJK Perlindungan Konsumen, namun dengan memperkuat struktur permodalan, tata kelola, dan pengawasan, regulasi ini memberikan perlindungan tidak langsung kepada konsumen. Artinya, bila perusahaan kuat dan dikelola dengan baik, maka risiko gagal bayar klaim, penipuan, atau manipulasi data dapat ditekan seminimal mungkin.

Namun, dari sisi kelemahan, perlindungan konsumen dalam POJK 23 masih bersifat lembaga-sentris (berfokus pada perusahaan, bukan individu konsumen). Aspek keadilan, transparansi produk, atau mekanisme keluhan tidak diatur secara eksplisit. Oleh karena itu, efektivitas perlindungan terhadap nasabah akan sangat bergantung pada sinkronisasi dengan POJK lain, terutama POJK Nomor 22 Tahun 2023 yang mengatur perilaku dan tanggung jawab perusahaan terhadap konsumen secara langsung.

Dengan demikian, POJK Nomor 23 Tahun 2023 berfungsi sebagai fondasi struktural perlindungan konsumen, memastikan perusahaan asuransi yang beroperasi di Indonesia memiliki kapasitas keuangan, tata kelola, dan integritas yang tinggi, sehingga mampu memenuhi janji perlindungan kepada pemegang polis dengan adil dan berkelanjutan.

D. POJK Nomor 22 Tahun 2023 tentang Perlindungan Konsumen dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan

POJK Nomor 22 Tahun 2023 merupakan regulasi komprehensif yang menjadi pedoman utama bagi seluruh Pelaku Usaha Jasa Keuangan (PUJK), termasuk perusahaan asuransi, dalam melindungi kepentingan konsumen. Regulasi ini menggantikan/menyempurnakan sejumlah ketentuan sebelumnya seperti POJK 1/2013, POJK 18/2018, dan POJK 6/2022, serta mengintegrasikan berbagai aspek kepatuhan, transparansi, dan etika bisnis agar hubungan antara pelaku usaha dan konsumen lebih seimbang dan berkeadilan.

Dalam Pasal 3, OJK menetapkan delapan prinsip perlindungan konsumen, yaitu: edukasi memadai, transparansi, perlakuan yang adil, keandalan, kerahasiaan dan keamanan data, penyelesaian sengketa, penegakan kepatuhan, serta persaingan usaha yang sehat. Dua prinsip terakhir merupakan tambahan baru dibandingkan regulasi sebelumnya, menegaskan bahwa perlindungan konsumen tidak hanya tanggung jawab moral, tetapi juga kewajiban hukum yang harus ditegakkan.

Selanjutnya, Pasal 29, 30, 32, 41, dan 42 mewajibkan setiap PUJK untuk memberikan informasi yang benar, jelas, dan tidak menyesatkan dalam setiap kegiatan pemasaran produk atau layanan. Dalam konteks asuransi, hal ini berarti perusahaan wajib menjelaskan seluruh ketentuan polis, risiko, premi, dan manfaat secara transparan kepada calon tertanggung sebelum kontrak ditandatangani. Ketentuan ini melindungi konsumen dari praktik penjualan yang manipulatif atau mis-selling.

Dalam Pasal 92, diatur mengenai hak dan kewajiban konsumen. Konsumen berhak mendapatkan informasi yang lengkap, memilih produk yang sesuai dengan kebutuhannya,

mengajukan pengaduan, serta memperoleh penyelesaian sengketa yang adil. Di sisi lain, konsumen juga berkewajiban memberikan data yang benar dan memenuhi kewajiban pembayaran sesuai perjanjian. Keseimbangan hak dan kewajiban ini menciptakan hubungan kontraktual yang sehat antara kedua pihak.

Pasal 42, 44, dan 46 adalah mengatur kewajiban perusahaan perasuransian. Pasal 19 sampai 24 mengatur tentang perlindungan data pribadi konsumen. PUJK diwajibkan menjaga kerahasiaan data nasabah dan dilarang menyalahgunakannya untuk kepentingan komersial tanpa izin. Dalam era digital dan insurtech, ketentuan ini menjadi sangat penting mengingat risiko kebocoran data dan penyalahgunaan informasi pribadi semakin tinggi.

Kemudian, Pasal 69-87, 88-89, 90, dan 91 mengatur kewajiban PUJK dalam menyediakan mekanisme pengaduan konsumen dan penyelesaian sengketa. PUJK wajib memiliki unit khusus yang menangani keluhan nasabah secara cepat, adil, dan proporsional. Jika tidak tercapai kesepakatan, sengketa dapat dilanjutkan ke Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK). Mekanisme ini memberikan jalur hukum yang efisien tanpa harus langsung menempuh pengadilan.

Dalam Pasal 11 sampai Pasal 18 POJK 3/2023, diatur mengenai literasi dan inklusi keuangan. PUJK wajib melaksanakan program edukasi kepada masyarakat agar konsumen memiliki pemahaman yang memadai terhadap produk keuangan, termasuk risiko dan manfaatnya. Hal ini merupakan bentuk perlindungan preventif, agar konsumen tidak menjadi korban karena ketidaktahuan atau ketidakpahaman terhadap produk yang kompleks.

Selain itu, Pasal 101 sampai Pasal 108 menegaskan bahwa OJK memiliki wewenang penuh untuk melakukan pengawasan dan penegakan kepatuhan. OJK dapat memberikan sanksi administratif berupa peringatan, denda, pembatasan kegiatan usaha, hingga pencabutan izin bagi perusahaan yang melanggar prinsip perlindungan konsumen. Ini menunjukkan pergeseran paradigma: dari pendekatan "edukatif" ke pendekatan "penegakan hukum."

Secara umum, POJK Nomor 22 Tahun 2023 menempatkan konsumen sebagai subjek utama dalam sistem keuangan. Regulasi ini tidak hanya memastikan transparansi, tetapi juga menegakkan akuntabilitas dan etika bisnis. Dengan adanya prinsip keadilan, pengawasan aktif, dan mekanisme pengaduan, kepercayaan masyarakat terhadap sektor keuangan — termasuk asuransi — diharapkan meningkat secara signifikan.

Namun demikian, implementasi regulasi ini masih menghadapi tantangan, antara lain keterbatasan sumber daya pengawasan, kompleksitas produk digital, serta potensi multitafsir atas beberapa istilah seperti "itikad baik" atau "perlakuan yang adil." Oleh karena itu, keberhasilan POJK 22 sangat bergantung pada konsistensi OJK dalam pengawasan dan kolaborasi dengan lembaga konsumen serta pelaku industri.

Dengan demikian, POJK Nomor 22 Tahun 2023 merupakan pilar utama perlindungan konsumen modern di sektor jasa keuangan Indonesia. Regulasi ini tidak hanya mempertegas hak-hak nasabah asuransi, tetapi juga memastikan bahwa setiap perusahaan menjalankan tanggung jawabnya secara transparan, beretika, dan berorientasi pada kepentingan publik.

E. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) Nomor 36 tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian

OJK sebagai lembaga yang berwenang mengatur dan mengawasi industri perasuransian di Indonesia, mengeluarkan regulasi tambahan yang memperkuat perlindungan konsumen. POJK Nomor 36 tahun 2024 secara eksplisit mengatur kewajiban perusahaan asuransi untuk melindungi kepentingan konsumen, antara lain:

- Perusahaan asuransi harus menyediakan informasi yang jelas dan transparan tentang syarat dan ketentuan polis.
- Perusahaan wajib memiliki mekanisme pengaduan konsumen yang efektif dan efisien.
- Perusahaan diwajibkan melakukan edukasi dan sosialisasi terkait produk asuransi secara berkala kepada konsumen agar konsumen memahami sepenuhnya hak dan kewajibannya dalam polis asuransi.

POJK ini juga menetapkan ketentuan bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan respon cepat atas pengaduan konsumen serta menyelesaikan sengketa secara profesional dan adil.

F. Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) Pasal 246-308 tentang Asuransi

KUHD sebagai dasar hukum historis dalam transaksi bisnis, termasuk asuransi, secara khusus juga mengatur mengenai hubungan hukum antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Menurut Pasal 250 KUHD, setiap polis asuransi wajib didasarkan pada prinsip **insurable interest**, yakni hubungan nyata antara tertanggung dengan objek yang diasuransikan.

KUHD juga mengatur tentang hak dan kewajiban masing-masing pihak dalam perjanjian asuransi, termasuk hak pemegang polis untuk menerima ganti rugi jika risiko yang diasuransikan benar-benar terjadi, serta kewajiban perusahaan asuransi untuk membayar klaim secara tepat waktu.

G. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Undang-Undang tentang OJK memberikan dasar hukum bagi keberadaan OJK sebagai regulator industri keuangan termasuk asuransi. Menurut undang-undang ini, OJK memiliki tugas utama memastikan perlindungan konsumen secara efektif melalui fungsi pengaturan, pengawasan, dan perlindungan terhadap konsumen dalam seluruh sektor jasa keuangan.

OJK bertanggung jawab mengawasi penerapan regulasi perlindungan konsumen oleh perusahaan asuransi, serta berwenang memberikan sanksi tegas jika ditemukan pelanggaran.

H. Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) Sektor Jasa Keuangan

LAPS merupakan lembaga independen yang dibentuk berdasarkan POJK Nomor 61/POJK.07/2020, bertujuan untuk membantu menyelesaikan sengketa antara konsumen dengan perusahaan jasa keuangan termasuk perusahaan asuransi secara alternatif, di luar pengadilan.

LAPS memberikan layanan penyelesaian sengketa yang cepat, transparan, adil, serta ekonomis bagi konsumen yang memiliki masalah atau perselisihan dengan perusahaan asuransi.

Dasar hukum perlindungan konsumen di Indonesia, khususnya untuk konsumen asuransi, sangat jelas dan kuat.

Dengan adanya regulasi ini, konsumen diharapkan dapat menikmati perlindungan yang maksimal dalam setiap transaksi asuransi yang dilakukan. Perusahaan asuransi, regulator, dan konsumen harus memahami secara mendalam dasar-dasar hukum tersebut agar perlindungan konsumen dapat berjalan efektif, menciptakan hubungan yang harmonis antara pelaku usaha dan konsumen, serta menjaga stabilitas dan kredibilitas industri perasuransian secara keseluruhan.

24.4 Perlindungan Konsumen Asuransi di Inggris, Jerman, Jepang, Singapura, dan India

Perlindungan konsumen asuransi menjadi perhatian penting di berbagai negara maju maupun berkembang. Setiap negara memiliki sistem dan regulasi tersendiri untuk memastikan bahwa konsumen asuransi terlindungi secara optimal. Berikut adalah penjelasan mendalam tentang bagaimana perlindungan konsumen asuransi diterapkan di Inggris, Jerman, Jepang, Singapura, dan India.

A. Inggris (United Kingdom)

Inggris merupakan salah satu negara yang memiliki sistem perlindungan konsumen asuransi yang sangat matang. Perlindungan konsumen asuransi di Inggris diatur oleh dua lembaganya utama:

- ***Financial Conduct Authority* (FCA)**

FCA bertanggung jawab memastikan perusahaan asuransi memberikan informasi yang transparan, jujur, dan adil kepada konsumen. FCA menetapkan standar tinggi mengenai kewajiban pengungkapan (*duty of disclosure*), perlakuan konsumen yang

adil (*treating customers fairly*), serta pengelolaan keluhan konsumen.

- ***Financial Ombudsman Service* (FOS)**

  Lembaga independen ini menyediakan penyelesaian sengketa alternatif bagi konsumen asuransi secara gratis. FOS menyelesaikan sengketa antara konsumen dan perusahaan asuransi secara cepat, efisien, dan adil, tanpa harus melalui jalur pengadilan.

Dasar hukum utama yang mengatur perlindungan konsumen asuransi di Inggris adalah ***Insurance Act* 2015** yang memastikan perlindungan maksimal terhadap hak-hak konsumen.

B. Jerman (Germany)

Di Jerman, perlindungan konsumen asuransi diatur secara ketat oleh lembaga pengawas keuangan yang disebut ***Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht* (BaFin)**. BaFin bertanggung jawab mengawasi perusahaan asuransi untuk menjamin perlindungan hak-hak konsumen dalam transaksi asuransi.

Perlindungan konsumen di Jerman juga diperkuat oleh regulasi ***Versicherungsvertragsgesetz* (VVG)** atau *Insurance Contract Act* yang secara jelas mengatur kewajiban perusahaan asuransi untuk:

- Memberikan informasi secara jelas, transparan, dan rinci tentang produk asuransi sebelum polis ditandatangani.
- Menjamin bahwa hak konsumen dalam proses klaim dihormati secara maksimal.
- Menyediakan mekanisme pengaduan konsumen yang efektif melalui Ombudsman Asuransi (*Versicherungsombudsmann*),

lembaga independen yang menangani keluhan konsumen dengan cepat dan efisien.

C. Jepang (Japan)

Di Jepang, perlindungan konsumen asuransi diatur secara ketat melalui lembaga pengawas keuangan bernama ***Financial Services Agency*** **(FSA)**. FSA menetapkan standar ketat mengenai kewajiban perusahaan asuransi untuk melindungi konsumen.

Regulasi utama adalah ***Insurance Business Act*** **(IBA)** yang mewajibkan perusahaan asuransi memberikan informasi lengkap tentang produk asuransi, memastikan transparansi premi, serta kewajiban penyelesaian klaim secara cepat dan adil.

Penyelesaian sengketa konsumen asuransi di Jepang juga dapat dilakukan melalui ***Insurance Ombudsman Service*** yang menyediakan layanan mediasi secara independen, gratis, cepat, dan efisien bagi konsumen yang mengalami perselisihan dengan perusahaan asuransi.

D. Singapura (Singapore)

Singapura dikenal memiliki sistem perlindungan konsumen asuransi yang sangat kuat dan efisien, di bawah pengawasan ***Monetary Authority of Singapore*** **(MAS)**. MAS memiliki kewenangan penuh untuk mengatur, mengawasi, dan memastikan bahwa perusahaan asuransi mematuhi prinsip perlindungan konsumen yang ketat.

Regulasi utama di Singapura adalah ***Insurance Act*** **(Cap. 142)** yang mengatur secara jelas mengenai hak-hak konsumen asuransi, kewajiban pengungkapan informasi secara transparan oleh perusahaan asuransi, serta mekanisme penyelesaian klaim yang adil.

Selain itu, Singapura memiliki ***Financial Industry Disputes Resolution Centre*** **(FIDReC)** yang memberikan layanan mediasi independen dalam menyelesaikan sengketa antara konsumen asuransi dengan perusahaan asuransi secara cepat dan murah, tanpa perlu ke pengadilan.

E. India

Di India, perlindungan konsumen asuransi dilakukan melalui lembaga regulator khusus bernama ***Insurance Regulatory and Development Authority of India*** **(IRDAI)**. IRDAI bertugas melindungi hak konsumen dengan memastikan transparansi produk asuransi, fairness dalam proses underwriting dan klaim, serta kewajiban perusahaan asuransi untuk menyediakan layanan informasi yang jelas.

Regulasi utama adalah ***Insurance Act*** **1938 (diamandemen pada tahun 2015)** serta berbagai regulasi tambahan dari IRDAI yang secara khusus mengatur kewajiban perusahaan asuransi untuk melindungi konsumen, seperti:

- Memberikan informasi rinci terkait premi, manfaat, dan pengecualian dalam polis asuransi.
- Menjamin bahwa proses klaim dilakukan secara adil, cepat, dan transparan.
- Menyediakan mekanisme pengaduan konsumen melalui Ombudsman Asuransi yang ditunjuk oleh IRDAI, menyediakan layanan mediasi gratis untuk menyelesaikan sengketa dengan cepat dan adil.

India juga memiliki regulasi khusus bernama ***Consumer Protection Act*** **2019**, yang memberikan perlindungan tambahan bagi konsumen asuransi dalam bentuk hak-hak khusus dan mekanisme penyelesaian sengketa konsumen yang kuat.

Setiap negara memiliki pendekatan yang unik tetapi dengan tujuan yang sama dalam melindungi konsumen asuransi secara optimal. Regulasi dan lembaga-lembaga independen seperti Ombudsman atau *Financial Ombudsman Service* memainkan peran vital dalam memastikan perlindungan maksimal bagi konsumen asuransi. Indonesia bisa mengambil pelajaran dari praktik terbaik negara-negara tersebut untuk meningkatkan kualitas perlindungan konsumen asuransi secara nasional.

Perbandingan antar-negara ini membantu perusahaan, konsumen, maupun regulator memahami bagaimana sistem perlindungan konsumen asuransi terbaik bisa diterapkan secara efektif di berbagai konteks global.

24.5 Studi Kasus Perlindungan Konsumen Asuransi di Indonesia

Salah satu cara paling efektif untuk memahami pentingnya perlindungan konsumen asuransi adalah melalui studi kasus nyata yang terjadi di Indonesia. Berikut adalah konstruksi cerita kasus nyata yang menggambarkan bagaimana pentingnya perlindungan konsumen, bagaimana masalah bisa muncul, dan bagaimana mekanisme perlindungan konsumen berfungsi di industri perasuransian.

A. Kasus Gagal Bayar PT. Asuransi Jiwasraya (Persero)

Latar Belakang Kasus

PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) adalah salah satu perusahaan asuransi jiwa tertua dan terbesar di Indonesia, yang berdiri sejak tahun 1859. Jiwasraya merupakan perusahaan

asuransi milik negara (BUMN) yang memiliki jumlah nasabah besar dan dipercaya masyarakat selama bertahun-tahun.

Namun, pada akhir tahun 2018 hingga awal 2019, perusahaan ini mengejutkan publik dengan mengumumkan masalah gagal bayar klaim kepada sejumlah nasabahnya. Total kewajiban Jiwasraya akibat gagal bayar klaim ini mencapai sekitar Rp 16,8 triliun, yang kemudian bertambah besar seiring waktu. Masalah ini dianggap sebagai salah satu kasus terbesar dalam sejarah industri perasuransian Indonesia dan memicu perhatian publik secara luas.

Kronologi Terjadinya Krisis Jiwasraya

Kasus Jiwasraya mulai terungkap ke publik ketika sejumlah nasabah melaporkan bahwa klaim polis mereka yang jatuh tempo sejak Oktober 2018 tidak dibayar oleh perusahaan. Mayoritas produk yang gagal bayar adalah produk investasi jangka panjang (*saving plan*) yang menjanjikan hasil investasi (*return*) jauh di atas rata-rata pasar, yaitu sekitar 9–13 persen per tahun.

Dalam penyelidikan awal oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), ditemukan fakta mengejutkan bahwa Jiwasraya mengalami masalah likuiditas serius akibat praktik investasi berisiko tinggi, investasi saham spekulatif, dan pengelolaan dana yang tidak transparan. Kondisi keuangan Jiwasraya ternyata sudah memburuk sejak tahun 2006, namun tertutupi oleh rekayasa akuntansi dan laporan keuangan yang tidak transparan selama bertahun-tahun. Sayangnya rekayasa ini tidak dapat ditemukan oleh para auditor, terutama auditor dari luar Jiwasraya.

Temuan Investigasi dan Masalah Utama

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) pada tahun 2019 mengungkapkan bahwa Jiwasraya melakukan berbagai kesalahan serius dalam pengelolaan investasinya, antara lain:

- Jiwasraya melakukan investasi besar pada saham-saham berkualitas rendah (*junkstock*) yang akhirnya mengalami penurunan harga drastis, mengakibatkan kerugian besar.
- Jiwasraya terlibat praktik *window dressing*, yaitu merekayasa laporan keuangan untuk menunjukkan kondisi perusahaan seolah sehat secara finansial.
- Terdapat pelanggaran serius dalam tata kelola perusahaan (*good corporate governance*), seperti konflik kepentingan, korupsi, dan investasi yang tidak hati-hati.

Dalam perkembangannya, Kejaksaan Agung RI menemukan bahwa terdapat indikasi korupsi yang melibatkan sejumlah petinggi perusahaan serta pihak-pihak eksternal seperti broker saham, manajer investasi, dan pejabat pemerintah yang mengelola dana perusahaan.

Dampak Kasus Jiwasraya terhadap Konsumen (Nasabah)

Kasus gagal bayar Jiwasraya menyebabkan ribuan nasabah mengalami kerugian finansial besar. Banyak nasabah adalah pensiunan, pegawai negeri, dan masyarakat kelas menengah yang menempatkan tabungan hidupnya di produk investasi Jiwasraya karena mempercayai bahwa sebagai perusahaan BUMN (milik negara dan tidak mungkin bangkrut), investasi yang mereka pikir dijamin aman.

Dampak psikologis, sosial, dan finansial bagi nasabah sangat signifikan. Banyak nasabah merasa kehilangan

kepercayaan terhadap perusahaan asuransi maupun institusi keuangan serta BUMN secara umum. Hal ini berimplikasi besar terhadap industri perasuransian Indonesia, karena kepercayaan masyarakat menjadi sangat terganggu.

Upaya Penyelesaian dan Perlindungan Konsumen

Menanggapi kasus Jiwasraya, pemerintah Indonesia dan OJK melakukan sejumlah langkah penting untuk melindungi konsumen, antara lain:

- **Proses Hukum:**
  Kejaksaan Agung memproses kasus ini secara hukum dan menetapkan beberapa orang sebagai tersangka, termasuk mantan direksi Jiwasraya. Proses hukum ini dilakukan secara transparan dan tegas sebagai langkah untuk mengembalikan kepercayaan publik.
- **Restrukturisasi dan Penyelamatan Polis Nasabah:**
  Pemerintah Indonesia, melalui Kementerian BUMN, melakukan restrukturisasi besar-besaran terhadap Jiwasraya. Upaya restrukturisasi ini melibatkan pembentukan holding asuransi dan menciptakan perusahaan baru bernama PT. Asuransi Jiwa IFG Life yang berada di bawah naungan Indonesia Financial Group (IFG), yang bertugas mengambil alih polis nasabah Jiwasraya.
- **Pembayaran Bertahap:**
  Skema pembayaran secara bertahap juga disiapkan agar nasabah Jiwasraya secara perlahan mendapatkan kembali haknya. Meski memerlukan waktu yang panjang, langkah ini dinilai penting untuk memulihkan hak nasabah sekaligus memperbaiki kondisi industri perasuransian di Indonesia.

- **Pengetatan Pengawasan:**
  Walau agak terlambat, sekarang OJK memperketat pengawasan terhadap industri perasuransian, memperbaiki regulasi dan pengelolaan investasi, serta memperkuat mekanisme perlindungan konsumen secara keseluruhan.

Pembelajaran Penting dari Kasus Jiwasraya

Kasus Jiwasraya memberikan pelajaran sangat penting mengenai pentingnya perlindungan konsumen dalam industri perasuransian, yaitu:

- **Pentingnya transparansi perusahaan:**
  Transparansi informasi keuangan dan pengelolaan investasi sangat krusial dalam menjaga kepercayaan konsumen.

- **Pengawasan regulator yang kuat:**
  Otoritas Jasa Keuangan harus menjalankan pengawasan lebih ketat terhadap perusahaan asuransi, terutama dalam hal pengelolaan risiko dan investasi serta pemeriksaan laporan keuangan yang sering direkayasa. Jangan sampai kebobolan lagi di masa depan.

- **Edukasi konsumen yang lebih baik:**
  Konsumen perlu diedukasi secara intensif mengenai risiko produk investasi asuransi, sehingga dapat membuat keputusan investasi yang bijaksana. Bila Program Penjaminan Polis mengecualikan polis asuransi mengandung investasi, maka konsumen harus diberitahukan secara terbuka di awal pemasaran asuransi.

- ***Good Corporate Governance* (GCG):**
  Pentingnya penerapan tata kelola perusahaan yang baik dan transparan untuk mencegah penyalahgunaan kekuasaan serta korupsi di perusahaan asuransi.

Kasus Jiwasraya merupakan contoh nyata bahwa lemahnya perlindungan konsumen dan kurangnya tata kelola perusahaan yang baik dapat mengakibatkan kerugian besar bagi konsumen dan industri secara keseluruhan. Kasus ini menjadi momentum penting bagi industri perasuransian di Indonesia untuk meningkatkan standar perlindungan konsumen, memperbaiki transparansi perusahaan, serta mendorong dan memperkuat peran regulator dalam mengawasi industri perasuransian secara lebih ketat dan berkesinambungan.

Dengan mengambil pelajaran dari kasus Jiwasraya, diharapkan industri perasuransian Indonesia dapat tumbuh lebih sehat, transparan, serta mampu memberikan perlindungan maksimal bagi konsumen dalam jangka panjang.

B. Kasus Gagal Bayar dan Pencabutan Izin PT. Asuransi Jiwa Adisarana Wanaartha (Wanaartha Life)

Latar Belakang Perusahaan

PT. Asuransi Jiwa Adisarana Wanaartha, atau lebih dikenal sebagai Wanaartha Life, adalah perusahaan asuransi jiwa swasta yang sudah beroperasi sejak tahun 1974. Sebagai perusahaan asuransi jiwa yang cukup lama beroperasi, Wanaartha Life berhasil menarik banyak nasabah, terutama melalui produk asuransi investasi yang menjanjikan imbal hasil tinggi di atas rata-rata pasar.

Sebelum kasus ini mencuat, Wanaartha Life dikenal sebagai perusahaan asuransi yang memiliki reputasi cukup baik, dengan jumlah nasabah mencapai puluhan ribu yang tersebar di berbagai daerah di Indonesia.

Kronologi Kasus Gagal Bayar

Permasalahan Wanaartha Life mulai muncul ke permukaan publik sejak awal tahun 2020, ketika sejumlah nasabah mulai mengalami kesulitan dalam pencairan klaim polis yang telah jatuh tempo. Keluhan-keluhan tersebut semakin meningkat tajam pada pertengahan hingga akhir tahun 2020, saat perusahaan secara terbuka mengakui bahwa sedang mengalami kesulitan likuiditas sehingga tidak dapat memenuhi kewajibannya kepada nasabah.

Pihak perusahaan beralasan bahwa sebagian besar dana investasi nasabah mengalami kendala pencairan karena terkait dengan kasus hukum yang melibatkan Komisaris Utama Wanaartha Life dengan pihak Kejaksaan Agung RI dalam kasus Jiwasraya, sehingga rekening-rekening Wanaartha Life sempat diblokir sementara oleh Kejaksaan Agung sebagai bagian dari penyelidikan.

Skala Kerugian dan Dampak terhadap Konsumen

Permasalahan gagal bayar Wanaartha Life ternyata memiliki skala yang sangat besar. Berdasarkan data Otoritas Jasa Keuangan (OJK), total kewajiban Wanaartha Life terhadap nasabah mencapai sekitar Rp 15 triliun, yang berasal dari produk-produk investasi seperti saving plan dan produk investasi lainnya.

Ribuan nasabah mengalami kesulitan finansial yang serius akibat gagal bayar ini. Sebagian besar nasabah adalah masyarakat kelas menengah hingga menengah ke atas, yang menempatkan dana tabungan pensiun, dana pendidikan anak, atau dana investasi pribadi dalam produk Wanaartha Life.

Temuan Investigasi Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Setelah munculnya keluhan luas dari nasabah, OJK langsung melakukan investigasi menyeluruh terhadap Wanaartha Life. Hasil investigasi mengungkapkan bahwa perusahaan ini mengalami kesalahan serius dalam pengelolaan dana nasabah, antara lain:

- **Investasi yang tidak transparan:**

  Dana nasabah ditempatkan dalam instrumen investasi yang berisiko tinggi, termasuk saham-saham yang nilainya terus menurun tajam, sehingga tidak mampu menghasilkan *return* yang dijanjikan.

- **Kecurigaan *fraud* dan penggelapan dana nasabah:**

  Adanya dugaan kuat bahwa pengurus perusahaan telah melakukan praktik penggelapan dan penyalahgunaan dana nasabah untuk kepentingan pribadi maupun perusahaan afiliasi.

- **Kelemahan tata kelola perusahaan (*Good Corporate Governance*):**

  OJK menemukan bahwa tata kelola Wanaartha Life sangat buruk, dengan kontrol internal yang lemah, serta audit internal yang tidak berjalan secara efektif sehingga tidak mampu mendeteksi penyimpangan secara dini.

- **Produk asuransi investasi dengan imbal hasil tidak realistis:**

  Produk yang dijual perusahaan menjanjikan *return* yang tidak realistis (di atas rata-rata pasar), yang akhirnya tidak mampu dipenuhi oleh perusahaan dalam jangka panjang.

Upaya Penanganan Kasus dan Pencabutan Izin oleh OJK

Menindaklanjuti kasus ini, pada Desember 2022, OJK secara resmi mencabut izin usaha Wanaartha Life setelah perusahaan terbukti gagal dalam menjalankan kewajibannya terhadap nasabah dan tidak mampu memenuhi ketentuan minimum solvabilitas yang diwajibkan oleh regulator.

Dengan pencabutan izin tersebut, Wanaartha Life tidak lagi boleh melakukan kegiatan operasional sebagai perusahaan asuransi jiwa. Langkah ini diambil sebagai bentuk perlindungan konsumen agar jumlah kerugian tidak bertambah besar. OJK juga menyerahkan kasus dugaan pidana terkait Wanaartha Life kepada Kepolisian dan Kejaksaan untuk dilakukan proses hukum lebih lanjut.

Reaksi dan Kondisi Nasabah

Keputusan pencabutan izin Wanaartha Life memicu reaksi keras dari ribuan nasabah yang merasa dirugikan karena masih belum mendapatkan pengembalian dana yang telah mereka investasikan. Nasabah menuntut agar pihak perusahaan dan pemerintah segera melakukan tindakan nyata untuk mengembalikan dana mereka. Kelompok nasabah Wanaartha Life berulang kali melakukan demonstrasi, audiensi dengan pihak pemerintah, DPR, dan OJK, serta meminta transparansi penuh mengenai langkah-langkah pengembalian dana nasabah.

Pelajaran Penting dari Kasus Wanaartha Life

Kasus Wanaartha Life memberikan beberapa pelajaran penting tentang perlindungan konsumen di industri perasuransian Indonesia, yaitu:

- **Kritisnya pengawasan regulator:**
  Pentingnya OJK meningkatkan kualitas dan intensitas pengawasan terhadap perusahaan asuransi, terutama yang menawarkan produk investasi dengan imbal hasil tinggi, agar kasus serupa tidak terulang kembali. OJK harus mampu memeriksa laporan keuangan yang disampaikan secara berkala setiap perusahaan asuransi dengan seksama dan detail, agar dapat mencegah sejak awal bila terdapat indikasi pelanggaran dalam pengelolaan investasi, cadangan teknis dan hal penting lainnya.

- **Edukasi konsumen yang komprehensif:**
  Konsumen perlu terus-menerus mendapatkan edukasi mengenai produk-produk investasi asuransi agar lebih kritis dan waspada terhadap janji-janji imbal hasil yang tidak realistis.

- **Transparansi investasi dan tata kelola perusahaan yang baik:**
  Perusahaan asuransi harus menerapkan prinsip *good corporate governance* secara ketat, dengan investasi dana nasabah yang transparan dan *prudent*, untuk mencegah risiko besar terhadap nasabah.

- **Penegakan hukum yang tegas terhadap fraud dan korupsi:**
  Kasus Wanaartha menunjukkan pentingnya tindakan hukum tegas terhadap penggelapan dana nasabah atau fraud dalam perusahaan asuransi agar memberikan efek jera yang nyata. Terutama segera mengejar dan menuntaskan penangkapan keluarga Pietruschka *Rezanantha Pietruschka, sempat berhasil diamankan di California, Amerika Serikat.*

Sayangnya, ia berhasil bebas setelah membayar jaminan https://polres.id/perburuan-keluarga-wanaartha-life-interpol-dan-korban-terus-bergerak; https://www.cnbcindonesia.com/market/20240111093009-17-504685/update-duo-bos-asuransi-ri-paling-dicari-nasabah-rugi-rp-23-t

Kasus gagal bayar Wanaartha Life menjadi pengingat keras bahwa perlindungan konsumen dalam industri perasuransian merupakan isu krusial yang tidak boleh diabaikan. Pemerintah, regulator, asosiasi, perusahaan asuransi, serta konsumen perlu bekerja sama secara serius untuk memastikan industri perasuransian dapat berjalan secara sehat, aman, transparan, serta mampu memberikan perlindungan maksimal terhadap konsumen.

Dengan memetik pelajaran dari kasus Wanaartha Life, diharapkan tidak akan muncul lagi kasus serupa di masa depan, dan industri perasuransian Indonesia dapat kembali mendapatkan kepercayaan penuh dari masyarakat.

C. Kasus Krisis Likuiditas dan Gagal Bayar AJB Bumiputera 1912

Latar Belakang Sejarah Perusahaan

Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912 merupakan perusahaan asuransi jiwa nasional tertua di Indonesia yang berdiri sejak masa penjajahan Belanda, tepatnya pada 12 Februari 1912 di Magelang, Jawa Tengah. Uniknya, Bumiputera adalah perusahaan berbentuk mutual atau usaha bersama, di mana para pemegang polis secara kolektif bertindak sebagai pemilik perusahaan (*mutual ownership*).

Dengan sejarah lebih dari satu abad, Bumiputera pernah menjadi kebanggaan nasional karena mampu bertahan melewati berbagai gejolak ekonomi dan politik di Indonesia. Perusahaan ini sangat dipercaya oleh masyarakat Indonesia selama puluhan tahun, terutama masyarakat kelas menengah dan menengah ke bawah yang memanfaatkan produk Bumiputera sebagai tabungan pendidikan, asuransi jiwa keluarga, dan dana pensiun.

Kronologi Krisis dan Gagal Bayar Klaim

Masalah keuangan Bumiputera mulai tampak serius pada pertengahan tahun 2016 ketika banyak nasabah mengalami kesulitan dalam pencairan klaim polis yang telah jatuh tempo. Keluhan nasabah mulai muncul secara luas pada tahun 2017 dan semakin meningkat hingga 2019, dengan total kewajiban klaim yang menumpuk mencapai lebih dari Rp 12 triliun.

Krisis likuiditas ini terjadi akibat akumulasi berbagai masalah internal yang berlangsung dalam jangka waktu lama, antara lain pengelolaan dana investasi yang buruk, kesalahan dalam strategi bisnis, hingga buruknya tata kelola perusahaan (*good corporate governance*).

Akar Masalah Krisis Bumiputera

Investigasi yang dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) menunjukkan beberapa akar masalah yang mendasari krisis Bumiputera, yaitu:

- **Investasi Tidak Produktif dan Berisiko Tinggi:**

Sebagian besar dana nasabah Bumiputera diinvestasikan dalam instrumen keuangan seperti saham, properti, dan anak perusahaan yang tidak produktif serta tidak memberikan hasil memadai. Banyak investasi tersebut akhirnya mengalami kerugian besar.

- **Pengelolaan Dana Nasabah yang Tidak Transparan:**

  Pengelolaan dana nasabah tidak transparan dan tidak *prudent*. Terdapat dugaan penggelapan dana, manipulasi laporan keuangan, dan konflik kepentingan dalam keputusan investasi perusahaan.

- **Model Bisnis Mutual yang Tidak Efisien di Indonesia:**

  Status mutual (usaha bersama) membuat Bumiputera menghadapi kesulitan dalam mencari tambahan modal saat kondisi keuangan memburuk, karena pemegang polis adalah pemilik perusahaan itu sendiri, bukan investor independen yang bisa menyuntikkan dana baru secara cepat.

- **Tata Kelola Perusahaan yang Buruk:**

  Lemahnya internal audit, pengawasan direksi dan komisaris, serta buruknya pelaksanaan prinsip *good corporate governance*, turut memperparah kondisi keuangan perusahaan.

Dampak terhadap Konsumen (Nasabah)

Gagal bayar klaim Bumiputera berdampak sangat besar bagi jutaan nasabahnya di seluruh Indonesia. Mayoritas pemegang polis adalah masyarakat menengah ke bawah, termasuk guru, pegawai negeri, petani, hingga pedagang kecil yang mengandalkan produk asuransi Bumiputera sebagai tabungan pendidikan anak-anak mereka, dana pensiun, atau dana perlindungan keluarga.

Ribuan nasabah mengalami kesulitan finansial, stres, dan kebingungan karena dana yang mereka harapkan tidak bisa dicairkan saat dibutuhkan. Tidak sedikit nasabah yang menyatakan frustasi karena tabungan hidup mereka terancam tidak bisa dikembalikan oleh Bumiputera.

Upaya Penyelesaian dan Intervensi Pemerintah

OJK dan pemerintah telah mengambil berbagai langkah dalam rangka menyelesaikan kasus Bumiputera, antara lain:

- **Penyusunan Tim Restrukturisasi Khusus:**

  Pemerintah melalui OJK membentuk tim khusus untuk merestrukturisasi Bumiputera, termasuk mencari solusi terbaik guna menyelamatkan perusahaan dan memenuhi kewajiban kepada nasabah.

- **Rencana Restrukturisasi dan Penyertaan Modal:**

  Berbagai skema restrukturisasi ditawarkan, termasuk mendirikan perusahaan baru yang akan mengambil alih polis-polis aktif Bumiputera, maupun mencari investor eksternal untuk menyuntikkan dana segar. Namun, implementasi berbagai rencana tersebut menghadapi berbagai kendala, termasuk kompleksitas hukum model mutual.

- **Peningkatan Pengawasan OJK:**

  OJK memperketat pengawasan dan menempatkan pengawas khusus di Bumiputera untuk memastikan bahwa perusahaan dapat menjalankan kewajibannya secara bertahap kepada nasabah.

- **Penanganan melalui Lembaga Penyelesaian Sengketa:**

  Sebagian nasabah yang merasa dirugikan juga mencoba menyelesaikan kasus ini melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) dan pengaduan ke DPR RI untuk mendapatkan penyelesaian yang lebih cepat dan efektif.

Kondisi Terkini AJB Bumiputera

Hingga awal tahun 2024, Bumiputera masih terus berusaha menyelesaikan kewajibannya secara bertahap kepada para

nasabah. Perusahaan telah memulai proses pencairan secara parsial atau bertahap kepada nasabah dengan nilai polis yang kecil hingga sedang, tetapi masih banyak nasabah dengan nilai polis besar yang belum mendapatkan pembayaran.

Pemerintah dan OJK terus melakukan koordinasi dengan berbagai pihak terkait untuk memastikan bahwa proses penyelesaian masalah Bumiputera tidak berlarut-larut dan nasabah tidak dirugikan lebih jauh.

Pembelajaran Penting dari Kasus Bumiputera

Kasus Bumiputera menjadi pelajaran yang sangat berharga bagi seluruh industri perasuransian di Indonesia, khususnya mengenai:

- **Tata Kelola dan Transparansi Perusahaan:**
  Pentingnya tata kelola yang baik, transparansi laporan keuangan, dan pengelolaan investasi yang prudent dan profesional.

- **Pentingnya Regulasi dan Pengawasan Efektif dari OJK:**
  Perlunya regulator yang lebih proaktif dan responsif dalam mencegah krisis yang merugikan konsumen secara luas.

- **Reevaluasi Model Mutual di Indonesia:**
  Perlunya kajian serius mengenai model usaha mutual dalam konteks Indonesia, terutama dalam hal kemampuan perusahaan menarik modal tambahan saat mengalami kesulitan finansial. Mengapa model mutual berhasil di negara lain, terutama di Eropa dan Amerika, namun tidak di Indonesia? Mungkin kita perlu belajar lebih banyak dari negara-negara maju.

- **Perlindungan Konsumen yang Efektif:**

Pentingnya edukasi konsumen mengenai risiko produk asuransi serta mekanisme perlindungan konsumen yang cepat, adil, dan transparan.

D. Kasus: Gagal Bayar dan Polemik PT. Asuransi Jiwa Kresna (Kresna Life)

Latar Belakang Perusahaan

PT. Asuransi Jiwa Kresna, yang lebih dikenal sebagai **Kresna Life**, merupakan perusahaan asuransi jiwa yang terafiliasi dengan Kresna Group, sebuah grup bisnis besar yang bergerak di bidang investasi, sekuritas, teknologi, dan asuransi. Kresna Life sempat populer di kalangan masyarakat Indonesia kelas menengah atas, terutama melalui produk-produk asuransi investasi dengan imbal hasil tinggi, yang diklaim mampu memberikan keuntungan jauh di atas rata-rata produk investasi serupa di pasar.

Selama bertahun-tahun, Kresna Life dikenal aktif memasarkan produk *saving plan* dengan janji bunga tinggi yang sangat menarik minat banyak investor. Pertumbuhan jumlah nasabahnya cukup pesat, terutama pada periode 2016-2019, hingga total dana kelolaan nasabah mencapai angka triliunan rupiah.

Awal Mula Polemik dan Gagal Bayar Klaim

Pada Februari hingga Maret 2020, nasabah Kresna Life mulai menghadapi kesulitan dalam pencairan polis *saving plan* yang jatuh tempo. Semakin banyak nasabah melaporkan bahwa klaim mereka tertunda dan akhirnya tidak dibayarkan sama sekali. Ketika nasabah mempertanyakan hal tersebut

kepada perusahaan, manajemen Kresna Life mengakui adanya permasalahan likuiditas akibat tekanan pasar modal yang dialami pada awal pandemi COVID-19.

Namun, kondisi gagal bayar tersebut terus berlanjut hingga semakin banyak nasabah terdampak. Pada akhirnya, total tunggakan klaim yang tidak dapat dibayarkan Kresna Life mencapai lebih dari Rp 6,4 triliun, dengan jumlah nasabah terdampak mencapai ribuan orang di berbagai kota besar di Indonesia.

Dampak Viral di Media Sosial dan Reaksi Nasabah

Krisis Kresna Life menjadi sangat viral dan mencuat ke publik, terutama melalui media sosial seperti Twitter, Instagram, dan Facebook. Para nasabah yang merasa dirugikan beramai-ramai menyuarakan keluhan dan kekecewaan mereka secara terbuka, membuat kasus ini menjadi *trending topic* di berbagai platform media sosial pada tahun 2020 hingga 2021.

Media sosial dipenuhi dengan testimoni nasabah yang merasa frustasi karena kehilangan dana yang telah mereka simpan selama bertahun-tahun, termasuk dana pensiun, tabungan pendidikan anak, hingga tabungan masa depan keluarga. Berbagai komunitas nasabah Kresna Life juga bermunculan di media sosial untuk berkoordinasi, bertukar informasi, bahkan melakukan aksi demonstrasi yang melibatkan media nasional secara masif.

Temuan Investigasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Menyikapi kasus ini, OJK melakukan investigasi mendalam terhadap Kresna Life. Hasil investigasi menemukan beberapa pelanggaran dan penyimpangan serius dalam pengelolaan perusahaan, antara lain:

- **Investasi Berisiko Tinggi dan Tidak Transparan:**

  Dana nasabah ditempatkan secara signifikan dalam produk investasi saham dan produk investasi lain yang sangat berisiko tinggi, termasuk saham-saham yang nilai pasarnya anjlok tajam akibat krisis pasar modal.

- **Manipulasi Laporan Keuangan (*Window Dressing*):**

  Ditemukan indikasi kuat bahwa laporan keuangan perusahaan direkayasa untuk menunjukkan kondisi yang jauh lebih sehat daripada kenyataan sebenarnya.

- **Produk *Saving Plan* dengan Return Tidak Realistis:**

  Produk *saving plan* yang ditawarkan menjanjikan imbal hasil terlalu tinggi dan tidak realistis, di atas rata-rata produk serupa di pasar. Hal ini menyebabkan perusahaan tidak mampu memenuhi kewajibannya ketika terjadi gejolak pasar.

- **Tata Kelola Perusahaan yang Lemah:**

  OJK menemukan lemahnya tata kelola dan pengawasan internal yang memungkinkan praktik investasi berisiko tinggi tersebut terjadi dalam waktu yang lama tanpa terdeteksi.

Langkah-Langkah Penanganan oleh OJK dan Pemerintah

Dalam merespons kasus ini, OJK melakukan langkah tegas dengan memberlakukan sanksi kepada Kresna Life berupa:

- **Pembatasan Kegiatan Usaha:**

  OJK membatasi kegiatan operasional Kresna Life, khususnya dalam memasarkan produk baru dan menghimpun dana dari masyarakat.

- **Peningkatan Pengawasan:**

  OJK menunjuk pengawas khusus untuk mengawasi langsung pengelolaan keuangan Kresna Life, sekaligus meminta

perusahaan menyusun rencana restrukturisasi kewajiban kepada nasabah.

- **Proses Hukum dan Investigasi Pidana:**

  Kasus Kresna Life dilaporkan oleh para nasabah ke Kepolisian dan Kejaksaan, yang kemudian melakukan penyelidikan pidana terkait dugaan fraud, penggelapan dana, dan pelanggaran hukum lainnya.

Perkembangan Terakhir Kasus Kresna Life

Pada Januari 2023, OJK akhirnya resmi mencabut izin usaha Kresna Life karena perusahaan dinilai tidak mampu memenuhi kewajibannya terhadap nasabah, gagal melakukan restrukturisasi secara efektif, serta tidak memenuhi ketentuan minimal rasio solvabilitas yang diwajibkan oleh regulator.

Akibat pencabutan izin ini, perusahaan dilarang beroperasi dan nasabah kembali menuntut adanya solusi konkret untuk mengembalikan dana mereka. Proses hukum pidana terhadap para mantan pengurus Kresna Life juga masih berlangsung hingga saat ini.

Pelajaran Penting dari Kasus Kresna Life

Kasus Kresna Life memberikan pelajaran berharga bagi seluruh pihak, yaitu:

- **Hati-hati dengan Produk Imbal Hasil Tinggi:**

  Penting bagi masyarakat untuk kritis terhadap produk asuransi investasi yang menjanjikan imbal hasil yang jauh di atas rata-rata pasar, karena sering kali memiliki risiko besar.

- **Kewajiban Regulator untuk Melakukan Pengawasan Efektif:**

Pentingnya OJK menjalankan pengawasan yang lebih ketat dan lebih proaktif terhadap perusahaan asuransi, khususnya terkait produk-produk saving plan berisiko tinggi.

- **Pentingnya Transparansi dan Tata Kelola yang Baik:**

Penting bagi perusahaan asuransi untuk menjalankan prinsip *good corporate governance* dengan transparan agar tidak merugikan konsumen dalam jangka panjang.

- **Peran Media Sosial dalam Perlindungan Konsumen:**

Media sosial dapat menjadi alat yang kuat bagi konsumen untuk menyuarakan haknya, mendesak regulator dan pemerintah mengambil tindakan cepat dalam melindungi konsumen.

Kasus Kresna Life merupakan salah satu contoh nyata pentingnya perlindungan konsumen dalam industri perasuransian Indonesia. Kasus ini tidak hanya memberikan dampak besar bagi nasabah, tetapi juga menciptakan gelombang besar kesadaran publik akan risiko produk-produk investasi berimbal hasil tinggi, pentingnya transparansi perusahaan, serta perlunya pengawasan regulator yang lebih ketat.

Melalui kasus ini, diharapkan industri perasuransian Indonesia akan terus belajar dan memperbaiki diri agar kepercayaan masyarakat terhadap industri ini dapat dipulihkan dan ditingkatkan kembali secara signifikan.

E. Kasus: Kontroversi Produk Unit Link Prudential Indonesia

Latar Belakang Perusahaan dan Produk Unit Link

PT. Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia) adalah perusahaan asuransi jiwa multinasional yang beroperasi

di Indonesia sejak tahun 1995. Prudential sangat dikenal masyarakat luas melalui produk-produk asuransi berjenis **unit link**, yaitu produk asuransi yang menggabungkan manfaat proteksi jiwa dan investasi dalam satu polis asuransi.

Produk unit link menjadi sangat populer di Indonesia sejak awal tahun 2000-an, karena menawarkan dua manfaat sekaligus: perlindungan asuransi jiwa serta imbal hasil investasi dalam satu produk. Prudential adalah salah satu perusahaan yang mendominasi pasar unit link di Indonesia, dengan jumlah nasabah mencapai jutaan orang.

Awal Mula Kontroversi

Pada tahun 2021 hingga awal 2022, Prudential Indonesia menghadapi kontroversi besar terkait produk unit link-nya. Masalah ini muncul ke permukaan ketika sejumlah nasabah secara terbuka mengeluhkan bahwa hasil investasi yang mereka dapatkan jauh lebih kecil dari yang dijanjikan saat mereka membeli produk. Bahkan banyak nasabah menyampaikan melalui media sosial bahwa saldo investasi mereka terus berkurang drastis tanpa penjelasan yang memuaskan dari perusahaan.

Keluhan ini menjadi viral setelah beberapa nasabah dengan pengikut media sosial yang besar secara terbuka memposting masalah mereka, sehingga kasus ini mendapat perhatian luas dari publik, media, regulator, hingga anggota DPR. https://www.youtube.com/live/jnQaWajdFWk?si=9pGcHwtL3fweY9-9; https://youtu.be/buyD8MFZWlc?si=QxCToIGQhjwXaVaK

Inti Permasalahan yang Dialami Nasabah

Masalah yang dihadapi nasabah Prudential dalam kasus ini terutama meliputi:

- **Hasil Investasi di Bawah Ekspektasi:**

Banyak nasabah merasa tidak mendapatkan informasi jelas bahwa hasil investasi dalam unit link bisa berfluktuasi dan bahkan bisa mengalami kerugian. Sebagian besar nasabah merasa dijanjikan hasil investasi tinggi secara pasti oleh agen asuransi Prudential saat mereka membeli polis. Terlebih ilustrasi dana investasi memberikan imbal hasil 5%, 10% dan 15%, padahal investasi dapat imbal hasilnya negatif.

- **Pemotongan Premi yang Tinggi:**

Banyak nasabah juga mengeluhkan bahwa nilai saldo investasi unit link mereka tergerus sangat signifikan karena tingginya biaya-biaya administrasi, biaya proteksi, serta komisi agen yang dipotong langsung dari premi bulanan atau tahunan. Pembebanan biaya ini tidak dijelaskan secara terbuka di awal kepada nasabah, berapa besarnya, dan sampai kapan pembebanan ini dilakukan.

- **Kurangnya Transparansi Produk:**

Nasabah menuding bahwa Prudential kurang transparan dalam memberikan informasi mengenai risiko investasi produk unit link, terutama terkait biaya-biaya tambahan yang dikenakan secara rutin setiap bulan atau tahun.

Respons Publik dan Viral di Media Sosial

Kekecewaan nasabah Prudential Indonesia atas produk unit link-nya menjadi topik viral yang dibahas secara intensif di media sosial seperti *Twitter*, *Instagram*, *TikTok*, dan *YouTube* pada awal tahun 2022. Ribuan nasabah menggunakan hashtag khusus seperti **#korbanunitlink** untuk membagikan pengalaman buruk mereka dengan produk unit link Prudential. Bahkan sejumlah *influencer* dan artis ikut membahas kasus ini secara terbuka di media sosial mereka.

Reaksi keras publik ini mendorong banyak media nasional melakukan investigasi mendalam mengenai isu produk unit link di Indonesia secara umum, dengan Prudential sebagai salah satu contoh kasus utama yang mendapat perhatian luas.

Tindakan Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Merespons kontroversi ini, OJK melakukan langkah tegas dengan memanggil manajemen Prudential Indonesia untuk menjelaskan permasalahan unit link yang ramai diperbincangkan. OJK menegaskan bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan informasi produk secara jelas, akurat, transparan, dan tidak menyesatkan kepada nasabah.

OJK juga menegaskan kembali pentingnya perusahaan asuransi memperbaiki sistem edukasi produk kepada nasabah, agar nasabah benar-benar memahami produk yang mereka beli, terutama produk unit link yang memiliki risiko investasi tinggi dan tidak pasti hasilnya.

Penyelesaian dan Langkah-Langkah Perbaikan oleh Prudential

Menanggapi kontroversi ini, Prudential Indonesia mengakui bahwa terdapat kekurangan dalam komunikasi informasi produk unit link mereka kepada nasabah. Perusahaan kemudian melakukan sejumlah langkah perbaikan, di antaranya:

- **Memperbaiki transparansi komunikasi produk:**

Prudential memperkuat komunikasi tentang risiko investasi unit link kepada calon nasabah dengan lebih jelas, tegas, dan detail.

- **Peningkatan edukasi nasabah dan agen asuransi:**

  Prudential memperkuat pelatihan kepada agen pemasaran mereka agar mampu memberikan informasi secara akurat, jujur, dan transparan mengenai produk unit link kepada nasabah.

- **Pembentukan mekanisme penanganan keluhan nasabah yang lebih baik:**

  Perusahaan menyediakan kanal pengaduan khusus bagi nasabah yang memiliki keluhan serius mengenai produk unit link, serta berjanji untuk lebih responsif dalam menyelesaikan pengaduan-pengaduan tersebut.

Pembelajaran Penting dari Kontroversi Unit Link Prudential

Kasus Prudential Indonesia memberikan beberapa pelajaran penting terkait perlindungan konsumen dalam produk asuransi unit link, yaitu:

- **Pentingnya edukasi konsumen secara jelas dan transparan:**

  Konsumen perlu diedukasi secara intensif dan transparan mengenai risiko produk unit link agar mereka memahami bahwa investasi tersebut memiliki risiko pasar, termasuk potensi kerugian.

- **Transparansi biaya produk unit link:**

  Perusahaan asuransi harus transparan mengenai semua biaya-biaya yang dibebankan kepada nasabah, sehingga nasabah dapat menghitung secara realistis mengenai hasil investasi yang akan diperoleh.

- **Pengawasan yang ketat oleh OJK terhadap produk asuransi investasi:**

  OJK harus terus memperketat pengawasan terhadap produk-produk asuransi investasi yang berisiko tinggi untuk mencegah kasus serupa di masa depan.

- **Peran media sosial sebagai alat advokasi konsumen:**

Media sosial telah terbukti sangat efektif dalam mendorong regulator dan perusahaan untuk bertindak cepat demi melindungi hak-hak konsumen.

Kasus kontroversi produk unit link Prudential Indonesia menjadi contoh nyata pentingnya perlindungan konsumen, terutama dalam produk asuransi yang mengandung unsur investasi seperti unit link. Kejadian ini menjadi momentum bagi industri perasuransian Indonesia untuk lebih transparan, jujur, dan berhati-hati dalam menawarkan produk kepada masyarakat, serta untuk regulator agar terus meningkatkan pengawasan terhadap industri yang berkembang sangat pesat ini.

Diharapkan melalui pembelajaran ini, produk asuransi unit link dapat ditawarkan dengan lebih bijaksana, sehingga konsumen terlindungi secara optimal, dan kepercayaan publik terhadap industri perasuransian di Indonesia tetap terjaga dengan baik.

F. Kasus *Mis-selling* Produk Asuransi Unit Link oleh AXA Mandiri

Latar Belakang Kasus

AXA Mandiri merupakan perusahaan asuransi jiwa *joint venture* antara Bank Mandiri dan AXA Group yang telah beroperasi di Indonesia sejak tahun 2003. Sebagai perusahaan asuransi bancassurance terkemuka, AXA Mandiri memasarkan berbagai produk asuransi jiwa, terutama produk asuransi berjenis unit link yang dijual melalui cabang-cabang Bank Mandiri di seluruh Indonesia.

Produk unit link yang ditawarkan AXA Mandiri sangat diminati karena dipasarkan sebagai kombinasi antara perlindungan jiwa dan investasi dalam satu polis, dengan potensi keuntungan investasi yang menarik. Namun, beberapa tahun terakhir, perusahaan ini menghadapi kontroversi besar terkait praktik pemasaran produk unit link yang dianggap menyesatkan konsumen (*mis-selling*).

Apa Itu *Mis-selling* Unit Link?

Mis-selling adalah praktik penjualan yang menyesatkan, di mana produk asuransi dijual kepada nasabah tanpa memberikan informasi yang jelas, lengkap, atau bahkan keliru mengenai karakteristik produk, risiko investasi, biaya, premi, maupun manfaatnya. Akibat *mis-selling*, nasabah akhirnya merasa dirugikan karena tidak mendapatkan manfaat seperti yang dijanjikan atau justru mengalami kerugian besar.

Dalam kasus AXA Mandiri, *mis-selling* produk unit link terjadi secara luas di berbagai daerah di Indonesia, di mana nasabah mengklaim bahwa mereka mendapatkan informasi tidak lengkap atau bahkan keliru dari agen pemasaran, sales bank, atau financial advisor ketika membeli produk tersebut.

Kronologi Kasus dan Dampaknya terhadap Nasabah

Kasus mis-selling AXA Mandiri mencuat pada tahun 2020 hingga 2021, ketika ratusan nasabah di berbagai kota seperti Jakarta, Surabaya, Bandung, dan Medan secara terbuka menyampaikan keluhan mereka kepada publik melalui media sosial, media nasional, hingga melaporkannya ke Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Contoh kasus nyata adalah sejumlah nasabah yang semula datang ke Bank Mandiri hanya untuk membuka rekening tabungan atau deposito biasa, tetapi kemudian ditawarkan produk investasi yang mereka anggap sebagai “tabungan biasa dengan keuntungan tinggi”. Mereka tidak dijelaskan secara detail dan tegas bahwa produk tersebut merupakan asuransi jiwa jenis unit link yang memiliki risiko investasi tinggi dan biaya administrasi yang besar.

Sebagian besar nasabah mengeluh karena saldo investasi mereka tidak bertambah signifikan atau bahkan mengalami kerugian setelah beberapa tahun. Mereka juga baru menyadari bahwa premi bulanan atau tahunan yang mereka bayarkan sebagian besar dipotong untuk biaya-biaya asuransi yang tidak pernah dijelaskan secara terbuka oleh tenaga pemasaran.

Reaksi Publik dan Viral di Media Sosial

Kasus ini menjadi sangat viral di media sosial, terutama di Twitter dan Instagram, di mana nasabah yang merasa dirugikan secara aktif berbagi pengalaman buruk mereka dengan tagar seperti **#KorbanMisSellingUnitLink** dan **#AXAMandiriGagalBayar**. Publik menjadi sangat kritis terhadap praktik pemasaran unit link AXA Mandiri, dan desakan publik terhadap regulator serta perusahaan untuk bertindak cepat semakin kuat.

Media nasional juga gencar melakukan investigasi terhadap kasus ini, memuat testimoni berbagai nasabah yang merasa tertipu akibat kurangnya informasi yang transparan dari sales bank atau agen asuransi mengenai produk yang mereka beli.

Tanggapan OJK

Menanggapi keluhan nasabah yang masif, OJK telah memanggil jajaran direksi AXA Mandiri dan mewajibkan perusahaan menyelesaikan pengaduan nasabah secara individual, karena potensi kekeliruan antara lain:

- Praktik pemasaran yang tidak transparan:
  Nasabah tidak diberikan penjelasan yang jelas tentang produk unit link, terutama mengenai risiko investasi, biaya premi, biaya administrasi, serta potensi kerugian dalam produk investasi tersebut.
- Kurangnya edukasi nasabah oleh tenaga pemasaran:
  Sales bank atau agen AXA Mandiri yang memasarkan produk tersebut dianggap kurang memberikan edukasi secara jelas tentang sifat produk unit link yang sebenarnya, sehingga nasabah tidak benar-benar memahami produk yang mereka beli.

Langkah Penanganan dan Penyelesaian Masalah oleh AXA Mandiri

Setelah mendapat tekanan keras dari nasabah, regulator, dan publik, AXA Mandiri melakukan sejumlah langkah perbaikan, antara lain:

- Peningkatan edukasi internal dan pelatihan agen:
  AXA Mandiri memperbaiki kualitas pelatihan kepada tenaga pemasar agar mereka mampu menyampaikan informasi produk secara benar, lengkap, dan transparan kepada nasabah.
- Mekanisme pengaduan yang lebih responsif:
  Perusahaan membuka layanan pengaduan khusus bagi nasabah yang mengalami kasus mis-selling, serta

menyelesaikan beberapa kasus secara individual, termasuk menawarkan solusi pengembalian premi atau restrukturisasi polis bagi nasabah yang merasa dirugikan.

- Memperkuat pengawasan internal:
  AXA Mandiri juga memperkuat sistem pengawasan internal untuk memastikan praktik pemasaran yang tidak transparan dapat diminimalkan atau bahkan dihilangkan.

Pelajaran Penting dari Kasus *Mis-selling* Unit Link AXA Mandiri

Kasus *mis-selling* produk unit link AXA Mandiri memberikan beberapa pelajaran penting bagi industri perasuransian di Indonesia, yaitu:

- Pentingnya transparansi informasi kepada konsumen:
  Informasi produk harus diberikan secara jujur, jelas, dan transparan agar konsumen memahami produk yang dibeli dan risiko yang dihadapi.
- Peran regulator dalam melindungi konsumen:
  Pentingnya OJK dalam melakukan pengawasan yang ketat terhadap praktik pemasaran produk asuransi, khususnya produk investasi seperti unit link.
- Pentingnya edukasi tenaga pemasaran produk asuransi:
  Perusahaan harus memastikan tenaga pemasaran memiliki pemahaman yang baik tentang produk dan kewajiban menyampaikan informasi yang benar dan jelas kepada nasabah.
- Pentingnya literasi keuangan bagi masyarakat:
  Konsumen harus didorong untuk memiliki tingkat literasi keuangan yang baik agar tidak mudah tertipu atau tergoda

dengan janji-janji investasi yang terlalu tinggi tanpa memahami risikonya.

Kasus *mis-selling* unit link AXA Mandiri merupakan contoh nyata bahwa industri perasuransian perlu terus memperbaiki praktik pemasarannya agar tidak merugikan nasabah. Perusahaan harus menjunjung tinggi transparansi, edukasi konsumen, dan etika bisnis yang kuat agar kepercayaan masyarakat terhadap produk asuransi, khususnya produk unit link, tetap terjaga.

Melalui kasus ini, diharapkan seluruh pihak di industri perasuransian dapat belajar untuk mencegah kasus serupa terulang kembali di masa depan, sehingga industri perasuransian Indonesia tetap dipercaya oleh masyarakat luas.

G. Berbagai Kasus Penolakan Klaim Asuransi

Salah satu isu yang seringkali menimbulkan ketidakpercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian adalah adanya penolakan klaim secara sepihak oleh perusahaan asuransi dengan interpretasi klausul polis yang kontroversial. Berikut ini adalah contoh nyata yang terjadi di Indonesia, melibatkan perusahaan asuransi besar, yang dapat memberikan gambaran jelas mengenai bagaimana isu tersebut berkembang dan dampaknya terhadap kepercayaan publik.

Kasus 1: Penolakan Klaim Asuransi Kesehatan oleh XXX Indonesia (*Pre-Existing Condition*)

Latar Belakang Kasus:

Pada tahun 2017, XXX LIFE Indonesia, salah satu perusahaan asuransi besar di Indonesia, tersangkut kasus kontroversial akibat laporan dari nasabah yang klaim asuransi kesehatannya ditolak perusahaan. Salah satu kasus yang

menonjol adalah kasus yang dialami oleh seorang nasabah berinisial IA.

IA adalah nasabah XXX Life yang rutin membayar premi asuransi kesehatan selama bertahun-tahun. Saat mengalami sakit dan menjalani perawatan medis, ia mengajukan klaim penggantian biaya kesehatan sebesar lebih dari Rp 10 juta.

Alasan Penolakan Klaim oleh XXX Life:

Namun, perusahaan XXX menolak klaim tersebut dengan alasan bahwa nasabah dianggap memiliki kondisi pra-eksisting (*pre-existing condition*). XXX menganggap kondisi medis nasabah sudah ada sebelum polis berlaku, meskipun nasabah menegaskan bahwa ia tidak pernah mengetahui atau didiagnosis mengalami penyakit tersebut sebelumnya.

Selain alasan *pre-existing condition*, XXX juga meminta dokumen medis tambahan yang sangat detail, yang dianggap nasabah sebagai bentuk "pemaksaan" agar klaim tidak dibayarkan.

Polemik dan Sengketa yang Terjadi:

Nasabah merasa keberatan dan membawa kasus ini ke ranah hukum. Ia melaporkan XXX Life kepada pihak kepolisian dengan tuduhan pelanggaran pidana atas penolakan klaim yang tidak berdasar dan dianggap merugikan dirinya sebagai konsumen.

Kasus ini menjadi ramai diberitakan media nasional, menciptakan dampak negatif besar terhadap citra XXX Life di Indonesia. Banyak masyarakat menjadi khawatir akan nasib klaim mereka yang mungkin akan bernasib sama.

Penyelesaian Sengketa:

Setelah kasus ini ramai di media, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) turut campur tangan dalam menyelesaikan masalah ini. XXX Life akhirnya melakukan pendekatan mediasi dengan nasabah. Setelah melalui proses mediasi yang cukup panjang, akhirnya perusahaan setuju membayar klaim nasabah secara penuh.

Namun, kasus ini tetap menjadi perhatian serius mengenai betapa pentingnya transparansi perusahaan asuransi dalam menjelaskan klausul *pre-existing condition* kepada nasabah sejak awal, agar sengketa serupa tidak terjadi lagi.

Kasus 2: Penolakan Klaim Asuransi Kendaraan oleh PT Asuransi XXX (Keterlambatan Pelaporan Klaim)

Latar Belakang Kasus:

Pada tahun 2020, PT Asuransi XXX menghadapi kontroversi terkait kasus penolakan klaim asuransi kendaraan yang dialami oleh seorang nasabah bernama GA, seorang warga Surabaya.

GA merupakan nasabah asuransi kendaraan yang telah rutin membayar premi selama beberapa tahun. Ia mengalami kecelakaan lalu lintas pada pertengahan tahun 2020 yang menyebabkan kerusakan parah pada mobilnya, dengan biaya perbaikan ditaksir mencapai sekitar Rp. 45 juta.

Alasan Penolakan Klaim oleh Asuransi XXX:

GA mengajukan klaim beberapa hari setelah kejadian. Namun, pihak Asuransi XXX menolak klaim tersebut dengan alasan bahwa nasabah telah terlambat melaporkan klaim sesuai klausul yang tertera dalam polis. Menurut perusahaan, klaim seharusnya dilaporkan maksimal 3x24 jam setelah kejadian.

GA berargumen bahwa ia terlambat melaporkan karena kondisi darurat setelah kecelakaan dan sedang fokus pada pemulihan kesehatan, bukan karena sengaja mengabaikan ketentuan polis.

Polemik dan Sengketa yang Terjadi:

Nasabah yang merasa dirugikan kemudian mengajukan pengaduan secara resmi kepada OJK serta mempublikasikan kasus ini di media sosial dan media nasional. Kasus ini mendapat perhatian luas dari publik karena dianggap sebagai bentuk interpretasi sepihak klausul polis oleh perusahaan asuransi, yang merugikan konsumen secara tidak adil.

Banyak masyarakat yang mengecam keras sikap perusahaan tersebut dan mulai mempertanyakan kredibilitas polis asuransi kendaraan yang mereka miliki.

Penyelesaian Sengketa:

Setelah melalui mediasi oleh OJK dan tekanan publik yang cukup besar, pihak PT Asuransi XXX akhirnya memutuskan untuk membayar klaim tersebut. Penyelesaian dilakukan dengan mekanisme khusus melalui proses mediasi yang difasilitasi oleh OJK dan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS).

Meskipun akhirnya diselesaikan, kasus ini menjadi pelajaran penting bagi perusahaan asuransi untuk tidak terlalu kaku dalam menafsirkan klausul polis, khususnya yang berkaitan dengan batas waktu pelaporan klaim.

Dampak Kedua Kasus terhadap Kepercayaan Publik

Kasus-kasus tersebut menggambarkan betapa sensitifnya isu penolakan klaim asuransi, terutama jika penolakan tersebut

dianggap kurang kuat secara bukti atau interpretasi klausul yang tidak transparan sejak awal polis diterbitkan.

Penolakan klaim yang kontroversial ini secara signifikan menciptakan ketidakpercayaan publik terhadap industri perasuransian secara keseluruhan. Masyarakat menjadi ragu dalam membeli produk asuransi karena khawatir klaim mereka akan ditolak secara tidak adil pada saat dibutuhkan.

Untuk itu, perusahaan asuransi harus memperbaiki transparansi dalam polis asuransi serta meningkatkan edukasi kepada konsumen agar nasabah memahami secara jelas hak dan kewajiban mereka dalam mengajukan klaim. Perusahaan asuransi juga dituntut mengedepankan prinsip *utmost good faith* dalam memproses pengajuan klaim, dimana nasabah tidak mampu memenuhi ketentuan polis karena kondisi kesehatan. Atau nasabah tidak bisa memberikan polis asli, karena dokumen tersebut musnah akibat banjir, kebakaran atau tsunami, maka perusahaan asuransi harus dapat memahami dan menerima kondisi yang dialami nasabah, serta mencarikan solusi terbaik. Ini adalah demi melaksanakan *utmost good faith* yang sesungguhnya, yang harus dipraktikkan terlebih dahulu oleh perusahaan asuransi. Selain itu, regulator juga harus memperkuat pengawasan serta menyediakan mekanisme pengaduan konsumen yang cepat, adil, dan efektif.

Kasus-kasus di atas menjadi peringatan penting bahwa transparansi dalam proses *underwriting*, klaim, serta edukasi nasabah merupakan kunci utama dalam menciptakan kepercayaan publik terhadap industri perasuransian. Interpretasi yang sepihak oleh perusahaan terhadap klausul polis harus diminimalkan dengan menyediakan informasi jelas dan terperinci sejak awal pembelian polis.

Hanya dengan pendekatan transparan, adil, *utmost good faith* dan konsisten terhadap klaim nasabah, industri perasuransian di Indonesia akan mampu menjaga kepercayaan dan loyalitas konsumennya dalam jangka panjang.

24.6 Kasus-Kasus Penolakan Klaim Asuransi Terkenal di Tingkat Global

Penolakan klaim asuransi tidak hanya menjadi isu di Indonesia, namun juga menjadi masalah kontroversial secara global. Berbagai kasus penolakan klaim di negara-negara seperti Inggris, Amerika Serikat, dan negara lain memberikan pelajaran berharga mengenai pentingnya transparansi dan perlindungan konsumen. Berikut ini adalah beberapa contoh nyata dari kasus penolakan klaim asuransi yang sangat terkenal dan kontroversial di dunia:

Kasus 1: Penolakan Klaim Asuransi Jiwa oleh XXX di Inggris (Kasus MF, 2013)

Latar Belakang Kasus:

MF adalah seorang nasabah asuransi jiwa dari XXX, salah satu perusahaan asuransi terbesar di Inggris. Pada tahun 2013, MF meninggal dunia akibat serangan jantung mendadak. Keluarganya kemudian mengajukan klaim polis asuransi jiwa senilai £82.000 yang selama ini telah dibayar preminya secara rutin selama bertahun-tahun.

Alasan Penolakan Klaim oleh XXX:

XXX menolak klaim tersebut dengan alasan bahwa MF dianggap tidak sepenuhnya jujur ketika mengisi formulir aplikasi asuransi, khususnya mengenai riwayat kesehatannya.

Perusahaan berpendapat bahwa nasabah tidak mengungkapkan secara jujur mengenai kebiasaan merokoknya di masa lalu, yang dianggap sebagai faktor risiko penting dalam underwriting polis.

Polemik dan Sengketa yang Terjadi:

Keluarga MF merasa sangat dirugikan dan membawa kasus ini ke ***Financial Ombudsman Service*** **(FOS)**, lembaga independen Inggris yang bertugas menyelesaikan sengketa konsumen asuransi secara adil. Setelah investigasi mendalam, FOS menemukan bahwa klaim XXX mengenai riwayat merokok MF kurang berdasar kuat, karena tidak ditemukan bukti medis atau dokumentasi yang jelas bahwa Foreman adalah perokok aktif saat mengajukan polis.

Penyelesaian Sengketa:

FOS akhirnya memutuskan bahwa penolakan klaim oleh XXX tidak adil dan merekomendasikan agar perusahaan membayar klaim penuh kepada keluarga MF. Kasus ini mendapat sorotan luas media di Inggris dan menjadi pelajaran penting tentang bagaimana perusahaan asuransi perlu berhati-hati dalam menolak klaim berdasarkan alasan underwriting yang kurang kuat.

Kasus 2: Kasus Penolakan Klaim Kerusakan Properti akibat Badai Katrina oleh *State Farm Insurance* di Amerika Serikat (2005-2007)

Latar Belakang Kasus:

Pada tahun 2005, Badai Katrina menerjang Amerika Serikat, khususnya negara bagian Louisiana dan Mississippi. Ribuan rumah dan properti hancur akibat badai tersebut. Banyak korban memiliki asuransi properti dari *State Farm Insurance*,

perusahaan asuransi terbesar di AS dalam hal asuransi properti dan kecelakaan (*property and casualty insurance*).

Alasan Penolakan Klaim oleh *State Farm*:

Setelah bencana, *State Farm* menolak banyak klaim yang diajukan oleh pemilik properti dengan alasan bahwa kerusakan properti disebabkan oleh banjir (*flooding*), bukan badai angin (*windstorm*). Polis asuransi standar *State Farm* umumnya mengecualikan kerusakan akibat banjir dan hanya menanggung kerusakan akibat angin badai.

Polemik dan Sengketa yang Terjadi:

Penolakan tersebut menimbulkan kemarahan dan polemik besar di Amerika Serikat. Ribuan nasabah menggugat *State Farm* secara massal (*class action lawsuit*) dengan tuduhan bahwa perusahaan sengaja menafsirkan klausul polis secara sempit demi menghindari pembayaran klaim dalam jumlah besar.

Investigasi mendalam oleh regulator menemukan bahwa *State Farm* dan beberapa perusahaan asuransi lain memang cenderung menafsirkan klausul polis secara sepihak untuk menghindari pembayaran klaim korban Badai Katrina.

Penyelesaian Sengketa:

Pada akhirnya, *State Farm* setuju untuk membayar klaim melalui penyelesaian hukum di luar pengadilan dengan total pembayaran mencapai lebih dari USD 250 juta kepada para nasabah yang menggugat. Kasus ini secara luas dianggap sebagai salah satu kasus sengketa klaim asuransi properti terbesar dalam sejarah Amerika Serikat, menjadi pelajaran tentang pentingnya kejelasan klausul polis dan interpretasi yang adil terhadap polis asuransi (Broussard v. State Farm 2007)

Kasus 3: Penolakan Klaim Asuransi Kesehatan oleh *Anthem Blue Cross* di California, AS (2010)

Latar Belakang Kasus:

Anthem Blue Cross adalah salah satu perusahaan asuransi kesehatan terbesar di California. Pada tahun 2010, *Anthem Blue Cross* menjadi pusat kontroversi setelah menolak klaim medis dari ratusan nasabah dengan alasan keterlambatan pelaporan atau ketidaklengkapan informasi.

Alasan Penolakan Klaim oleh *Anthem Blue Cross*:

Anthem Blue Cross beralasan bahwa para nasabah tidak melaporkan secara detail atau terlambat melaporkan kondisi medis mereka sehingga dianggap melanggar ketentuan polis. Penolakan ini menimbulkan reaksi keras di kalangan publik.

Polemik dan Sengketa yang Terjadi:

Setelah mendapat perhatian media dan investigasi regulator, ditemukan bahwa *Anthem Blue Cross* menggunakan pendekatan yang terlalu ketat dalam menafsirkan klausul polis. Regulator menemukan bahwa banyak penolakan klaim tidak memiliki dasar kuat dan dianggap tidak adil terhadap konsumen.

Penyelesaian Sengketa:

Regulator California kemudian menjatuhkan denda sebesar USD 1 juta terhadap *Anthem Blue Cross* dan memerintahkan perusahaan untuk meninjau kembali klaim-klaim yang ditolak tersebut. Setelah tinjauan ulang, perusahaan akhirnya membayar kembali sebagian besar klaim yang sebelumnya ditolak.

Kasus ini menjadi contoh penting bagaimana interpretasi klausul polis yang terlalu ketat oleh perusahaan asuransi dapat menyebabkan ketidakadilan besar bagi konsumen.

Pelajaran Penting dari Kasus-Kasus Global Ini

Kasus-kasus di atas menunjukkan bahwa isu penolakan klaim asuransi dengan interpretasi klausul yang sepihak tidak hanya terjadi di Indonesia tetapi merupakan isu global yang perlu mendapat perhatian serius dari seluruh pelaku industri perasuransian.

Transparansi, kejelasan informasi polis sejak awal, serta mekanisme penyelesaian sengketa yang cepat, adil, dan efektif merupakan kunci dalam mencegah ketidakpercayaan publik terhadap industri perasuransian di seluruh dunia.

24.7 Peran Lembaga Perlindungan Konsumen Asuransi

Dalam setiap transaksi asuransi, posisi konsumen seringkali lebih lemah dibandingkan dengan perusahaan asuransi, baik dari segi pengetahuan, pemahaman polis, maupun kekuatan ekonomi. Oleh karena itu, keberadaan lembaga perlindungan konsumen dalam sektor asuransi menjadi sangat penting untuk menjaga keseimbangan hubungan antara konsumen dan perusahaan asuransi, sekaligus untuk meningkatkan kepercayaan publik terhadap industri perasuransian secara keseluruhan.

Di Indonesia dan berbagai negara lainnya, berbagai lembaga khusus dibentuk untuk melindungi hak-hak konsumen asuransi. Berikut ini adalah penjelasan rinci mengenai peran strategis lembaga-lembaga tersebut.

1. Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Di Indonesia, OJK memiliki peran utama dalam melindungi konsumen sektor jasa keuangan termasuk asuransi. OJK bertanggung jawab untuk memastikan bahwa seluruh pelaku usaha jasa keuangan, khususnya perusahaan asuransi, mematuhi aturan perlindungan konsumen yang ketat.

Peran utama OJK dalam perlindungan konsumen asuransi antara lain:

- Pengawasan Ketat Terhadap Praktik Bisnis:
  OJK secara aktif melakukan pengawasan terhadap perusahaan asuransi untuk memastikan bahwa produk asuransi dijual secara transparan dan tidak merugikan konsumen.
- Penanganan Pengaduan Konsumen:
  OJK menyediakan mekanisme pengaduan online maupun offline bagi konsumen yang mengalami masalah dengan perusahaan asuransi. OJK juga menindaklanjuti aduan tersebut dengan melakukan investigasi dan mediasi secara efektif.
- Penerapan Sanksi kepada Perusahaan:
  OJK berwenang memberikan sanksi administratif yang tegas bagi perusahaan asuransi yang melanggar ketentuan perlindungan konsumen, mulai dari peringatan tertulis, denda, hingga pencabutan izin usaha.

2. Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) Sektor Jasa Keuangan

LAPS merupakan lembaga independen yang secara khusus bertugas untuk menyelesaikan sengketa antara konsumen dan

perusahaan jasa keuangan, termasuk perusahaan asuransi, di luar pengadilan. Kehadiran LAPS bertujuan untuk memberikan akses keadilan yang lebih cepat, murah, transparan, dan efektif kepada konsumen.

Peran penting LAPS antara lain:

- Mediasi dan Arbitrase Sengketa:
  LAPS menyediakan jalur alternatif penyelesaian sengketa melalui proses mediasi dan arbitrase yang lebih cepat dibandingkan proses pengadilan. Hasil mediasi atau arbitrase bersifat mengikat, sehingga menjamin kepastian hukum bagi konsumen.
- Memberikan Rekomendasi Kepada Perusahaan:
  LAPS dapat memberikan rekomendasi yang objektif kepada perusahaan asuransi untuk memenuhi klaim konsumen yang sebelumnya ditolak secara sepihak.
- Edukasi Konsumen:
  LAPS juga berperan aktif dalam mengedukasi masyarakat mengenai hak-hak mereka sebagai konsumen asuransi serta mekanisme pengaduan yang efektif jika menghadapi masalah.

3. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI)

YLKI merupakan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang sudah lama berperan aktif dalam melindungi hak konsumen di Indonesia, termasuk dalam sektor asuransi.

Peran strategis YLKI antara lain:

- Advokasi Publik:
  YLKI secara aktif melakukan advokasi publik mengenai berbagai kasus perlindungan konsumen, termasuk kasus-kasus asuransi yang merugikan konsumen. YLKI juga aktif menekan pemerintah dan regulator agar bertindak lebih tegas dalam melindungi konsumen.
- Edukasi dan Penyadaran Konsumen:
  YLKI rutin memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai literasi keuangan, termasuk risiko dan manfaat produk asuransi agar masyarakat lebih kritis dalam memilih produk asuransi.
- Investigasi Independen:
  YLKI juga melakukan investigasi independen terhadap berbagai kasus kontroversial di industri perasuransian dan mempublikasikan hasil investigasinya secara terbuka untuk mendorong transparansi perusahaan asuransi.

4. Lembaga Perlindungan Konsumen di Negara Lain

Beberapa negara lain memiliki lembaga perlindungan konsumen asuransi yang sangat efektif, di antaranya:

a. *Financial Ombudsman Service* (FOS) – Inggris

- FOS adalah lembaga independen di Inggris yang memiliki peran utama dalam menyelesaikan sengketa antara konsumen dengan perusahaan asuransi secara cepat, transparan, dan tanpa biaya.
- Keputusan FOS bersifat mengikat bagi perusahaan asuransi, sehingga menjamin hak konsumen terlindungi dengan optimal.

b. *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC) – Amerika Serikat

- NAIC bertugas melindungi konsumen melalui regulasi yang ketat, pengawasan pasar asuransi yang efektif, serta menyediakan mekanisme pengaduan yang jelas bagi konsumen asuransi di AS.

c. *Monetary Authority of Singapore* (MAS) – Singapura

- MAS bertugas secara ketat mengatur dan mengawasi industri perasuransian di Singapura, memastikan bahwa perusahaan asuransi menjalankan praktik bisnis yang adil dan transparan bagi konsumen.

5. Manfaat Strategis Lembaga Perlindungan Konsumen Asuransi

Kehadiran lembaga perlindungan konsumen asuransi memiliki manfaat yang sangat besar bagi industri perasuransian, di antaranya:

- Meningkatkan Kepercayaan Publik:
  Konsumen merasa lebih terlindungi sehingga kepercayaan terhadap industri perasuransian semakin meningkat.
- Mengurangi Konflik dan Sengketa Hukum:
  Dengan adanya mekanisme penyelesaian sengketa alternatif, jumlah kasus yang masuk ke pengadilan dapat dikurangi secara signifikan, sehingga biaya hukum dapat ditekan.
- Mendorong Perusahaan untuk Lebih Transparan:
  Tekanan dari lembaga perlindungan konsumen membuat perusahaan asuransi lebih transparan dalam pemasaran dan penanganan klaim, sehingga kualitas pelayanan kepada konsumen meningkat.

- Menjaga Stabilitas Pasar Asuransi:
  Perlindungan konsumen yang kuat membantu menciptakan pasar asuransi yang sehat, adil, dan stabil dalam jangka panjang.

Peran lembaga perlindungan konsumen sangat penting untuk menciptakan industri perasuransian yang sehat, adil, transparan, dan dipercaya oleh masyarakat. Regulasi yang kuat, pengawasan yang efektif, serta mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa yang adil merupakan elemen kunci dalam memastikan bahwa konsumen mendapatkan perlindungan optimal dalam setiap transaksi asuransi.

Dengan semakin kuatnya peran lembaga perlindungan konsumen ini, diharapkan industri perasuransian di Indonesia dan dunia dapat terus tumbuh secara berkelanjutan dengan dukungan kepercayaan penuh dari masyarakat.

24.8 Problematika Pemasaran dan Penjualan Asuransi di Indonesia

Permasalahan dalam pemasaran produk asuransi di Indonesia kerap kali muncul akibat pendekatan pemasaran yang tidak tepat sasaran dan kurang memperhatikan kebutuhan masyarakat. Sebagian besar masyarakat Indonesia masih awam terhadap konsep asuransi. Kondisi ini diperparah dengan praktik pemasaran produk asuransi yang sering kali menyesatkan dan merugikan masyarakat akibat minimnya kompetensi para pemasar atau agen asuransi yang hanya mengejar target komisi semata.

Menurut penelitian Otoritas Jasa Keuangan (OJK), literasi keuangan masyarakat Indonesia baru mencapai angka sekitar 49,68% pada tahun 2022, sementara literasi di sektor asuransi

masih jauh lebih rendah. Kondisi ini membuat masyarakat Indonesia rentan menjadi korban dari praktik mis-selling atau penjualan yang keliru, karena ketidaktahuan mereka terhadap produk yang ditawarkan (OJK, 2022).

Tidak semua anggota masyarakat sebenarnya mampu dan membutuhkan produk asuransi. Ada banyak faktor yang menentukan kelayakan seseorang dalam menggunakan asuransi, seperti kondisi ekonomi, kesehatan, usia, dan kebutuhan spesifik lainnya. Namun, banyak agen atau pemasar asuransi di lapangan mengabaikan faktor-faktor tersebut. Mereka lebih berfokus pada produksi dan mengejar komisi daripada memastikan bahwa produk yang mereka tawarkan benar-benar cocok dan dibutuhkan oleh calon tertanggung (YLKI, 2021).

Salah satu akar permasalahan ini adalah sistem perekrutan agen atau tenaga pemasar yang kurang selektif. Banyak perusahaan asuransi yang merekrut agen secara serampangan tanpa verifikasi kualifikasi yang memadai. Prinsip “garbage in, garbage out” sangat relevan dalam konteks ini; ketika perekrutan agen dilakukan asal-asalan, maka kualitas pelayanan yang diberikan kepada konsumen pun menjadi rendah (Rejda & McNamara, 2017).

Selain masalah perekrutan, sistem pelatihan agen asuransi di Indonesia juga menjadi sorotan. Pelatihan yang diberikan kepada agen sering kali sangat singkat, dengan durasi yang terbatas dan materi yang lebih didominasi oleh motivasi daripada pemahaman mendalam mengenai prinsip dasar asuransi dan pengetahuan produk (*product knowledge*). Akibatnya, agen atau pemasar tidak memiliki kompetensi yang cukup untuk menjelaskan manfaat dan risiko produk kepada calon konsumen secara jelas dan transparan (Dorfman, 2012).

Lebih lanjut, sistem dan kegiatan edukasi literasi keuangan dan inklusi asuransi di Indonesia masih sangat minim. Kegiatan edukasi yang dilakukan oleh pemimpin industri, praktisi, serta pengusaha asuransi belum masif, sehingga sebagian besar masyarakat masih memandang asuransi bukan sebagai kebutuhan, melainkan sebagai kewajiban yang dipaksakan. Akibatnya, banyak masyarakat yang membeli produk asuransi bukan atas dasar kebutuhan dan kesadaran sendiri, melainkan karena terpaksa akibat tekanan dari pihak eksternal seperti debitur atau saudara yang berprofesi sebagai agen asuransi (YLKI, 2021).

Dalam jangka panjang, praktik-praktik pemasaran dan penjualan yang keliru ini tidak hanya merugikan konsumen, tetapi juga berpotensi merusak citra dan reputasi industri perasuransian secara keseluruhan di Indonesia. Oleh karena itu, perbaikan sistem perekrutan, pelatihan agen, serta edukasi literasi keuangan masyarakat menjadi sangat penting dan mendesak untuk segera dilakukan oleh semua pemangku kepentingan dalam industri perasuransian.

24.9 Kegiatan Edukasi Literasi dan Inklusi Asuransi: Siapa Saja yang Melakukannya?

Literasi dan inklusi asuransi memiliki peranan yang sangat penting dalam mendukung pertumbuhan industri perasuransian di Indonesia. Dengan meningkatnya literasi dan inklusi asuransi, masyarakat menjadi lebih paham tentang manfaat asuransi, risiko produk, hak-hak mereka sebagai konsumen, serta mampu membuat keputusan finansial yang lebih baik. Namun demikian, kegiatan literasi dan inklusi asuransi ini tidak dapat berjalan optimal tanpa keterlibatan aktif dari berbagai pihak terkait. Lalu, siapa saja yang seharusnya aktif melakukan kegiatan edukasi ini?

1. Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Sebagai regulator sektor jasa keuangan di Indonesia, OJK memiliki peran utama dalam menjalankan program edukasi literasi dan inklusi asuransi secara nasional. Program seperti Survei Nasional Literasi dan Inklusi Keuangan (SNLIK) rutin dilaksanakan oleh OJK setiap tiga tahun sekali untuk memetakan tingkat literasi dan inklusi masyarakat terhadap produk keuangan, termasuk asuransi. OJK juga mengadakan berbagai seminar, workshop, dan kampanye publik yang bertujuan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuransi serta tata cara memilih produk yang sesuai dengan kebutuhan mereka (OJK, 2022).

2. Perusahaan Asuransi

Setiap perusahaan asuransi memiliki kewajiban moral dan tanggung jawab sosial untuk memberikan edukasi secara langsung kepada calon konsumen maupun konsumen yang sudah memiliki polis asuransi. Hal ini biasanya dilakukan melalui berbagai saluran seperti seminar online, webinar, media sosial, pelatihan internal bagi agen atau pemasar, serta kegiatan edukasi masyarakat melalui program tanggung jawab sosial perusahaan (*Corporate Social Responsibility* atau CSR). Perusahaan asuransi besar seperti Prudential, AXA Mandiri, Allianz, dan beberapa lainnya telah mulai melakukan aktivitas edukasi secara reguler, meskipun dalam praktiknya masih perlu terus ditingkatkan kualitas dan intensitasnya (YLKI, 2021).

3. Asosiasi Asuransi

Asosiasi perusahaan asuransi seperti Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) turut berperan penting dalam kegiatan edukasi literasi

asuransi. Mereka rutin menyelenggarakan seminar, workshop, diskusi panel, dan berbagai kegiatan publik lainnya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang asuransi. Asosiasi ini juga berfungsi sebagai jembatan komunikasi antara regulator, perusahaan asuransi, serta masyarakat dalam rangka menciptakan pasar asuransi yang sehat dan transparan (AAJI, 2022).

4. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI)

YLKI sebagai lembaga advokasi dan perlindungan konsumen berperan sangat strategis dalam kegiatan edukasi literasi keuangan dan asuransi. YLKI rutin memberikan edukasi kepada masyarakat melalui media massa, media sosial, serta berbagai kegiatan advokasi publik lainnya yang bertujuan meningkatkan kesadaran dan perlindungan konsumen terhadap risiko praktik *mis-selling* atau pemasaran yang tidak transparan (YLKI, 2021).

5. Akademisi dan Institusi Pendidikan

Kalangan akademisi serta institusi pendidikan tinggi memiliki peran vital dalam meningkatkan literasi asuransi. Mereka menjalankan kegiatan edukasi melalui penyelenggaraan kuliah umum, seminar akademik, penelitian, serta publikasi ilmiah terkait literasi keuangan dan asuransi. Perguruan tinggi yang memiliki program studi terkait bisnis, keuangan, atau asuransi, dapat menjadi pusat edukasi penting untuk menciptakan generasi muda yang lebih paham tentang asuransi dan mampu menyebarkan pengetahuan tersebut di masyarakat luas (Vaughan & Vaughan, 2014).

6. Media Massa dan Media Sosial

Media massa seperti televisi, radio, koran, majalah, dan media online memiliki peran strategis dalam penyebaran informasi yang akurat dan tepat tentang produk-produk asuransi. Media juga memiliki tanggung jawab untuk mengedukasi masyarakat secara objektif dan kritis mengenai manfaat dan risiko dari produk asuransi, sehingga masyarakat dapat membuat keputusan yang lebih baik. Media sosial, yang jangkauannya sangat luas, juga menjadi sarana penting dalam menyebarkan informasi edukasi asuransi secara cepat dan efektif kepada publik luas (YLKI, 2021).

7. Agen atau Tenaga Pemasar Asuransi

Tenaga pemasar atau agen asuransi yang kompeten memiliki potensi besar untuk melakukan edukasi langsung kepada calon konsumen. Oleh karena itu, penting bagi perusahaan asuransi untuk melatih agen mereka secara intensif, tidak hanya dari segi penjualan, tetapi juga tentang literasi keuangan, product knowledge yang komprehensif, serta etika pemasaran produk asuransi. Agen yang terlatih dan profesional dapat menjadi garda terdepan dalam kegiatan edukasi literasi asuransi kepada masyarakat (Rejda & McNamara, 2017).

Edukasi literasi dan inklusi asuransi merupakan tanggung jawab bersama berbagai pihak mulai dari regulator, perusahaan asuransi, asosiasi, lembaga konsumen, akademisi, media massa, hingga tenaga pemasar asuransi. Sinergi yang erat antara berbagai pemangku kepentingan ini sangat penting untuk menciptakan masyarakat Indonesia yang lebih paham tentang produk asuransi, sehingga produk ini tidak hanya dipandang

sebagai kewajiban atau beban, melainkan benar-benar dirasakan manfaatnya oleh masyarakat sebagai sebuah kebutuhan nyata.

Siapa saja yang telah melakukannya, penulis melakukan eksperimen menggunakan AI, dan ini hasilnya:

Program Edukasi Asuransi di Berbagai Institusi (2019–2024)

Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

OJK sebagai lembaga pemerintah konsisten menggalakkan literasi asuransi sebagai bagian dari edukasi keuangan nasional. Tema kegiatan yang diusung OJK umumnya terkait literasi dan inklusi keuangan, termasuk kampanye "Literasi Asuransi untuk Negeri" pada Hari Asuransi dan Bulan Inklusi Keuangan. Bentuk kegiatan bervariasi, meliputi edukasi langsung *offline* (seminar, sosialisasi di daerah, FinExpo) maupun *online* (webinar, kampanye digital). Peserta edukasi mencakup masyarakat umum (komunitas, UMKM, ibu rumah tangga), pelajar dan mahasiswa, hingga segmen khusus seperti komunitas di daerah 3T. Kegiatan ini berlangsung rutin setiap tahun.

Misalnya, setiap Oktober OJK menggelar *Financial Expo* (FinExpo) sebagai bagian Bulan Inklusi Keuangan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat akan produk jasa keuangan. Contoh lain, OJK Regional Sulawesi Tengah bersama asosiasi industri mengadakan kuliah umum literasi asuransi bertema "Transformasi Industri Perasuransian…" secara hybrid di Universitas Tadulako, Palu (25 April 2024), dihadiri lebih dari 1.500 mahasiswa secara luring dan daring. Lokasi kegiatan OJK tersebar di berbagai wilayah Indonesia (Jakarta, Palu, dan kota-kota lain sesuai program). Dokumentasi resmi OJK dan pemberitaan media mengonfirmasi beragam inisiatif ini.

Dewan Asuransi Indonesia (DAI)

DAI selaku asosiasi payung industri perasuransian Indonesia rutin mengadakan edukasi asuransi, terutama melalui peringatan Hari Asuransi setiap 18 Oktober. Tema kegiatan berganti tiap tahun dengan fokus literasi; pada 2019 mengangkat subtema "Sejuta Polis Untuk Negeri" dan 2023 menekankan "Literasi Asuransi untuk Negeri". Bentuk kegiatan meliputi festival edukatif (*fun walk*, pameran, lomba kreatif) di area publik serta program sosialisasi offline ke sekolah dan komunitas. Peserta edukasi sangat luas, mulai dari pelajar SMA/SMK, pelaku UMKM, hingga masyarakat umum pengunjung acara. Kegiatan ini berlangsung rutin tiap tahun sejak 2006 (Hari Asuransi ke-18 dirayakan 2024).

Contohnya, pada puncak Hari Asuransi 2019 di Denpasar (20 Oktober 2019) digelar Festival Hari Asuransi saat *Car Free Day* dengan partisipasi >10.000 pengunjung. Di tahun yang sama, DAI bekerja sama dengan AAUI dan AAJI cabang mengadakan program literasi ke 24 kota (Sept–Okt 2019) yang menjangkau 17.277 siswa SMA/SMK dan 1.063 pelaku UMKM – bahkan memperoleh penghargaan Rekor MURI. Lokasi kegiatan berbeda tiap tahun (contoh: 2019 di Bali, 2020–2021 dilakukan secara virtual karena pandemi, 2022 di Jakarta, 2023 di Jakarta). Sumber resmi DAI dan media industri mengabadikan rangkaian edukasi ini.

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI)

AAJI konsisten menjalankan edukasi asuransi jiwa, baik mandiri maupun kolaborasi. Tema kegiatan AAJI antara lain *Industry Social Responsibility* (ISR) dan Literasi yang diintegrasikan dalam ajang Top Agent Award tahunan. Bentuk kegiatan terutama offline di lapangan, misalnya penyuluhan

dan bakti sosial literasi keuangan. Peserta edukasi umumnya masyarakat di lokasi acara dan nasabah/komunitas terkait; contohnya AAJI pada *Top Agent Awards* ke-37 tahun 2024 di Batam melaksanakan edukasi asuransi bagi komunitas lokal. Kegiatan ini berlangsung rutin setiap tahun sebagai bagian dari rangkaian *Top Agent Award*.

Contoh terbaru, AAJI bersama perusahaan anggota mengadakan program literasi bagi ibu rumah tangga di Desa Wisata Kampung Tua Bakau Serip, Batam (Agustus 2024). Pada kesempatan tersebut, edukasi difokuskan pada peran perempuan dalam perencanaan keuangan keluarga dan pentingnya proteksi asuransi jiwa. Selain itu, AAJI juga aktif berkolaborasi dengan OJK di daerah; misalnya berpartisipasi dalam kuliah umum literasi asuransi untuk mahasiswa di Palu (25 April 2024) dan menyediakan materi edukasi melalui booth serta konten digital yang dibuat rutin. Lokasi kegiatan bervariasi, dari kota besar (Jakarta, Batam) hingga daerah (Palu, dll.). Publikasi AAJI dan rilis media perusahaan anggota memuat informasi detail program-program ini.

PT Prudential Life Assurance Indonesia

Prudential Indonesia merupakan perusahaan asuransi jiwa yang konsisten menjalankan inisiatif edukasi finansial termasuk topik asuransi selama 2019–2024. Tema kegiatan berfokus pada peningkatan literasi keuangan masyarakat, antara lain program Literasi Keuangan bagi Perempuan dan literasi anak melalui konsep Cha-Ching. Bentuk kegiatan meliputi pelatihan/*workshop offline*, pendampingan komunitas, dan kampanye *online*. Peserta edukasi mencakup perempuan dewasa, anak-anak dan remaja, komunitas ekonomi syariah, hingga UMKM. Kegiatan ini

berlangsung rutin setiap tahun sebagai bagian dari *Community Investment* Prudential. Sebagai contoh, Prudential bekerja sama dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPPPA) telah mengadakan pelatihan literasi keuangan untuk perempuan sejak 2009, menjangkau lebih dari 38.000 perempuan di berbagai kota hingga 2020.

Pada 2023, Prudential dan Prudential Syariah kembali menggelar *Workshop* Literasi Keuangan bagi Perempuan bertema "Merdeka Finansial Bukan Sekedar Impian" secara hybrid (daring dan luring) dengan dukungan OJK dan MES. Untuk literasi anak, Prudential bersama UNICEF pada Desember 2020 meluncurkan lima buku cerita edukasi keuangan di Papua, menargetkan 11.000 anak sekolah dasar. Tanggal kegiatan bervariasi: program perempuan biasanya diadakan beberapa kali tiap tahun (misal September 2019, Oktober 2023), sedangkan program literasi anak berkelanjutan sejak 2019 (peluncuran buku: 2 Desember 2020). Lokasi kegiatan mencakup area perkotaan (Jakarta, Surabaya, Medan, dll. untuk program perempuan) hingga daerah terpencil (Papua untuk program anak). Informasi dan capaian program ini terdokumentasi dalam rilis pers Prudential serta media nasional.

PT Asuransi Astra Buana

Asuransi Astra, perusahaan asuransi umum, aktif mendukung literasi asuransi dalam lima tahun terakhir melalui berbagai program CSR dan partisipasi di event inklusi keuangan. Tema kegiatan diusung antara lain LENTERA (Literasi Keuangan Terpadu Asuransi Astra) dengan fokus "Proteksi Finansial Menuju Masa Depan Ideal", dan edukasi asuransi untuk komunitas (misal nelayan). Bentuk kegiatan mencakup sosialisasi tatap muka di lapangan, edukasi interaktif di pameran, hingga talkshow.

Peserta edukasi beragam, mulai pelajar SMK, komunitas nelayan, UMKM, hingga pengunjung pameran finansial. Kegiatan literasi ini berlangsung rutin, terutama setiap Oktober bertepatan Bulan Inklusi Keuangan. Contohnya, Asuransi Astra berpartisipasi dalam FinExpo 2022 (26–30 Oktober 2022, Central Park Jakarta) dengan booth interaktif dan permainan edukatif untuk pengunjung, sejalan upaya OJK meningkatkan pemahaman layanan keuangan. Selama Oktober 2024, program LENTERA diselenggarakan Asuransi Astra di 20 kota (mulai Kediri, berlanjut ke Cirebon, Lampung, Pekanbaru, dll.) menyasar pelajar vokasi dengan materi pengelolaan keuangan dan pentingnya asuransi. Selain itu, Asuransi Astra mengadakan edukasi khusus seperti literasi keuangan bagi para nelayan di Desa Tanjung Pasir, Tangerang (23 April 2024) bertepatan Hari Nelayan Nasional, untuk meningkatkan pemahaman manajemen keuangan dan risiko di komunitas maritim. Lokasi kegiatan tersebar luas (Jakarta, kota-kota Jawa, Sumatra, Kalimantan, hingga desa pesisir). Semua kegiatan ini didokumentasikan melalui siaran pers perusahaan dan pemberitaan media.

PT Asuransi Jasa Indonesia (Jasindo)

Asuransi Jasindo (perusahaan asuransi BUMN) dalam periode 2019–2024 mulai gencar melakukan edukasi literasi asuransi, khususnya kepada kalangan mahasiswa. Tema kegiatan Jasindo difokuskan pada "*Insurance for Smarter Risk Management*" dalam program Jasindo *Goes to Campus*. Bentuk kegiatan berupa seminar/kuliah umum offline di kampus-kampus, dengan penyampaian materi manajemen risiko dan pengenalan asuransi. Peserta edukasi adalah mahasiswa dan civitas akademika perguruan tinggi.

Kegiatan ini mulai berlangsung rutin pada akhir 2024 dan akan dilanjutkan ke depannya. Contohnya, rangkaian Jasindo Goes to Campus dimulai di Universitas Pasundan, Bandung (23 Oktober 2024) lalu di Universitas Ibnu Chaldun, Jakarta (30 Oktober 2024), dihadiri ratusan mahasiswa serta pimpinan fakultas. Dalam sesi tersebut, Jasindo menekankan pentingnya generasi muda memahami risiko sehari-hari dan peran asuransi sebagai perlindungan di masa depan. Tanggal kegiatan lainnya telah dijadwalkan di kampus berikutnya (antara lain Universitas Negeri Jakarta dan Universitas Padjadjaran) sebagai perluasan program. Lokasi kegiatan sejauh ini di kampus-kampus Pulau Jawa (Bandung, Jakarta, akan meluas ke kota lain). Informasi resmi mengenai program ini dipublikasikan melalui situs Asuransi Jasindo.

Program Vokasi Universitas Indonesia (UI)

Program Studi Administrasi Asuransi dan Aktuaria, Vokasi UI, turut berperan dalam edukasi asuransi melalui kegiatan pengabdian masyarakat. Tema kegiatan utamanya adalah "*Insurance Goes to School* (IGtS)" yang bertujuan mengenalkan pentingnya asuransi dan pengelolaan keuangan sejak dini. Bentuk kegiatan berupa kunjungan edukatif offline ke sekolah menengah (SMA/SMK), di mana dosen dan mahasiswa memberikan materi interaktif tentang manfaat berasuransi, menabung, dan investasi kepada siswa. Peserta edukasi adalah para siswa SMA/SMK beserta guru pendamping.

Kegiatan IGtS dilaksanakan beberapa kali pada 2023; tanggal kegiatan antara lain: 9 Oktober 2023 di SMAN 13 Jakarta, 16 Oktober 2023 di SMAN 4 Cibinong (Kab. Bogor), dan 18 Oktober 2023 di SMAN 65 Jakarta. Kegiatan ini menunjukkan komitmen UI dalam mendorong literasi asuransi di kalangan

remaja, menanggapi masih rendahnya tingkat literasi asuransi nasional (hanya 31,72% pada 2022 menurut survei OJK).

Lokasi kegiatan terbatas di wilayah Jabodetabek untuk tahap awal program. Berita resmi UI dan liputan media (TrenAsia, Heta News) mempublikasikan pelaksanaan *Insurance Goes to School* tersebut, lengkap dengan dokumentasi kegiatannya.

24.10 Apakah Tingkat Penetrasi Asuransi Sangat Bergantung pada Edukasi dan Literasi?

Penetrasi asuransi merupakan ukuran yang menggambarkan sejauh mana masyarakat di sebuah negara memanfaatkan produk-produk asuransi. Tingkat penetrasi asuransi dihitung dengan membandingkan total premi asuransi terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) suatu negara. Di Indonesia, tingkat penetrasi asuransi masih relatif rendah dibandingkan negara-negara maju maupun negara tetangga di kawasan ASEAN. Salah satu pertanyaan penting yang sering muncul adalah apakah tingkat penetrasi asuransi sangat bergantung pada edukasi dan literasi keuangan masyarakat?

Berdasarkan survei nasional yang dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) pada tahun 2022, tingkat literasi keuangan di Indonesia tercatat sekitar 49,68%, sementara tingkat inklusi keuangan mencapai angka 85,10%. Akan tetapi, untuk sektor asuransi, angka literasi jauh lebih rendah dibandingkan inklusi secara umum. Data ini menunjukkan adanya kesenjangan besar antara jumlah masyarakat yang menggunakan produk asuransi dengan mereka yang benar-benar memahami produk yang mereka miliki (OJK, 2022).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), rendahnya tingkat penetrasi asuransi di Indonesia secara langsung berkaitan erat dengan rendahnya tingkat edukasi dan literasi keuangan. Banyak masyarakat yang masih kurang memahami manfaat dari produk asuransi, risiko yang terkait dengan produk tersebut, serta bagaimana asuransi dapat memberikan perlindungan finansial bagi kehidupan mereka. Sebagian besar masyarakat membeli produk asuransi karena faktor keterpaksaan, misalnya diwajibkan oleh lembaga pembiayaan atau tekanan dari keluarga yang berprofesi sebagai agen asuransi, bukan atas dasar pemahaman atau kesadaran pribadi akan pentingnya perlindungan asuransi (AAJI, 2022).

Vaughan dan Vaughan (2014) dalam buku mereka, *Fundamentals of Risk and Insurance*, menegaskan bahwa literasi keuangan merupakan faktor kunci dalam meningkatkan penetrasi asuransi. Ketika masyarakat memiliki tingkat pemahaman yang tinggi tentang asuransi, mereka akan mampu membuat keputusan finansial yang lebih tepat, sehingga kebutuhan terhadap produk asuransi semakin dirasakan dan diminati. Sebaliknya, ketika literasi asuransi rendah, masyarakat cenderung skeptis, takut ditipu, atau bahkan sama sekali tidak tertarik membeli produk asuransi karena mereka tidak merasakan manfaatnya.

Fenomena ini diperjelas oleh riset internasional yang dilakukan oleh *Swiss Re Institute* (2022), yang menyebutkan bahwa negara-negara dengan tingkat literasi keuangan tinggi umumnya memiliki tingkat penetrasi asuransi yang tinggi pula. Contoh negara-negara seperti Singapura, Korea Selatan, Inggris, dan Amerika Serikat memiliki tingkat literasi keuangan yang tinggi dan sekaligus penetrasi asuransi yang jauh lebih baik dibandingkan dengan Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa

edukasi dan literasi keuangan memang memiliki korelasi positif yang kuat dengan penetrasi asuransi.

Lebih lanjut, studi yang dilakukan oleh Rejda dan McNamara (2017) juga menyimpulkan bahwa negara-negara berkembang seperti Indonesia harus lebih agresif dalam meningkatkan program literasi keuangan, khususnya di bidang asuransi. Program-program literasi yang sistematis, konsisten, dan masif dapat membantu mengubah persepsi masyarakat dari yang awalnya melihat asuransi sebagai beban menjadi sebuah kebutuhan yang esensial dalam kehidupan mereka.

Di sisi lain, rendahnya penetrasi asuransi juga dipengaruhi oleh sistem pemasaran asuransi yang sering kali tidak mengedepankan edukasi tetapi lebih berfokus pada target penjualan semata. Kualitas agen atau tenaga pemasar yang tidak memadai, kurangnya transparansi informasi produk, serta kurangnya upaya edukasi secara serius kepada calon nasabah menyebabkan rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap produk-produk asuransi (YLKI, 2021).

Dengan demikian, jelas bahwa tingkat penetrasi asuransi di Indonesia sangat bergantung pada tingkat edukasi dan literasi keuangan masyarakat. Tanpa upaya serius dalam meningkatkan literasi asuransi, tingkat penetrasi asuransi akan sulit mengalami pertumbuhan yang signifikan. Oleh karena itu, program edukasi literasi dan inklusi asuransi harus menjadi prioritas strategis bagi regulator, perusahaan asuransi, asosiasi, akademisi, dan semua pihak yang berkepentingan dalam industri perasuransian.

Penetrasi asuransi di Indonesia masih rendah karena faktor utama rendahnya literasi dan edukasi masyarakat terhadap asuransi. Hubungan ini bersifat kausal, di mana peningkatan literasi secara efektif akan secara signifikan meningkatkan penetrasi asuransi. Oleh karena itu, diperlukan kolaborasi yang erat dan sinergis antara pemerintah, regulator, perusahaan asuransi, dan berbagai pemangku kepentingan lainnya untuk melakukan edukasi literasi yang masif dan berkelanjutan agar penetrasi asuransi di Indonesia dapat meningkat secara signifikan.

24.11 Apakah Industri Perasuransian Indonesia Masih Akan Tetap Berada di Dalam Lingkaran Setan?

Istilah "lingkaran setan" dalam konteks industri perasuransian Indonesia bukanlah sekadar kiasan, melainkan cerminan dari siklus permasalahan yang berulang tanpa penyelesaian yang tuntas. Dalam beberapa dekade terakhir, industri ini telah mengalami berbagai permasalahan sistemik: praktik pemasaran yang menyesatkan, perekrutan agen yang asal-asalan, literasi masyarakat yang rendah, rendahnya kepercayaan publik, hingga kasus besar gagal bayar yang mengguncang stabilitas industri. Pertanyaannya kini adalah: **Apakah industri perasuransian Indonesia akan terus berada dalam lingkaran tersebut, atau mampu keluar dan mengalami transformasi struktural yang nyata?**

Lingkaran Setan yang Teridentifikasi

Beberapa pola yang terus berulang dan saling terkait membentuk lingkaran permasalahan yang sulit diputus:

1. **Literasi yang Rendah → Pemahaman yang Lemah → Penjualan yang Tidak Transparan**
   Literasi keuangan dan asuransi yang rendah menyebabkan masyarakat tidak memahami apa yang mereka beli. Hal ini kemudian dimanfaatkan oleh sebagian agen asuransi yang hanya mengejar target penjualan dan komisi, tanpa memperhatikan kecocokan produk terhadap kebutuhan nasabah (OJK, 2022).
2. **Penjualan Agresif → *Mis-selling* → Ketidakpuasan dan Penolakan Klaim**
   Produk asuransi sering dijual dengan janji yang berlebihan dan tidak realistis. Ketika klaim tidak sesuai harapan, masyarakat merasa tertipu dan kehilangan kepercayaan terhadap asuransi. Ini memperkuat sikap skeptis publik terhadap industri ini (YLKI, 2021).
3. **Rekrutmen Agen yang Serampangan → Pelatihan Singkat → Ketidakmampuan Menjelaskan Produk**
   Banyak agen direkrut tanpa seleksi ketat dan hanya diberi pelatihan motivasional yang dangkal. Kurangnya pemahaman teknis menyebabkan mereka tidak mampu memberikan edukasi produk secara benar. Akibatnya, masyarakat kembali menjadi korban *mis-selling* (AAJI, 2022).
4. **Kasus Gagal Bayar → Krisis Kepercayaan → Penurunan Penetrasi → Gagal Tumbuh**
   Kasus-kasus seperti Jiwasraya, Wanaartha Life, Kresna Life, dan Bumiputera 1912 memperburuk kepercayaan masyarakat. Mereka ragu untuk membeli polis baru, bahkan

membatalkan polis aktif. Hal ini berdampak langsung pada stagnasi penetrasi asuransi nasional (Swiss Re Institute, 2022).

Apakah Lingkaran Ini Bisa Diputuskan?

Jawabannya adalah: **bisa, tetapi tidak mudah**. Diperlukan perubahan paradigma secara menyeluruh dalam ekosistem industri ini. Berikut beberapa langkah strategis yang harus diambil oleh semua pemangku kepentingan:

1. Reformasi Total Sistem Perekrutan dan Sertifikasi Agen

Perusahaan asuransi harus melakukan rekrutmen agen dengan sistem yang lebih ketat dan profesional. Sertifikasi agen tidak hanya formalitas, tetapi harus mencakup pengujian kemampuan teknis dan etika yang ketat. Ke depan, pendekatan berbasis kompetensi wajib diterapkan.

2. Literasi dan Edukasi sebagai Pilar Utama Pertumbuhan

Program literasi dan edukasi keuangan tidak boleh hanya menjadi proyek temporer untuk pencitraan, melainkan menjadi agenda nasional yang konsisten dan berkelanjutan. Ini bisa dijalankan melalui kerja sama antara OJK, perusahaan asuransi, lembaga pendidikan, dan media.

3. Penegakan Hukum dan Regulasi yang Tegas

Perusahaan yang melakukan pelanggaran terhadap konsumen harus diberi sanksi tegas dan transparan. Ketegasan regulator akan menjadi pesan penting untuk menjaga integritas industri.

4. Transparansi Produk dan Pelayanan Nasabah yang Adil

Setiap produk asuransi harus dikemas dengan bahasa yang mudah dimengerti, dan semua risiko serta pengecualian dijelaskan secara terbuka. Tidak boleh lagi ada praktik penjualan yang menyesatkan atau tidak menjelaskan klausul dengan rinci.

5. Penataan Model Bisnis Berbasis Kepercayaan

Industri harus membangun ulang kepercayaan masyarakat, bukan dengan iklan yang mewah, tetapi dengan pelayanan yang jujur, tepat janji, dan memenuhi hak nasabah.

Refleksi Kritis: Jangan Sampai Gagal Kedua Kali

Jika industri gagal melakukan transformasi secara struktural, maka masyarakat akan semakin menjauh, dan asuransi hanya akan menjadi sektor formalitas — tidak berdampak nyata dalam kehidupan keuangan publik. Lebih dari itu, industri ini akan terus terjebak dalam *lingkaran setan* — saling menyalahkan, tanpa perubahan substansi.

Sebaliknya, jika langkah-langkah nyata segera diambil, Indonesia memiliki peluang besar untuk membangun industri perasuransian yang sehat, kuat, dan terpercaya sebagaimana terjadi di negara-negara dengan penetrasi tinggi seperti Jepang, Korea Selatan, atau Singapura.

Industri perasuransian Indonesia memang sedang berada di persimpangan. Bila hanya dibiarkan berjalan seperti sekarang, ia akan tetap berada dalam *lingkaran setan* yang merusak citra dan keberlanjutannya. Namun, bila ada niat kolektif dan langkah konkret yang diambil oleh regulator, pelaku usaha, agen, hingga konsumen sendiri, maka industri ini bisa keluar dari lingkaran

tersebut dan menuju masa depan yang lebih sehat dan berkelanjutan.

24.12 *Bad Faith* dalam industri perasuransian

Pendahuluan

Industri perasuransian dibangun di atas kepercayaan antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Prinsip itikad baik atau *good faith* menjadi landasan fundamental: kedua belah pihak diharapkan jujur dan fair dalam memenuhi kewajibannya. *Bad Faith* adalah kebalikan dari prinsip ini – istilah yang merujuk pada perilaku tidak jujur, curang, atau sengaja melalaikan kewajiban oleh salah satu pihak, khususnya oleh penanggung (perusahaan asuransi) terhadap tertanggung (pemegang polis). Dalam konteks asuransi, tindakan *bad faith* biasanya mengacu pada upaya perusahaan asuransi menghindari tanggung jawab membayar klaim yang sah atau memperlambat proses klaim secara tidak wajar. Perilaku semacam ini dipandang "jahat" karena merugikan konsumen dan merusak kepercayaan publik terhadap asuransi.

Tulisan ini akan membedah terminologi dan definisi *bad faith* dalam asuransi serta contoh-contoh perbuatan yang tergolong *bad faith*. Selanjutnya, dibahas dasar hukum yang mengatur *bad faith* dan sanksi yang dapat dijatuhkan di berbagai yurisdiksi: Amerika Serikat, Inggris, Jepang, Korea Selatan, Singapura, Jerman, Prancis, India, Uni Emirat Arab, Arab Saudi, dan Indonesia. Setiap bagian akan menguraikan undang-undang, peraturan otoritas, hingga yurisprudensi penting yang membentuk penanganan *bad faith* di negara terkait. Juga dipaparkan sanksi hukum bagi pelaku *bad faith* (baik perusahaan maupun individu

manajemen), tujuan penegakan hukum ini bagi pertumbuhan industri, dan tidak kurang dari 10 contoh kasus nyata dalam 10 tahun terakhir yang mencerminkan praktik *bad faith*. Terakhir, analisis khusus untuk Indonesia disertai kritik atas regulasi yang ada, serta penegasan pentingnya penegakan hukum agar industri perasuransian tumbuh sehat.

Definisi

Bad Faith dalam Asuransi

Secara terminologis, *bad faith* berarti "itikad buruk" – lawan dari itikad baik. Dalam konteks asuransi, *bad faith* merujuk pada tindakan sengaja dari perusahaan asuransi untuk tidak memenuhi kewajiban polis secara jujur dan adil. Konsep ini berkembang pesat di yurisdiksi *common law* seperti Amerika Serikat, di mana *bad faith* bahkan diakui sebagai suatu tort (perbuatan melawan hukum di luar kontrak) yang berdiri sendiri . *Bad faith* biasanya melibatkan pelanggaran kewajiban implisit beritikad baik dan beritikad adil (*implied covenant of good faith and fair dealing*) yang seharusnya melekat dalam setiap kontrak asuransi.

Tindakan-tindakan yang Termasuk Kategori *Bad Faith*

Contoh tindakan yang tergolong *bad faith* oleh perusahaan asuransi antara lain:

- Menolak klaim yang jelas-jelas valid tanpa dasar yang masuk akal. Misalnya, menolak klaim meski kerugian nyata tercakup polis, tanpa penyelidikan memadai.
- Memperlambat dan menunda penanganan atau pembayaran klaim secara tidak wajar. Penundaan berbulan-bulan atau bertahun-tahun tanpa alasan yang sah dapat dianggap itikad buruk.

- Menekan dan atau mengurangi dan atau memotong nilai klaim wajar yang menjadi hak tertanggung
- Gagal melakukan investigasi klaim dengan semestinya. Tidak memeriksa bukti atau mengabaikan fakta-fakta yang mendukung klaim tertanggung.
- Menafsirkan bahasa polis secara tidak wajar untuk menolak pertanggungan. Menggunakan interpretasi yang terlalu sempit atau menyimpang dari maksud agar terlepas dari kewajiban membayar.
- Mengancam atau memaksa tertanggung. Misalnya menekan pemegang polis agar menerima penyelesaian di bawah nilai klaim yang seharusnya, dengan ancaman klaim akan ditolak.
- Tidak mengungkapkan informasi penting atau menyesatkan tertanggung. Termasuk tidak menjelaskan pengecualian polis secara transparan saat penjualan, yang kemudian digunakan untuk menolak klaim.
- Tidak menyampaikan dan atau menyembunyikan informasi penting lainnya seperti risiko-risiko yang dihadapi oleh dan biaya yang menjadi beban tertanggung pada saat penawaran dapat diklasifikasikan sebagai *Bad Faith*
- Tidak menjelaskan bagaimana mengisi aplikasi permohonan asuransi, dan membiarkan tertanggung keliru mengisinya serta tidak menginformasikan konsekuensi/dampak pengisian yang keliru tersebut dapat berupa pembatalan polis dan penolakan klaim.

Perlu dicatat bahwa perbedaan pendapat yang wajar atau kesalahan administrasi yang jujur tidak dikategorikan sebagai *bad faith*. *Bad faith* mensyaratkan unsur kesengajaan atau kelalaian berat (*recklessness*) dari pihak penanggung dalam mengabaikan hak tertanggung.

Kerangka Hukum *Bad Faith* di Berbagai Negara

Setiap negara memiliki pendekatan hukum berbeda terhadap *bad faith* dalam asuransi. Sebagian besar negara mengakui prinsip umum kewajiban beritikad baik dalam kontrak (misalnya diatur dalam KUH Perdata atau *common law*), tetapi tidak semuanya mengakui gugatan khusus *bad faith* terhadap perusahaan asuransi. Berikut pemetaan di 11 yurisdiksi yang dikaji:

Amerika Serikat

Terminologi & Konsep: Amerika Serikat merupakan negara pionir yang mengakui *insurance bad faith* sebagai suatu penyimpangan serius. Di AS, terdapat ***implied covenant of good faith and fair dealing*** (kewajiban beritikad baik dan fair) dalam setiap kontrak asuransi. Pelanggaran kewajiban ini oleh penanggung memungkinkan tertanggung mengajukan gugatan *bad faith* yang terpisah dari gugatan wanprestasi kontrak. Bahkan, *insurance bad faith* diakui sebagai tort khusus di AS, yang berarti tertanggung bisa menuntut ganti rugi di luar batas polis (termasuk ***punitive damages*** atau denda hukuman).

Dasar Hukum: Di level negara bagian, hukum *bad faith* dikembangkan lewat yurisprudensi (*judge-made law*) dan sebagian lewat *statute*. Contohnya, di California melalui kasus landmark seperti Gruenberg v. Aetna (1973) diakui gugatan *bad faith* untuk klaim pihak pertama. Banyak negara bagian mengizinkan tuntutan *bad faith* baik dalam konteks pihak pertama (klaim langsung oleh pemegang polis terhadap penanggungnya) maupun pihak ketiga (misalnya ketika penanggung gagal membela atau menyelesaikan klaim pihak ketiga terhadap tertanggung). Selain gugatan privat, hampir semua negara

bagian juga mengadopsi *Unfair Claims Settlement Practices Act* (model dari NAIC) yang melarang praktik klaim tidak adil; aturan ini ditegakkan regulator negara bagian dan biasanya tidak memberi hak gugat langsung ke konsumen.

Yurisprudensi Penting: *Bad faith* di AS didefinisikan oleh pengadilan sebagai kegagalan penanggung memenuhi kewajiban secara jujur. Contoh putusan penting: **State Farm v. Campbell (2003)** di Mahkamah Agung AS membahas batasan punitive damages dalam kasus *bad faith*. Contoh lain, gugatan *bad faith* dapat muncul bila penanggung menolak tawaran damai yang wajar dalam klaim pihak ketiga sehingga tertanggung terkena putusan di atas limit polis – hal ini melanggar kewajiban membela dengan itikad baik.

Sanksi Hukum: Uniknya, di AS penanggung yang terbukti *bad faith* dapat diwajibkan membayar ganti rugi melebihi batas polis, termasuk kerugian akibat penolakan klaim, biaya pengacara, stress emosional, hingga *punitive damages* (denda hukuman untuk memberi efek jera). Sanksi finansial bisa sangat besar, terutama jika juri menilai perilaku penanggung sangat buruk. Selain itu, otoritas asuransi negara bagian (*Insurance Commissioner*) bisa menjatuhkan denda administratif, pembekuan operasi, atau pencabutan lisensi terhadap perusahaan yang berulang melakukan praktik *bad faith.* Namun, penjatuhan sanksi pidana terhadap individu jarang terjadi, kecuali ada penipuan atau penggelapan jelas.

Contoh Kasus (≤10 tahun terakhir): Salah satu kasus menonjol baru-baru ini adalah **Sierra Health & Life Ins. Co. v. Eskew (Nevada, 2024)**. Perusahaan asuransi kesehatan Sierra Health & Life menolak membayar biaya terapi kanker (*proton beam therapy*) untuk seorang tertanggung penderita kanker paru.

Juri menemukan penolakan itu tidak berdasar dan merupakan *bad faith*; mereka memberikan ganti rugi $.200 juta (terdiri dari $.40 juta kompensasi dan $.160 juta *punitive damages*). Mahkamah Agung Nevada menguatkan putusan tersebut pada 2024, menyatakan bukti menunjukkan perusahaan sadar bahwa penolakan klaim tersebut tidaklah wajar. Kasus lain, di California pada 2024, Mahkamah Agung negara bagian mengizinkan gugatan atas pola penolakan klaim di bawah *Unfair Competition Law* meski dibatasi klausul kontrak, sebagai upaya melindungi kepentingan publik. Contoh-contoh ini menunjukkan pengadilan AS tak segan menjatuhkan sanksi berat terhadap asuransi yang beritikad buruk.

Inggris (Britania Raya)

Terminologi & Konsep: Di Inggris, konsep *bad faith* tidak diakui sebagai *tort* tersendiri seperti di AS. Hukum asuransi Inggris tradisionalnya berakar pada prinsip *utmost good faith* (*uberrimae fidei*) yang mewajibkan pengungkapan jujur semua fakta material oleh pemegang polis saat kontrak dibuat. Namun, kewajiban ini awalnya lebih berat di pihak tertanggung (misrepresentasi dapat membuat polis batal). Untuk penanganan klaim, hingga belum lama ini hukum Inggris menganggap pelanggaran oleh penanggung sebagai wanprestasi kontrak biasa. Gugatan *bad faith* secara terpisah ditolak oleh pengadilan Inggris (misal, Insurance Co. of Ireland v. Commonwealth (1990) menegaskan tidak ada tort semacam ini di Inggris).

Dasar Hukum: Reformasi terbaru telah meningkatkan perlindungan tertanggung. Insurance Act 2015 mengubah beberapa prinsip *uberrimae fidei* (misalnya mewajibkan *fair presentation* risiko oleh tertanggung, dengan remedinya proporsional). Yang relevan, Enterprise Act 2016 (efektif 2017)

memperkenalkan kewajiban hukum bagi penanggung membayar klaim dalam “waktu yang wajar”. Kini pemegang polis di Inggris dapat menuntut ganti rugi atas kerugian akibat keterlambatan pembayaran klaim (*late payment of claims*) – sebuah kemajuan karena sebelumnya tertanggung tidak bisa menuntut kerugian tambahan akibat pembayaran terlambat (lihat kasus Sprung v. Royal Insurance (1999) di mana pemegang polis dirugikan namun tidak diberi ganti rugi selain jumlah klaim). Meskipun demikian, Inggris tetap tidak mengizinkan *punitive damages*; ganti rugi dibatasi pada kerugian aktual yang dapat dibuktikan sebagai dampak keterlambatan atau penolakan yang melanggar kontrak.

Regulasi & Pengawasan: Di luar jalur litigasi, otoritas pengawas Inggris (*Financial Conduct Authority*, FCA) aktif memastikan perusahaan asuransi “mengikuti aturan secara adil terhadap konsumen”. Prinsip FCA seperti *Treating Customers Fairly* mewajibkan klaim ditangani secara adil dan cepat. FCA dapat menjatuhkan sanksi berupa denda dan pembatasan bisnis jika terjadi pelanggaran terhadap regulasi. Misalnya, pada 2018 FCA menjatuhkan denda £5,28 juta kepada *Liberty Mutual Insurance Europe* SE karena kegagalan dalam mengawasi penanganan klaim asuransi ponsel yang dialihdayakan. FCA menemukan beberapa klaim ditolak secara tidak adil atau tidak diselidiki dengan layak, dan keluhan konsumen tidak ditangani semestinya. Pelanggaran ini menciptakan “proses klaim dua tahap” di mana hanya konsumen yang protes yang akhirnya dibayar – jelas melanggar prinsip keadilan. **Sanksi tersebut menunjukkan komitmen regulator Inggris melawan praktik buruk.**

Sanksi Hukum: Di jalur sipil, jika penanggung Inggris terbukti wanprestasi dengan itikad buruk, sanksinya terutama berupa ganti rugi kontraktual (jumlah klaim plus bunga atas keterlambatan, dan sejak 2017 dapat mencakup kerugian *foreseeable* akibat keterlambatan bayar). Tidak ada ganti rugi punitif. Namun, di jalur regulator, perusahaan dapat didenda besar dan diperintahkan memperbaiki praktik. Individu manajemen dapat dikenai tindakan di bawah regime *Senior Managers & Certification* – misalnya dicabut izin fit & proper-nya. **Suatu contoh ekstrem terjadi tahun 2024: FCA memban/melarang seorang direktur asuransi, Leigh Mackey, seumur hidup dari sektor jasa keuangan dan mendendanya £1,1 juta karena menyalahgunakan dana premi untuk kepentingan pribadi (kasus ini terkait pelanggaran integritas finansial, bukan klaim, namun menunjukkan bahwa individu manajemen pun dapat dihukum)**.

Contoh Kasus: Selain kasus Liberty Mutual di atas, Inggris jarang memiliki gugatan *bad faith* ke pengadilan karena kerangka hukumnya tidak memberi ruang luas. Namun, ada perkembangan pada 2019 ketika pengadilan menerapkan *Enterprise Act* 2016 dalam kasus *Quadra Commodities vs XL Insurance* – penanggung diwajibkan membayar kerugian akibat keterlambatan klaim (contoh aplikasi kewajiban *pay in reasonable time*). Juga, secara non-litigasi, FCA tahun 2017 mensuspensi sejumlah perusahaan asuransi kendaraan (mis. *Malath Cooperative* dkk.) karena pelanggaran serius terkait penyelesaian klaim dan keluhan pelanggan. Langkah ini diambil setelah sebelumnya SAMA (otoritas Saudi, namun konteksnya mirip tindakan regulator) mencatat praktik tidak fair yang mengganggu hak tertanggung. (Catatan: Contoh ini sebenarnya di Saudi, namun menunjukkan kecenderungan umum regulator di berbagai negara).

Jepang

Terminologi & Konsep: Hukum asuransi Jepang, sebagai bagian dari sistem sipil (*Civil Law*), tidak secara eksplisit mengatur konsep *bad faith* dalam penanganan klaim seperti di AS. Jepang memiliki prinsip umum dalam KUH Perdata (Minpō) tentang itikad baik (pasal 1(2) *Civil Code* Jepang mewajibkan para pihak beritikad baik dalam melaksanakan hak/kewajiban kontrak). Namun, tidak ada *tort* khusus atau gugatan terpisah bagi *breach of good faith* oleh penanggung. Dengan kata lain, penanganan kasus *bad faith* di Jepang diselesaikan sebagai sengketa kontrak biasa: jika penanggung menolak klaim tanpa dasar, pemegang polis menuntut pembayaran klaim plus kerugian langsung sesuai hukum kontrak.

Dasar Hukum: Kerangka utama ada di *Insurance Business Act* dan KUH Perdata. Kewajiban penanggung menangani klaim secara benar tidak tertulis eksplisit, tetapi praktek industri dan pengawasan pemerintah mengarah pada keharusan fairness. Misalnya, *Financial Services Agency* (FSA) Jepang mengawasi perilaku perusahaan asuransi, dan dapat mengeluarkan perintah perbaikan bisnis jika ditemukan pelanggaran (seperti dalam skandal *non-payment* manfaat asuransi yang terungkap pertengahan 2000-an). Pada 2005-2006, belasan perusahaan asuransi di Jepang terungkap gagal membayar manfaat asuransi kecil (*rider*) dalam jumlah ratusan ribu kasus, memicu sanksi administratif dari FSA dan reformasi internal. Kasus ini bukan *bad faith* sengaja melainkan sistemik, tetapi menunjukkan ketegasan otoritas.

Klaim & Sanksi: Jika penanggung Jepang terlambat membayar klaim, hukumnya mengharuskan pembayaran bunga keterlambatan. Menurut KUH Perdata, bila tidak diatur lain dalam

polis, suku bunga 3% per tahun dikenakan untuk keterlambatan (sejak 2020, sebelumnya 6%). Bunga ini merupakan kompensasi default atas keterlambatan, sehingga memberikan disinsentif bagi penundaan pembayaran. Namun, tidak ada kompensasi tambahan untuk hal-hal seperti *stress* emosional atau hukuman. Regulator dapat menjatuhkan sanksi administratif jika perusahaan melanggar ketentuan (misal: perintah bisnis, denda administratif, hingga pencabutan izin dalam kasus ekstrim seperti fraud). Sanksi pidana hampir tidak pernah digunakan terhadap eksekutif asuransi kecuali ada elemen pidana (misal penipuan data atau penggelapan).

Contoh Kasus: Dalam 10 tahun terakhir, tidak banyak kasus *bad faith* yang muncul di ranah litigasi publik di Jepang, mengingat keterbatasan hukum. Namun, contoh *regulatory action* terjadi pada 2019: ACP (otoritas pengawas) mengenakan perintah improvement pada beberapa asuransi jiwa karena penjualan produk yang merugikan konsumen (skandal *Japan Post Insurance*). Walau bukan kasus klaim, hal ini relevan dengan itikad baik. **Contoh lain, di 2023, terungkap kartel tarif di asuransi properti (Tokio Marine dkk.)** dan *bid-rigging*, yang ditindak tegas oleh FSA dan JFTC. Intinya, fokus di Jepang lebih pada kepatuhan umum dan perlindungan konsumen daripada gugatan per kasus. Meskipun demikian, perusahaan asuransi Jepang sangat menjaga reputasi dan biasanya secara sukarela memberi kompensasi bila ada kesalahan klaim untuk menghindari sanksi regulator.

Korea Selatan

Terminologi & Konsep: Mirip Jepang, hukum Korea Selatan tidak mengenal gugatan *insurance bad faith* tersendiri. Namun, konsep itikad baik tertanam dalam KUH Perdata Korea. Pasal

2 KUH Perdata Korea menyatakan pelaksanaan hak dan kewajiban harus sesuai kepercayaan dan itikad baik. Dalam praktik, pengadilan Korea dapat mempertimbangkan perilaku tidak jujur (*bad faith*) suatu pihak dalam memutus sengketa kontrak, termasuk asuransi. Tidak ada definisi legal eksplisit *bad faith*, tapi doktrin umum (misalnya Pasal 748 *Civil Act*) menyebut bahwa pihak yang diperkaya secara tidak sah dengan itikad buruk harus mengembalikan keuntungan plus bunga, dan mengganti rugi pihak lain yang dirugikan. Ini indikasi bahwa perilaku itikad buruk dapat memicu ganti rugi.

Dasar Hukum & Regulasi: industri perasuransian di Korsel diatur oleh *Insurance Business Act* dan *Financial Consumer Protection Act* (FCPA) baru (2021). FCPA memperkuat hak konsumen: menuntut keterbukaan, larangan praktik usaha tidak adil, penyelesaian keluhan, dsb. Otoritas keuangan (*Financial Services Commission dan Financial Supervisory Service,* FSC/ FSS) sangat proaktif. Mereka menyediakan mekanisme mediasi sengketa asuransi di FSS untuk konsumen. Jika ada indikasi pelanggaran masif, FSS bisa mengeluarkan rekomendasi atau perintah ke perusahaan.

Sanksi Hukum: Bila penanggung secara salah menolak klaim, pemegang polis dapat menuntut pembayaran klaim plus bunga keterlambatan 5% per tahun dari tanggal pengajuan klaim hingga pelunasan. Bunga ini berlaku otomatis tanpa perlu bukti kerugian khusus. Pengadilan bisa juga memerintahkan ganti rugi tambahan jika terbukti ada kerugian yang secara natural timbul akibat penolakan klaim (misal biaya tambahan yang dikeluarkan tertanggung). Sementara *punitive damages* tidak tersedia, sanksi regulator bisa berat: denda, pembatasan bisnis baru, hingga mencabut izin jika perusahaan melanggar hukum

atau praktik pasar. Individu manajemen juga bisa dijatuhi sanksi administratif, seperti suspension atau bar, terutama di bawah hukum konsumen baru.

Contoh Kasus: Pada 2018, muncul sengketa besar di Korea terkait klaim polis kanker. Ribuan pemegang polis menuduh perusahaan seperti Samsung Life dan Hanwha Life menolak klaim biaya perawatan rawat jalan kanker secara tidak adil. Masalah ini sampai ke pengadilan dan juga ke FSS. *Class action* dilayangkan terhadap Samsung Life atas penolakan klaim tersebut. Tekanan publik dan regulator akhirnya memaksa perusahaan membayar banyak klaim yang sebelumnya ditolak. Kasus ini memicu Samsung Life menyediakan provisi ratusan miliar won untuk membayar klaim tertunda dan CEO Samsung Life sampai menyampaikan permintaan maaf publik pada 2019.

Contoh lain, tahun 2020 FSS menjatuhkan denda pada beberapa perusahaan asuransi jiwa karena penundaan pembayaran klaim maturitas. Korea juga kerap berurusan dengan *fraud* oleh tertanggung; dalam beberapa tahun terakhir polisi mengungkap sindikat fraud klaim kesehatan (270 orang ditangkap 2019), yang menunjukkan pemerintah serius menindak ketidakjujuran di kedua sisi.

Singapura

Terminologi & Konsep: Singapura mengadaptasi prinsip *common law* Inggris. Tidak ada *tort bad faith* terpisah, namun prinsip itikad baik dijunjung dalam asuransi. Undang-undang utama, *Insurance Act*, lebih banyak mengatur perizinan dan solvabilitas. Namun, aspek perilaku pasar diatur oleh *Monetary Authority of Singapore* (MAS) melalui aturan dan *guidelines*.

MAS Notice 126 dan *Guidelines on Fair Dealing* mengharuskan perusahaan asuransi menangani nasabah dengan jujur, termasuk saat klaim.

Dasar Hukum & Regulasi: Singapura menerapkan *utmost good faith* (diwarisi dari *Marine Insurance Act* 1906 Inggris, yang berlaku juga di Singapura). Kegagalan pengungkapan material bisa membuat polis batal (untuk kontrak sebelum *Insurance Act* 2015, sekarang diatur lebih adil). Untuk klaim, jika terjadi penolakan tidak sah, pemegang polis biasanya menempuh gugatan wanprestasi. Damages yang dapat dituntut terbatas pada nilai klaim plus bunga (sama seperti Inggris, tanpa punitive). Namun, Singapura memiliki sistem alternatif: *Financial Industry Disputes Resolution Centre* (FIDReC) yang menerima pengaduan klaim konsumen (nilai hingga SGD 100 ribu) untuk mediasi/ajudikasi murah. Ini membantu menyelesaikan sengketa klaim tanpa ke pengadilan.

Sanksi Hukum: Secara privat, ganti rugi terbatas seperti dijelaskan. Tetapi regulator MAS dapat menjatuhkan sanksi administratif jika perusahaan melanggar ketentuan, misalnya praktik penanganan klaim yang dianggap melanggar kewajiban fairness. Sanksi bisa berupa denda moneter, teguran publik, hingga pencabutan izin usaha. Untuk individu, MAS dapat mencabut persetujuan appointed actuary atau chief executive jika dinilai bertanggung jawab atas pelanggaran serius. Sanksi pidana jarang digunakan kecuali ada penipuan.

Contoh Kasus: Kasus *bad faith* jarang mencuat di Singapura berkat pengawasan ketat. Namun, satu ilustrasi pada 2016: Seorang nasabah melapor ke media mengenai klaim penyakit kritisnya yang ditolak oleh sebuah perusahaan asuransi besar dengan alasan interpretasi terminologi medis. Kasus ini

menimbulkan perdebatan publik, dan akhirnya perusahaan tersebut secara sukarela memberikan ganti rugi ex gratia demi menjaga reputasi. Contoh lain, 2018 ada keluhan viral tentang klaim asuransi perjalanan yang ditolak; MAS dilaporkan turun tangan meminta penjelasan dan akhirnya klaim dibayarkan. Hal-hal ini menunjukkan bahwa sekalipun tidak ada gugatan *bad faith*, tekanan reputasi dan regulator efektif memaksa perusahaan bersikap itikad baik.

Jerman

Terminologi & Konsep: Hukum Jerman mengakui prinsip *Treu und Glauben* (kepercayaan dan itikad baik) di Pasal 242 BGB (KUH Perdata Jerman) yang berlaku pada pelaksanaan kontrak, termasuk asuransi. Namun, Jerman tidak memiliki konsep gugatan *bad faith* terpisah terhadap penanggung. Sengketa klaim asuransi diselesaikan sebagai sengketa kontraktual berdasarkan *Insurance Contract Act* (*Versicherungsvertragsgesetz*, VVG) dan BGB.

Dasar Hukum: VVG mengatur hak dan kewajiban dasar penanggung dan tertanggung. Misalnya, jika penanggung menolak klaim tanpa alasan sah, dianggap wanprestasi (*Vertragsverletzung*). Pemegang polis dapat menuntut pemenuhan klaim dan kerugian tambahan yang dapat dibuktikan. Menurut VVG §1, asuransi adalah kontrak kepercayaan, namun remedinya tunduk ke aturan umum kontrak.

Sanksi & Ganti Rugi: Tidak ada punitive damages dalam hukum Jerman – konsep denda hukuman asing bagi sistem ini dan secara umum tidak diakui (bahkan putusan asing dengan punitive tidak diakui karena melanggar kebijakan publik Jerman). Jika klaim ditolak salah, tanggung jawab penanggung terbatas

pada ganti rugi kontraktual: membayar jumlah klaim sesuai polis, ditambah bunga keterlambatan sesuai BGB (biasanya 5% di atas suku bunga dasar ECB per tahun, sebagai kompensasi standar).

Pemegang polis dapat mencoba menuntut kerugian lain (misal biaya tambahan akibat penolakan), namun harus memenuhi syarat hukum kontrak (kerugian yang dapat diperkirakan saat kontrak dibuat). Biasanya, pengadilan Jerman enggan memberi ganti rugi luas untuk kasus klaim; pandangan umumnya "liability is limited to policy limits plus interest".

Regulator Jerman, BaFin, mengawasi perilaku perusahaan asuransi. Jika ditemukan pelanggaran terhadap kewajiban pada konsumen, BaFin bisa mengeluarkan peringatan atau denda administratif. BaFin dapat menjatuhkan denda hingga jutaan Euro untuk berbagai pelanggaran (biasanya terkait pelaporan atau solvabilitas), namun untuk sengketa klaim individual, BaFin cenderung menyerahkan ke mekanisme ombudsman industri perasuransian atau pengadilan.

Contoh Kasus: Meskipun gugatan *bad faith* tidak ada, ada kasus menarik: BGH (Mahkamah Agung Federal) 2014 pernah memutus bahwa penanggung yang sangat lambat membayar klaim kebakaran telah melanggar kontrak dan wajib membayar bunga serta biaya hukum tertanggung. Putusan itu menegaskan tidak ada kerugian *non-material* bisa diklaim. Contoh lain: Skandal penjualan Allianz Lebensversicherung 2019, di mana terungkap agen menjanjikan hal yang tak sesuai polis (*mis-selling*), menggerus kepercayaan publik. Meskipun bukan kasus klaim, Allianz mengalokasikan kompensasi sukarela. Secara umum, industri perasuransian Jerman sangat diatur sehingga kasus klaim tidak adil jarang sampai pengadilan; banyak diselesaikan via Ombudsman Asuransi secara mediasi. Jika perusahaan

bandel, BaFin bisa mengancam pencabutan lisensi manakala praktik buruk meluas (walau jarang terjadi).

Prancis

Terminologi & Konsep: Prancis juga menganut sistem civil law dengan *Code Civil* dan *Code des Assurances*. Prinsip *bonne foi* (itikad baik) diatur dalam Kode Sipil Pasal 1104, mewajibkan kontrak dilaksanakan dengan itikad baik. Dalam asuransi, terdapat kewajiban *declarer le risque* secara jujur oleh tertanggung dan kewajiban penanggung membayar klaim yang dijamin. *Bad faith* tidak muncul sebagai istilah legal khusus, tetapi perilaku tak jujur bisa dianggap pelanggaran kontrak atau bahkan dol (penipuan) dalam kondisi tertentu.

Dasar Hukum: *Code des Assurances* memuat ketentuan rinci. Misal, Pasal L113-2 mensyaratkan tertanggung memberi info benar, dan Pasal L113-5 melarang penanggung mengulur pembayaran klaim. Jika terjadi perselisihan, pemegang polis bisa gugat wanprestasi. Pengadilan dapat memberikan *dommages-intérêts* (ganti rugi) atas kerugian yang terbukti timbul akibat wanprestasi. Ganti rugi moral sangat jarang diberikan, dan punitive damages tidak dikenal (kecuali mungkin diterapkan sangat terbatas via hukum konsumen).

Regulasi & Sanksi: Prancis memiliki otoritas pengawas terintegrasi, ACPR (*Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution*). ACPR aktif mengawasi perlakuan klaim. Undang-undang mewajibkan klaim dibayar dalam jangka waktu wajar atau sesuai polis; pelanggaran dapat dianggap praktik tidak profesional. ACPR dapat menjatuhkan sanksi administratif: peringatan, teguran publik, denda, pembatasan operasional, hingga melarang perusahaan menjual produk tertentu. Sanksi juga bisa diarahkan ke individu penanggung jawab.

Contoh Kasus: Sebuah kasus nyata terjadi pada 2019: ACPR menjatuhkan sanksi pada *Elite Insurance*, perusahaan asuransi (berbasis Gibraltar) yang beroperasi di Prancis secara LPS. *Elite* diketahui menghentikan penanganan klaim konstruksi selama 5 bulan pada 2018 karena masalah manajemen, menyebabkan banyak klaim tertunda tidak terbayar. Dalam Keputusan 25 Nov 2019, ACPR menyatakan *Elite* melanggar Pasal L.113-5 *Code des Assurances* dengan tidak mengelola klaim secara sehat dan teratur.

Sanksinya: *Elite* dilarang menerbitkan polis baru di Prancis selama 2 tahun (pada praktiknya simbolis karena *Elite* akhirnya likuidasi). Kasus ini menjadi contoh bahwa Prancis tidak menoleransi perusahaan yang gagal memenuhi kewajiban klaim. Contoh lain, CNP *Assurances* 2018 didenda karena kekurangan dalam menangani klaim asuransi jiwa (terkait pencarian penerima manfaat polis meninggal). Juga, di ranah pengadilan, ada kasus Azur *Assurance* (2016) di mana pengadilan memerintahkan penanggung membayar ganti rugi tambahan karena sengaja menolak klaim kecelakaan secara melawan hukum (walau ganti rugi tetap kompensatoris, bukan punitif).

India

Terminologi & Konsep: India menerapkan sistem *common law* warisan Inggris, namun telah berkembang dengan karakter tersendiri terutama melalui *consumer protection law.* Konsep *bad faith* secara khusus tidak tertuang dalam undang-undang, tetapi kewajiban good faith diakui baik untuk tertanggung maupun penanggung. India mengenal *uberrima fides* (khususnya untuk pengungkapan risiko oleh tertanggung), dan melalui putusan pengadilan, kewajiban perusahaan asuransi untuk bertindak fair terhadap pemegang polis juga ditekankan.

Dasar Hukum: Regulasi sektor melalui *Insurance Act* 1938 (amandemen terbaru 2015) dan diawasi oleh *Insurance Regulatory and Development Authority of India* (IRDAI). IRDAI mengeluarkan berbagai peraturan, terpenting IRDAI (*Protection of Policyholders' Interests)* Regulations (terbit pertama 2002, terakhir 2017) yang mengatur standar pelayanan, termasuk penanganan klaim. Misalnya, diatur bahwa setelah dokumen lengkap diterima, klaim harus diselesaikan paling lambat 30 hari; jika investigasi perlu, harus selesai dalam 6 bulan. Keterlambatan pembayaran klaim di India juga dikenai bunga penalti: IRDAI mensyaratkan pembayaran bunga bank +2% jika klaim tidak dibayar dalam waktu yang ditentukan.

Selain itu, India memiliki jalur khusus *Consumer Protection Act* (1986, kini 2019 Act) di mana sengketa asuransi dapat dibawa ke forum konsumen sebagai "deficiency in service". Forum-forum konsumen (Distrik, Negara Bagian, Nasional/NCDRC) terkenal cukup pro-konsumen dan kerap mengabulkan keluhan terhadap asuransi, termasuk memberikan kompensasi atas gangguan mental dan biaya litigasi. Pengadilan di India bahkan bersedia mengganjar asuransi dengan denda atau ganti rugi eksempler dalam kasus pelanggaran serius, walau jumlahnya cenderung moderat.

Sanksi Hukum: Jika terbukti *bad faith*, perusahaan asuransi menghadapi konsekuensi ganda:

- Sanksi perdata/kompensasi: **Forum konsumen dapat memerintahkan pembayaran klaim plus bunga dan kompensasi tambahan untuk kerugian non-finansial (misal, NCDRC sering memberi beberapa lakh rupee untuk "mental agony"). Contohnya, dalam sengketa polis kesehatan, NCDRC menambahkan kompensasi**

kepada pemegang polis atas "ketidaknyamanan dan tekanan" akibat klaim ditolak tidak sah.

- Sanksi regulator: IRDAI dapat mengenakan denda administrasi kepada perusahaan yang melanggar regulasi (misal, denda sejumlah lakh atau crore rupee untuk pelanggaran sistemik). IRDAI juga dapat membatasi bisnis baru atau mencabut lisensi jika pelanggaran sangat berat atau berulang.
- Sanksi pidana (individu): Menariknya, India memiliki ketentuan pidana dalam *Consumer Protection Act* jika pelaku usaha tidak mematuhi perintah forum konsumen – yang bisa berujung penjara (walau jarang diimplementasikan). Secara teori, eksekutif perusahaan bisa terkena jika sengaja membangkang. Juga, jika ada unsur penipuan (mis. pemalsuan dokumen klaim), dapat diproses pidana umum.

Contoh Kasus: Dalam 10 tahun terakhir, banyak preseden dari forum konsumen dan pengadilan tinggi. Salah satu yang menonjol NCDRC April 2024: United India Insurance Co. vs. Oad, terkait klaim traktor yang dicuri. Perusahaan menolak klaim karena tertanggung terlambat 10 hari melapor kehilangan ke perusahaan (meski kehilangan memang nyata). NCDRC menegur bahwa penundaan pelaporan bukan alasan menolak klaim yang sah, menyatakan penolakan tersebut sebagai praktik tidak adil. NCDRC memerintahkan perusahaan membayar nilai traktor penuh plus bunga dan menekankan "penolakan klaim hanya karena keterlambatan teknis tidak dapat dibenarkan".

Contoh lain, Mahkamah Agung India dalam *Sikka vs National Insurance* 2019 menghukum penanggung yang menolak klaim medis dengan dalih kondisi pre-existing yang tidak terbukti, memerintahkan pembayaran klaim plus ₹50.000 sebagai ganti rugi tambahan untuk pelecehan. IRDAI juga pernah mengambil

tindakan: pada 2016, IRDAI mendenda ICICI Prudential Life ₹20 lakh karena penanganan klaim kematian yang berlarut-larut. Ini semua menggarisbawahi pentingnya penanggung di India bertindak itikad baik atau menghadapi konsekuensi hukum dan reputasi.

Uni Emirat Arab

Terminologi & Konsep: Uni Emirat Arab (UEA) menganut sistem hukum campuran (hukum sipil dengan pengaruh syariah). Konsep itikad baik diakui luas. Pasal 246 KUH Perdata UEA menetapkan kontrak harus dilaksanakan sesuai itikad baik. Pada asuransi, tidak ada terminologi khusus *bad faith* dalam undang-undang, namun kewajiban beritikad baik diimplisitkan bagi kedua pihak. Sebagai tambahan, prinsip syariah dalam asuransi takaful menekankan unsur keadilan dan kejujuran.

Berikut adalah poin-poin utama mengenai kerangka hukum asuransi di UEA:

- **Landasan Hukum Sipil:** Berdasarkan **Pasal 246 Undang-Undang Sipil UEA (*Federal Law* No. 5 of 1985)**, sebuah kontrak tidak hanya terbatas pada apa yang tertulis, tetapi juga mencakup persyaratan kejujuran dan integritas dalam pelaksanaannya. Jika perusahaan asuransi menolak klaim secara sewenang-wenang, hal ini dianggap melanggar kewajiban kontrak tersebut.
- **Prinsip Syariah & Takaful:** Dalam asuransi syariah (Takaful), prinsip ***Utmost Good Faith* (*Uberrimae Fidei*)** bersifat mutlak. Pengelola (operator) bertindak sebagai wali (*wakeel*) yang wajib menjunjung tinggi transparansi, keadilan, dan menghindari unsur ketidakpastian (*gharar*) atau eksploitasi.

- **Peran Regulator:** *Central Bank of the UAE* (CBUAE), yang kini mengawasi sektor asuransi, menyediakan mekanisme penyelesaian sengketa melalui komite khusus. Nasabah yang merasa perusahaan asuransi bertindak buruk dapat mengajukan keluhan ke unit **Sanadak** (pusat penyelesaian sengketa keuangan dan asuransi) untuk mendapatkan mediasi sebelum menempuh jalur pengadilan.
- **Sanksi Pelanggaran:** Pengadilan UEA memiliki kewenangan untuk memberikan ganti rugi kepada pemegang polis jika terbukti perusahaan asuransi sengaja menunda atau menolak klaim tanpa dasar hukum yang sah, yang dalam praktiknya setara dengan penanganan kasus *bad faith*.

Dasar Hukum: Hukum asuransi di UEA diatur dalam *Federal Law* No. 6/2007 (*Insurance Law*, diubah dengan *Law* No.3/2018, dan sejak 2020 pengawasan dialihkan ke Bank Sentral UEA). Polis asuransi dianggap kontrak sipil, sehingga tunduk pula pada KUH Perdata. Ada ketentuan khusus misalnya Pasal 1028-1055 KUH Perdata yang mengatur kewajiban pengungkapan risiko oleh tertanggung dan hak penanggung membatalkan jika ada misrepresentasi material. Menariknya, UEA mengizinkan penanggung mempertahankan premi jika pembatalan karena *bad faith* tertanggung (contoh Pasal 1033) – ini terkait *bad faith* tertanggung, bukan penanggung.

Untuk klaim, undang-undang tidak memberikan mekanisme gugatan khusus terpisah.

Namun, Dewan Direktur Otoritas Asuransi Resolusi No.33/2019 membentuk *Insurance Disputes Settlement Committees* (IDSC). Kini, sebelum ke pengadilan, sengketa asuransi harus melalui komite mediasi/ajudikasi ini. Komite dapat

memberi putusan yang kemudian bisa banding ke pengadilan jika ada pihak tidak puas.

Sanksi & Ganti Rugi: Jika penanggung UEA menolak klaim secara tidak sah, pemegang polis dapat menuntut pembayaran klaim plus kerugian langsung yang timbul (misal biaya yang seharusnya ditanggung polis). Pengadilan UEA cenderung hanya memberikan kerugian aktual plus bunga (bunga di UEA biasanya dihitung dari tanggal putusan, mengingat konsep riba, seringkali pengadilan mengganti dengan "ganti rugi keterlambatan"). Secara teori, ada pendapat dalam literatur hukum UEA bahwa pemegang polis dapat menuntut ganti rugi atas pelanggaran itikad baik oleh penanggung selama penanganan klaim, termasuk kerugian konsekuensial. Namun, sejauh ini belum ada preseden yang terdokumentasi di mana pengadilan UEA memberikan ganti rugi di luar nilai klaim dan bunga. Praktiknya, pengadilan memberikan jumlah klaim dan bunga legal ~9% per tahun dari tanggal jatuh tempo pembayaran klaim.

Regulator (Bank Sentral UEA, sebelumnya *Insurance Authority*) dapat menjatuhkan denda administratif untuk pelanggaran peraturan. Contoh, ada peraturan standar polis kendaraan yang mengharuskan klaim pihak ketiga dibayar dalam 15 hari; pelanggaran dapat dikenai denda puluhan ribu dirham per kasus. Perusahaan juga dapat dikenai larangan penerbitan polis baru sementara jika ada pelanggaran serius. Individu manajemen dapat dituntut pertanggungjawaban jika misalnya perintah regulator diabaikan.

Contoh Kasus: Kasus litigasi *bad faith* jarang terekspos. Namun, satu kasus tahun 2017 patut dicatat: Pengadilan Dubai memutus perusahaan asuransi wajib membayar klaim kebakaran gudang ~AED 10 juta yang sebelumnya ditolak dengan alasan

teknis. Pengadilan menilai penolakan itu tidak beralasan cukup. Putusan ini mengandung teguran bahwa penanggung harus bertindak jujur sesuai polis. Di sisi lain, pada 2021, Bank Sentral UEA (setelah merger otoritas) mengumumkan penindakan terhadap sejumlah perusahaan asuransi yang gagal memenuhi persyaratan penyelesaian klaim tepat waktu, termasuk ancaman denda harian jika melewati batas waktu. Hal ini meningkatkan disiplin industri.

Arab Saudi

Terminologi & Konsep: Arab Saudi mewajibkan semua asuransi komersial beroperasi secara *cooperative insurance* sesuai prinsip syariah (dalam praktik mirip mutual/takaful). Prinsip amanah dan kejujuran sangat ditekankan, sejalan dengan ajaran syariah tentang larangan penipuan (taghrir). Tak ada istilah *bad faith formal*, tapi tindakan menipu atau sengaja ingkar janji klaim dapat dianggap melanggar syariah dan regulasi.

Dasar Hukum: *Cooperative Insurance Companies Control Law* (2003) mengatur industri, dan pengawasan oleh Saudi Central Bank (SAMA). Aturan turunan mencakup *Insurance Market Code of Conduct Regulations*, yang mensyaratkan perusahaan melayani peserta dengan jujur. Ada juga peraturan spesifik, misalnya **SAMA circular 2014 yang menetapkan klaim pihak ketiga (motor) harus diselesaikan ≤5 hari kerja bila dokumen lengkap**. Kegagalan memenuhi standar layanan dianggap pelanggaran regulasi.

Sanksi & Pengawasan: SAMA dikenal sangat tegas. Ia bisa menghukum perusahaan dengan skorsing penjualan produk hingga perusahaan tersebut memperbaiki praktiknya. Misalnya pada 2017, SAMA melarang 3 perusahaan asuransi (*Arabian*

Shield, Saudi Indian, Malath) dan beberapa broker menjual polis kendaraan baru karena ditemukan pelanggaran serius dalam prosedur penyelesaian klaim dan banyak keluhan pelanggan. Perusahaan-perusahaan tersebut sebelumnya sudah pernah disuspensi dan diperintahkan berbenah, namun karena belum sesuai standar, SAMA mengeluarkan larangan hingga ada kepatuhan. Ini secara efektif sanksi berat karena menghentikan pemasukan premi baru. SAMA menyatakan larangan baru dicabut jika perusahaan telah menjamin hak tertanggung dan penerima manfaat terpenuhi.

Di sisi individu, SAMA juga dapat mencabut izin eksekutif atau anggota dewan asuransi yang dianggap bertanggung jawab atas pelanggaran (*Fit & Proper failure*). Secara pidana, Arab Saudi memiliki Undang-undang Penipuan yang bisa menjerat jika ada unsur pidana (misal pemalsuan dokumen klaim).

Contoh Kasus: Selain penangguhan tahun 2017 di atas, kasus lain misalnya tahun 2020, SAMA mendenda 15 perusahaan asuransi kesehatan karena tidak mematuhi ketentuan klaim (melalui *Council for Cooperative Health Insurance*). Ada juga kasus publik: seorang nasabah mengeluh di media sosial tentang klaim mobil yang lama tak dibayar; SAMA menanggapi dengan segera mengaudit perusahaan terkait dan dalam hitungan hari klaim dibayar, sementara perusahaan diberi teguran publik. Langkah-langkah ini, meski bukan putusan pengadilan, efektif mencegah *bad faith* secara luas. Secara umum, kultur kepatuhan di pasar Saudi semakin kuat karena regulator tak segan "menggunakan tangan besi" untuk memastikan tertanggung tidak dizalimi.

Indonesia

Terminologi & Konsep: Di Indonesia, istilah *bad faith* belum banyak digunakan secara formal dalam konteks sengketa asuransi, namun konsepnya dikenal sebagai “itikad tidak baik” atau “itikad buruk”. Hukum Indonesia (KUH Perdata Pasal 1338 ayat (3)) menetapkan setiap perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Prinsip ini tentu meliputi kontrak asuransi. Selain itu, UU No.8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen melarang pelaku usaha melakukan perbuatan menyesatkan atau tidak seimbang dalam memenuhi hak konsumen – yang bisa mencakup penolakan klaim secara tidak sah.

Dasar Hukum: industri perasuransian Indonesia diatur oleh Undang-Undang No.40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. UU ini mengamanatkan praktek usaha asuransi yang sehat dan perlindungan pemegang polis, namun tidak secara spesifik menyebut *bad faith*. Lebih detail, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai pengawas telah menerbitkan sejumlah peraturan yang terkait perilaku asuransi. Salah satu aturan penting adalah POJK No. 22 tahun 2023 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan, yang berlaku lintas sektor termasuk asuransi. Pasal 8 POJK 22/2023 mengharuskan perusahaan asuransi memiliki mekanisme penanganan pengaduan yang efektif. Pasal 2 ayat (6) POJK 22/2023 mewajibkan perusahaan menyediakan mekanisme memadai bagi konsumen untuk menyampaikan keluhan dan mendapat solusi.

Selain itu, OJK mengatur tenggat pembayaran klaim. POJK 36/2024, pasal 40 ayat (1) (misalnya, terkait asuransi umum) menegaskan kewajiban membayar klaim dalam waktu 30 hari setelah kesepakatan. Ketentuan historis dari masa Kementerian Keuangan (sebelum OJK) yaitu PMK No.53/PMK.010/2012

menyatakan: “Perusahaan Asuransi harus telah membayar klaim paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak adanya kesepakatan antara tertanggung dan penanggung…”. Ketentuan 30 hari ini secara substansi diadopsi OJK dan masih berlaku; artinya setelah klaim disetujui atau jumlahnya disepakati, perusahaan maksimal punya 30 hari untuk membayar.

Keterlambatan akan menimbulkan denda kepada perusahaan asuransi dan hak pemegang polis atas bunga.

Pasal 40 ayat (1) POJK 36/2024 menegaskan ada denda keterlambatan, konsumen berhak atas kompensasi berupa bunga keterlambatan sebesar 1% per bulan dari jumlah klaim yang telah disetujui. Juga ada sanksi administrasi.

Sanksi Hukum:

- Secara perdata, apabila penanggung menolak klaim secara melawan hukum (tanpa dasar polis yang kuat), pemegang polis dapat menggugat pemenuhan kewajiban (pembayaran klaim) disertai *dwangsom* (uang paksa) dan bunga. Ganti rugi tambahan (seperti kerugian usaha karena klaim tak dibayar) bisa dituntut, tetapi pengadilan cenderung mewajibkan bukti konkret dan hubungan langsung. Penghargaan untuk kerugian *immateriil* (misal stress) jarang dikabulkan dalam sengketa kontrak murni, kecuali dibawa lewat jalur UU Konsumen sebagai pelanggaran pelayanan.
- Secara regulatoris, OJK berwenang menjatuhkan sanksi administratif jika perusahaan melanggar UU atau POJK. Sanksi berjenjang: teguran tertulis, denda, pembatasan kegiatan usaha, hingga pencabutan izin (Pasal 80 UU 40/2014). Misalnya, jika OJK mendapati perusahaan kerap menunda pembayaran klaim melebihi 30 hari atau menolak

klaim valid, OJK dapat memberi teguran dan meminta perbaikan. Bila diabaikan, OJK bisa melarang perusahaan menjual produk tertentu untuk sementara atau akhirnya mencabut izin. *Contingent liability* karena klaim tak terbayar juga menjadi perhatian solvabilitas; kasus ekstrem bisa berujung seperti AJB Bumiputera atau Jiwasraya, di mana manajemen lama diberhentikan dan diaudit khusus.

- Bagi individu manajemen/direksi, Pasal 72 UU 40/2014 memungkinkan OJK menjatuhkan sanksi pada personil (misal pencabutan persetujuan sebagai direksi jika terbukti tidak melaksanakan prinsip kehati-hatian atau melanggar ketentuan, yang dapat mencakup penanganan klaim). Selain itu, jika terdapat unsur pidana (penipuan konsumen), bisa dijerat UU Konsumen Pasal 62 dengan ancaman pidana penjara hingga 5 tahun untuk pelaku usahanya.

Contoh Praktik & Kasus di Indonesia:

Dalam praktik, sengketa asuransi di Indonesia kadang mencuat ketika ada penolakan klaim kontroversial. Contoh terkenal adalah kasus Allianz Life Indonesia (2017). Dua eksekutif Allianz dilaporkan ke polisi oleh nasabah karena permintaan dokumen medis yang berlebihan sehingga klaim asuransi kesehatan nasabah selalu ditolak. Polisi menetapkan kedua petinggi Allianz tersebut sebagai tersangka pelanggaran Pasal 18 UU Perlindungan Konsumen (mencantumkan klausula yang merugikan konsumen) karena diduga menerapkan persyaratan klaim yang tidak wajar. Kasus ini mencuri perhatian publik; akhirnya Allianz melakukan penyelesaian dengan nasabah dan kedua pihak menghentikan perkara. Meski jarang ada pimpinan asuransi jadi tersangka pidana, peristiwa ini memberikan preseden bahwa itikad buruk dalam penanganan klaim bisa

berujung konsekuensi hukum serius bagi individu pengelola perusahaan; https://www.tempo.co/ekonomi/kasus-klaim-allianz-pidana-asuransi-pertama-di-indonesia--1237105?utm_source=chatgpt.com.

Kasus lain yang hangat adalah krisis likuiditas di AJB Bumiputera 1912 sejak 2016. Ribuan pemegang polis saving jatuh tempo tidak dibayar tepat waktu, beberapa tertunda bertahun-tahun. Hal ini menimbulkan tudingan adanya *bad faith* atau *mismanagement* dari pengurus Bumiputera. Pemerintah melalui OJK turun tangan dengan mengambil alih pengelolaan (membentuk manajemen statuter, yang gagal) tahun 2020 untuk melindungi pemegang polis. Walau ini lebih ke masalah solvabilitas daripada sengketa klaim individual, dampaknya sama: kepercayaan publik terpukul karena hak mereka tidak ditunaikan. Contoh lain, Kresna Life (2018-2020) gagal bayar polis sejenis deposito (*unit-link saving*) juga memicu ratusan pengaduan; OJK akhirnya mencabut izin Kresna Life pada 2023 demi melindungi konsumen. Dalam konteks ini, *bad faith* dapat dilihat pada tindakan manajemen yang tetap menjual produk padahal keuangan perusahaan bermasalah.

Kritik atas Regulasi Saat Ini: Regulasi Indonesia sudah cukup mengakomodasi prinsip itikad baik, namun implementasi dan *enforcement*-nya kerap dipertanyakan. Beberapa kelemahan antara lain:

- Belum adanya ketentuan eksplisit mengenai *bad faith* klaim dan sanksi langsung. Hal ini membuat penafsiran bergantung pada *general clause* (itikad baik di KUHPer, klausula baku di UU Konsumen). Mungkin diperlukan aturan OJK khusus tentang standar penanganan klaim dan penalti tegas untuk pelanggar.

- Penegakan hukum perdata yang masih panjang dan mahal. Banyak pemegang polis enggan menggugat meski klaimnya ditolak, karena proses pengadilan bisa berlarut-larut dan biaya tinggi. Peran LAPS SJK masih terbatas.
- Sanksi administratif OJK jarang dipublikasikan secara rinci. Berbeda dengan FCA Inggris atau SAMA Saudi yang mengumumkan denda, OJK seringkali hanya mengumumkan pencabutan izin ekstrem. Transparansi sanksi akan memberikan efek jera dan contoh bagi pelaku usaha lain.
- Masih lemahnya literasi dan posisi tawar konsumen. Banyak masyarakat kurang paham hak-haknya, sehingga potensi *bad faith* tidak tertantang. Upaya meningkatkan literasi asuransi dan memperkuat lembaga advokasi konsumen diperlukan agar ada *check and balance*.

Di sisi kekuatan, regulasi OJK telah menyediakan kerangka dasar yang cukup, misalnya aturan 30 hari pembayaran klaim, keharusan memberikan alasan penolakan tertulis, larangan klausula baku yang merugikan. Sekarang tantangannya memastikan penegakan hukum konsisten.

Tujuan dan Manfaat Penegakan Hukum atas *Bad Faith*

Menegakkan hukum terhadap tindakan *bad faith* dalam asuransi memiliki tujuan krusial: melindungi konsumen asuransi dan menjaga integritas industri. Berikut beberapa tujuan dan manfaat utama penindakan *bad faith*:

- Melindungi Hak Pemegang Polis: Pemegang polis membayar premi dengan harapan mendapat perlindungan. Penindakan tegas memastikan hak mereka atas klaim terpenuhi sesuai perjanjian. Ini mencegah kerugian sepihak akibat ulah penanggung nakal.

- Meningkatkan Kepercayaan Publik: industri perasuransian sangat bergantung pada kepercayaan. Jika masyarakat melihat bahwa perusahaan asuransi dapat dihukum saat berbuat curang, kepercayaan terhadap produk asuransi akan naik. Sebaliknya, apabila banyak kasus klaim tidak dibayar dan dibiarkan, publik akan enggan berasuransi. Penegakan hukum memberikan sinyal bahwa perusahaan yang beritikad buruk akan dihukum, sehingga publik merasa lebih aman membeli polis.
- Membangun Iklim Persaingan Sehat: Perusahaan yang memenuhi klaim dengan baik harus bersaing dengan perusahaan yang mungkin mendapat untung jangka pendek dengan menolak klaim. Tanpa penegakan, pelaku curang bisa "lebih untung" – ini merusak l*evel playing field*. Hukum yang kuat memastikan tidak ada insentif bagi perusahaan untuk melakukan *bad faith*, karena risikonya lebih besar daripada keuntungannya.
- Mendorong Praktik Manajemen Risiko yang Baik: Jika hukuman *bad faith* berat (misal denda besar, ganti rugi ekstra, reputasi tercoreng), manajemen perusahaan asuransi akan lebih berhati-hati mengambil keputusan klaim. Mereka akan berinvestasi pada prosedur klaim yang adil, pelatihan staf, dan alokasi cadangan klaim yang cukup. Akhirnya ini menyehatkan kondisi keuangan industri secara keseluruhan.
- Perlindungan hingga ke Tingkat Individu: Penegakan hukum tidak hanya menarget entitas perusahaan, tetapi juga individu pengambil keputusan. Misal di Inggris dengan Senior Manager Regime atau di Indonesia dengan aturan direksi berintegritas. Dengan adanya ancaman sanksi pribadi (denda, larangan jabatan, pidana), para eksekutif

akan terdorong memastikan kebijakan internal tidak merugikan konsumen secara sengaja.

- Pertumbuhan Pasar Asuransi yang Berkelanjutan: Pada akhirnya, dengan kepercayaan meningkat, lebih banyak orang bersedia membeli asuransi. Penetrasi asuransi meningkat yang berarti risk pooling lebih luas dan sehat. Industri bertumbuh secara organik dan stabil karena mendapat legitimasi sosial.

Berbagai negara sudah menyadari manfaat ini. Misalnya, regulator di Arab Saudi terang-terangan menyebut tujuan penegakkannya untuk “menjamin hak tertanggung dan penerima manfaat” serta menjaga kompetisi sehat. Di Indonesia, OJK juga menegaskan peran perlindungan konsumen guna meningkatkan kepercayaan pada jasa keuangan.


KLAIM, PENALTI & PUNITIVE DAMAGE HARUS DIBAYAR
BAD FAITH
BAD FAITH
AFP/2025

Ringkasan Kasus Nyata dalam 10 Tahun Terakhir

Berikut ini beberapa contoh kasus nyata (dari berbagai negara yang dibahas, periode ±2015–2024) terkait *bad faith* atau penegakan hukum atas klaim asuransi:

1. Nevada, AS (2024) – Sierra Health & Life v. Eskew: Penanggung menolak terapi kanker modern; juri menghukum dengan $200 juta karena dinilai *bad faith.*
2. Utah, AS (2018) – Charles v. Nationwide: Klaim kebakaran rumah ditolak tanpa penyelidikan layak; juri beri $25 juta punitive. (Ilustrasi, sumber lokal).
3. Inggris (2018) – Denda FCA pada Liberty Mutual: £5,2 juta dijatuhkan karena klaim ponsel ditangani buruk, banyak penolakan tidak adil.
4. Inggris (2024) – Larangan Direktur: FCA melarang eks-direktur Inspire Insurance karena pelanggaran integritas (menunjukkan individu bisa disanksi) .
5. Prancis (2019) – Sanksi ACPR pada Elite Insurance: Perusahaan asing disanksi larangan bisnis 2 tahun akibat menghentikan pembayaran klaim konstruksi selama 5 bulan.
6. Jerman (2021) – Ombudsman Fall X: Ombudsman Asuransi memenangkan keluhan nasabah atas penolakan klaim biaya bedah; penanggung diminta bayar penuh + bunga (kasus mediasi sukses).
7. India (2024) – NCDRC vs United India: Penolakan klaim pencurian traktor karena terlambat lapor 10 hari dinyatakan tidak sah, perusahaan wajib bayar klaim + kompensasi.
8. India (2022) – SC dalam Singhal v. PNB MetLife: Perusahaan dihukum bayar klaim jiwa + ₹10 lakh kompensasi atas penolakan klaim dengan alasan penyakit sebelum polis yang tak terbukti (pesan kuat dari Mahkamah Agung).

9. Arab Saudi (2017) – SAMA Ban 7 Companies: SAMA melarang 3 asuransi & 4 agen terbitkan polis baru karena pelanggaran klaim pihak ketiga dan keluhan massal.
10. Arab Saudi (2019) – Denda CCHI: 15 asuransi kesehatan didenda karena lambat bayar klaim rumah sakit, memicu perbaikan segera.
11. Korea Selatan (2018) – Samsung Life Cancer Policies: Class action ribuan nasabah atas klaim kanker ditolak; perusahaan akhirnya membayar klaim tertunda setelah tekanan publik.
12. Indonesia (2020) – Jiwasraya Scandal: Meski terkait investasi, 17.000 polis saving gagal bayar; direksi terlibat dipidana korupsi. Kasus ini mendiskreditkan industri dan pemerintah melakukan restrukturisasi besar-besaran demi pemegang polis. Namun pemerintah tidak mematuhi hukum dengan membayar nasabah (tidak mengikuti program restrukturisasi) yang memenangkan kasus pengadilan incracth.

Analisis Kritis & Penutup

Dari uraian di atas, jelas bahwa *bad faith* oleh perusahaan asuransi adalah suatu tindakan yang merusak hubungan fundamental industri perasuransian dengan masyarakat. *Bad faith* dalam klaim berarti perusahaan ingkar janji secara sengaja, padahal justru saat klaim inilah pemegang polis membutuhkan proteksi yang dijanjikan.

Tindakan ini bisa dianggap “jahat” karena tidak hanya merugikan secara finansial, tetapi juga menghilangkan rasa aman konsumen. Ketika cerita-cerita penolakan klaim yang tidak wajar menyebar, masyarakat kehilangan minat untuk berasuransi – untuk apa membayar premi jika saat kejadian klaim pun kecil

kemungkinan dibayar? industri perasuransian pun akan mandek pertumbuhannya.

Oleh karena itu, penegakan hukum yang tegas atas praktik *bad faith* bukan saja penting, tapi niscaya. Melalui penegakan hukum (baik lewat pengadilan maupun regulator), perusahaan asuransi dipaksa untuk disiplin memenuhi janji kontraknya. Penegak hukum harus mengirim sinyal kuat bahwa asuransi bukanlah arena untuk mengambil premi dan lari dari tanggung jawab. *Bad faith* harus dibayar mahal, entah dengan denda, ganti rugi ekstra, kerugian reputasi, bahkan pencopotan izin dan jabatan.

Hanya dengan langkah tegas demikian, industri perasuransian dapat bertumbuh secara sehat di Indonesia. Masyarakat akan kembali percaya bahwa polis asuransi yang mereka pegang benar-benar bernilai dan dapat diandalkan saat musibah terjadi. Kepercayaan publik yang meningkat akan mendorong lebih banyak orang ikut asuransi, memperluas basis risiko dan menurunkan biaya, yang pada gilirannya menguntungkan semua pihak. Sebaliknya, bila praktek *bad faith* dibiarkan atau hukum tumpul, industri perasuransian kita bisa terperangkap dalam lingkaran setan ketidakpercayaan: premi rendah, klaim tinggi diperlakukan buruk, lalu kian sedikit orang mau berasuransi.

Singkatnya, *bad faith* adalah musuh bersama bagi konsumen dan industri. Dengan menyadari hal itu, regulator dan penegak hukum harus terus meningkatkan upaya pengawasan dan penindakan. Langkah-langkah perbaikan seperti penyempurnaan regulasi, transparansi sanksi, edukasi konsumen, dan penegakan hukum yang konsisten akan sangat menentukan masa depan industri perasuransian di Indonesia.

Penegakan hukum terhadap *bad faith* bukan semata menghukum "yang jahat", tetapi melindungi yang benar dan mendorong iklim usaha asuransi yang fair dan diminati masyarakat – prasyarat agar industri ini tumbuh sehat dan berkelanjutan di tanah air.

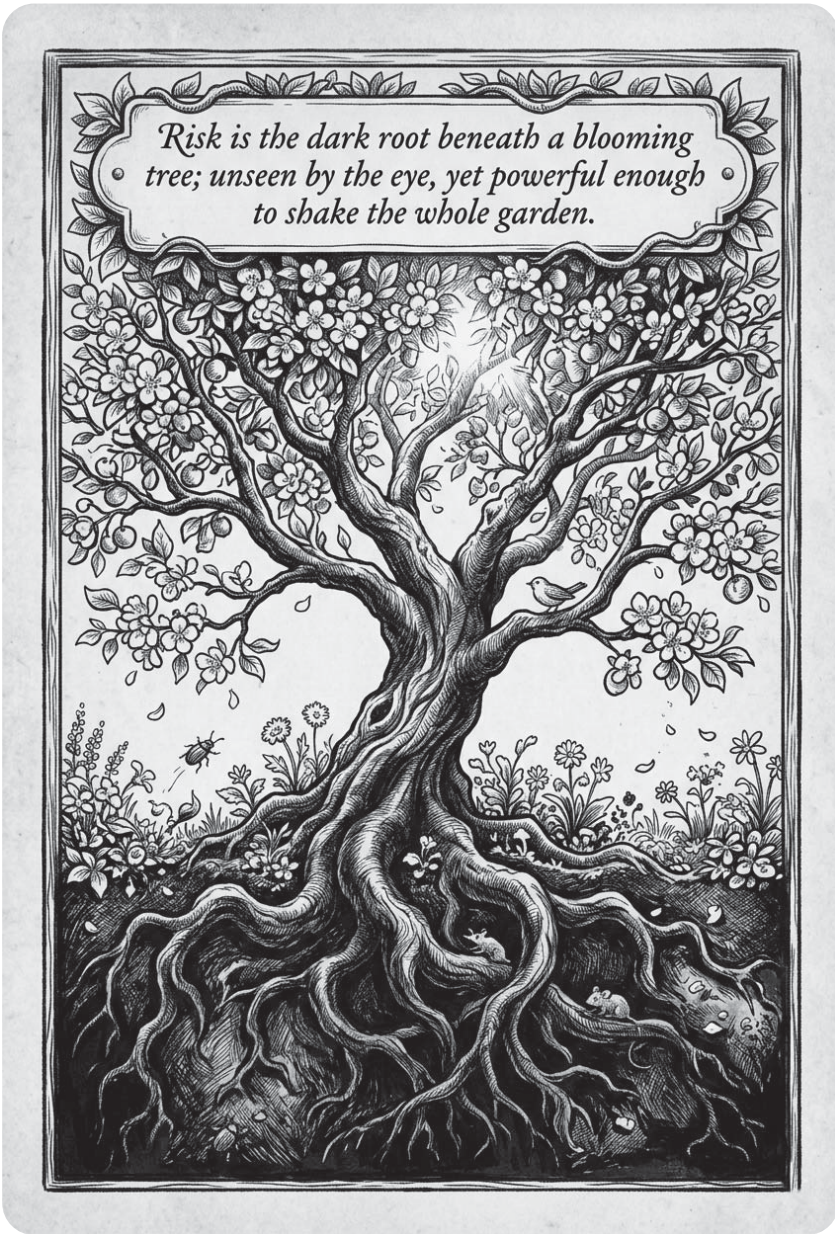

Perjuanganku Lebih Mudah karena Melawan Penjajah.
Perjuanganmu Lebih Sulit karena Melawan Bangsamu Sendiri
Soekarno


THE MARKETER
Penjual Impian Palsu?
Kriteria Pemasar Asuransi Keren!
✓ Integritas
✓ Pengetahuan
✓ Komunikasi Persuasif
✓ Empati
✓ Disiplin
✓ Konsisten
✓ Fokus pada Solusi
KEPERCAYAAN
SOLUSI
EDUKASI
KEBUTUHAN
PROSPEK
TARGET
PERTUMBUHAN
PROTECT TODAY
SECURE TOMORROW
INSURANCE PROPOSAL
SALES ILLUSTRATION
ILUSTRASI MANFAAT
PREMIUM SUMMARY
RINGKASAN PREMI
PROSPECT LIST
Andi Pratama
Budi Santosa
Citra Dewi
Doni Lestari
Eko Wijaya
Faisal Nugroho
Gina Maharani
Hendra Gunawan
KEPERCAYAAN
ADALAH ASET TERBESAR
CLIENT FIRST
LIFETIME PARTNER
FINANCIAL SECURITY
Andreas Freddy Pieloor - Guru Asuransi

BAB
25

ETHICS, INTEGRITY, AND PROFESSIONALISM




Risk is the dark root beneath a blooming tree; unseen by the eye, yet powerful enough to shake the whole garden.

25.1 Pengantar

Pendahuluan: Fondasi yang Tak Tergantikan

Dalam industri perasuransian, kepercayaan adalah mata uang utama. Tanpa kepercayaan, tidak ada klien yang bersedia menyerahkan perlindungan masa depan mereka kepada perusahaan asuransi atau tenaga pemasarnya. Di sinilah tiga nilai utama: Etika, Integritas, dan Profesionalisme, menjadi fondasi tak tergantikan dalam setiap langkah kita. Nilai-nilai ini bukan hanya aturan moral, tapi juga kompas penuntun dalam setiap keputusan dan tindakan profesional, terlebih dalam dunia yang terus berubah dengan cepat.

Makna Etika: Menjaga Kompas Moral dalam Setiap Tindakan

Etika adalah prinsip-prinsip moral yang mengarahkan bagaimana seseorang bertindak dalam kehidupan profesionalnya. Dalam konteks asuransi, etika berarti bertindak jujur, adil, dan bertanggung jawab dalam setiap interaksi dengan klien, rekan kerja, maupun perusahaan.

Contohnya, seorang agen asuransi yang menjelaskan dengan jujur isi polis, risiko, dan manfaat serta tidak menyembunyikan segala informasi yang perlu diketahui calon nasabah (terkait dengan beban biaya, risiko investasi dan hal yang tidak dijamin) telah menjalankan prinsip etika. Ia tidak hanya berjualan, tapi memberikan edukasi yang adil agar nasabah bisa mengambil keputusan terbaik. Etika menuntut kita untuk berpikir tidak hanya tentang hasil akhir, tetapi tentang cara dan proses kita sampai ke tujuan itu.

Makna Integritas: Konsistensi antara Perkataan dan Perbuatan

Integritas adalah kualitas yang menunjukkan kejujuran dan keselarasan antara nilai, kata-kata, dan tindakan dalam konteks positif dan konstruktif. Orang yang memiliki integritas tidak akan memutarbalikkan fakta hanya demi menutup penjualan. Ia tetap teguh pada prinsip meskipun situasi menantang.

Dalam industri perasuransian, integritas bisa diuji dalam banyak hal: dari cara menangani klaim yang sulit, hingga bagaimana menghadapi tekanan target penjualan. Seorang tenaga pemasaran yang tetap menjaga integritas meski tergoda untuk “memoles” fakta demi komisi, adalah aset berharga bagi perusahaan dan industri.

Makna Profesionalisme: Sikap dan Tanggung Jawab sebagai Ahli

Profesionalisme mencakup sikap, pengetahuan, dan perilaku yang mencerminkan kompetensi, keahlian dan sikap serta komitmen terhadap pekerjaan. Profesionalisme ditunjukkan melalui cara bersikap, sopan santun, penampilan rapi, komunikasi efektif, ketepatan waktu, dan kemampuan menyelesaikan masalah secara objektif dan benar.

Seorang profesional dalam asuransi tidak hanya mengandalkan keahlian teknis, tetapi juga melayani dengan empat, simpati dan sabar. Ia mampu membangun relasi jangka panjang, bukan sekadar transaksi jangka pendek.

Mengapa Ketiganya Sangat Penting dalam Industri Perasuransian

Etika, integritas, dan profesionalisme bukan sekadar teori indah. Dalam industri perasuransian yang menjual janji perlindungan masa depan, nilai-nilai luhur ini menjadi garansi tak tertulis antara praktisi termasuk pemasar, dengan klien. Jika janji itu dilanggar, bukan hanya reputasi individu yang runtuh, tetapi kepercayaan masyarakat terhadap perusahaan dan industri secara keseluruhan bisa hancur.

Kita harus ingat bahwa asuransi bukan sekadar produk, tetapi kepercayaan, reputasi dan perjanjian jangka panjang. Klien membutuhkan keyakinan bahwa mereka akan diperlakukan dengan benar dan adil, bahkan bertahun-tahun setelah premi dibayarkan. Maka dari itu, kepercayaan yang telah dibangun melalui ketiga nilai ini menjadi investasi paling berharga dan tidak tergantikan.

Manfaat bagi Karier dan Masa Depan Pekerja Asuransi

Mereka yang memegang teguh etika, integritas, dan profesionalisme akan menjadi pribadi yang terpercaya. Kepercayaan itu menciptakan reputasi, dan reputasi membuka banyak pintu bagi promosi jabatan, kemitraan strategis, bahkan peluang membangun usaha/bisnis sendiri.

Seorang agen/pemasar asuransi yang konsisten menjaga nilai-nilai ini biasanya memiliki loyalitas nasabah yang tinggi. Nasabah tidak hanya membeli polis, tapi juga merekomendasikannya kepada orang lain. Dalam jangka panjang, hal ini akan membentuk portofolio klien yang kuat dan berkelanjutan. Freddy Pieloor menjadi pemasar asuransi sejak tahun 1987, telah memiliki nasabah yang loyal dan kemudian

pada tahun 2001, memberanikan diri membangun bisnis sendiri (sebuah perusahaan pialang asuransi) dengan dukungan para nasabah loyal tersebut dan hingga buku ini ditulis masih memiliki saham pada perusahaan tersebut dan menjadi komisaris utama (setelah menjabat direktur utama selama 15 tahun, mengajukan pensiun dini dan membangun *Itikad Academy*).

25.2 Bisakah Karier dan Bisnis Bertumbuh Bersama Etika, Integritas, dan Profesionalisme?

Bukan hanya bisa, harus. Justru dengan fondasi ini, pertumbuhan karier dan bisnis menjadi lebih stabil dan tahan terhadap guncangan. Mereka yang menghalalkan segala cara mungkin tumbuh cepat, tapi mudah tumbang ketika masalah etika muncul. Perusahaan-perusahaan ini akan berumur singkat, bertumbuh hebat lalu hilang.

Sementara itu, mereka yang membangun karier dan bisnis di atas dasar yang benar akan lebih dihargai oleh para klien, perusahaan, rekan-rekan praktisi perasuransian, regulator, dan masyarakat. Merekalah yang bertahan dan berkembang dalam jangka panjang.

Menjawab Tantangan Zaman: Relevansi Ketiga Nilai di Era Digital

Di tengah kemajuan teknologi, banyak proses menjadi otomatis. Namun, nilai-nilai seperti etika, integritas, dan profesionalisme tidak bisa didigitalkan. Justru di tengah dunia yang semakin impersonal dan serba cepat, ketulusan dan kejujuran menjadi pembeda utama.

Teknologi bisa membantu efisiensi, tetapi sentuhan manusiawi, yang ditunjukkan melalui nilai-nilai ini adalah kunci membangun hubungan jangka panjang yang bernilai. Seorang agen, pemasar dan praktisi asuransi yang responsif, jujur, dan profesional akan tetap dibutuhkan meskipun ada *chatbot* atau *platform digital*. Nilai-nilai ini tidak tergantikan oleh mesin apapun.

Contoh Aplikatif dalam Dunia Asuransi

Mari ambil contoh nyata: Seorang agen bernama Ibu Rina yang selalu menjelaskan isi polis dengan detail, empati dan sabar, bahkan ketika nasabahnya belum tentu langsung membeli. Ia menjelaskan segala sesuatu yang perlu dipahami oleh calon klien, terutama hal yang tidak dijamin, risiko-risiko yang dihadapi dan biaya-biaya yang menjadi beban calon klien. Bertahun-tahun kemudian, nasabah tersebut kembali dan membawa keluarganya karena merasa percaya. Ibu Rina pun diangkat menjadi manajer tim karena dianggap sebagai panutan dalam menjaga etika dan profesionalisme.

Menjadi Profesional Sejati

Etika, integritas, dan profesionalisme bukanlah nilai-nilai lama yang usang di era modern. Sebaliknya, mereka adalah landasan bagi siapa pun yang ingin menjadi profesional sejati di industri perasuransian yang menjual kejujuran dan kepercayaan. Dalam dunia perasuransian, ketiganya bukan hanya pedoman moral, tetapi juga strategi jangka panjang untuk pertumbuhan pribadi, karier, dan bisnis.

Orang mungkin lupa apa yang kita katakan, tetapi mereka tidak akan pernah lupa bagaimana kita sikap dan perilaku diri terutama pada saat berinteraksi dan memperlakukan mereka.

Maka, mari bangun industri perasuransian yang lebih manusiawi, terpercaya, dan profesional, dimulai dari diri kita sendiri, sekarang juga.

25.3 Budaya Beretika dan Berintegritas: Fondasi Pribadi dan Organisasi yang Kuat

Mengapa Budaya Beretika dan Berintegritas Penting bagi Individu?

Budaya bukan hanya milik organisasi. Ia juga tumbuh dalam diri seseorang sebagai bagian dari karakter personal. Seseorang yang memiliki budaya beretika dan berintegritas adalah orang yang menjadikan kejujuran, tanggung jawab, dan moralitas sebagai bagian dari **cara berpikir dan bertindak sehari-hari**. Ia bukan hanya "mengetahui" mana yang benar, tetapi "membiasakan diri" untuk melakukan yang benar, meskipun tidak mudah (bahkan banyak yang mencibirkan bibir), meskipun tidak ada yang melihat.

Mengapa budaya ini penting?

Karena hidup dan karier penuh dengan godaan dan tekanan. Seseorang bisa saja tergoda untuk menipu, berbohong, atau mengambil jalan pintas jika tidak memiliki nilai internal yang kuat. Dengan budaya beretika dan berintegritas, seseorang memiliki "kompas arah" dan "rem" otomatis yang menjaga agar ia tetap berada di jalur yang benar. Ini menjadi kekuatan besar dalam membangun kepercayaan orang lain, reputasi pribadi, serta ketenangan batin.

Seperti fondasi sebuah bangunan, nilai-nilai ini menopang siapa kita sebenarnya. Dalam dunia profesional, orang yang beretika dan berintegritas akan dihargai lebih dari sekadar

keahlian teknis. Karena kepercayaan jauh lebih mahal daripada keterampilan, dan hanya diberikan kepada mereka yang dipercaya. Banyak orang pintar, namun hanya sedikit yang jujur dan berintegritas. Karakter ini cukup langka, namun akan bersinar dimanapun mereka berada, terutama kala mereka berada di tempat gelap kelam.

Bagaimana Membangun Budaya Etika dan Integritas dalam Diri Sendiri?

Budaya personal dibentuk, bukan diwariskan. Berikut beberapa langkah praktis untuk membangun dan menguatkannya:

1. Refleksi Diri secara Teratur: Tanyakan, “Apakah keputusan saya ini jujur dan adil serta tidak merugikan pihak manapun?” atau “Apakah saya nyaman jika tindakan saya diketahui publik?”
2. Pahami Nilai-Nilai Moral dan Etika Profesi: Pelajari dan hayati kode etik profesi Anda. Ini menjadi panduan perilaku yang nyata dalam dunia kerja.
3. Biasakan Bertindak Sesuai Nilai: Meski kecil, kebiasaan jujur (seperti tidak mencontek, tidak menitip absen, tidak korupsi waktu kerja, tidak memanipulasi laporan) akan memperkuat fondasi integritas.
4. Berani Menghadapi Godaan: Godaan akan selalu ada. Orang yang berintegritas memilih tetap lurus walau berisiko akan kehilangan pekerjaan karena dianggap berbahaya bagi para pelaku kejahatan di sebuah organisasi/perusahaan.
5. Pilih Lingkungan yang Mendukung: Lingkungan membentuk perilaku. Dekatkan diri dengan orang-orang yang menjunjung nilai-nilai etika dan integritas. Seperti kawanan, dia akan menjadi seperti orang-orang yang digaulinya.

6. Minta Masukan dan Koreksi: Bersedia dikritik menunjukkan kerendahan hati, salah satu aspek penting integritas yang sangat langka.
7. Jangan Memisahkan Nilai Pribadi dan Nilai Profesional: Orang yang benar-benar berintegritas akan sama jujurnya di rumah maupun di kantor dan dimanapun dia berada.

Apakah Budaya Etika dan Integritas Juga Harus Dimiliki oleh Perusahaan?

Jawabannya adalah mutlak harus.

Organisasi, sama seperti individu, memiliki kepribadian yang disebut "budaya perusahaan". Bila individu diharapkan memiliki integritas, maka perusahaan juga harus memiliki budaya organisasi yang beretika dan berintegritas. Ini mencerminkan nilai-nilai, keyakinan, dan standar perilaku yang mengarahkan setiap keputusan, proses, dan interaksi dalam organisasi.

Tanpa budaya tersebut, perusahaan rentan disusupi praktik curang, manipulatif, atau bahkan ilegal. Lebih jauh, perusahaan akan sulit mempertahankan talenta terbaik karena orang-orang baik enggan bertahan dalam lingkungan yang tidak sehat/kotor dan nista.

Siapa yang Bertanggung Jawab Membangun Budaya Etika dan Integritas di Perusahaan?

Tanggung jawab ini bersifat kolektif, tetapi dimulai dari atas ke bawah (*top to bottom*). Artinya:

- Pemimpin (*Top Leader*) memiliki tanggung jawab utama untuk membangun, menyuarakan, dan memberi teladan. Jika pemimpin berbicara tentang kejujuran tetapi bertindak manipulatif, maka semua pesan moral akan kehilangan

kredibilitas. ***Culture is caught, not taught***. Budaya ditiru, bukan cuma diajarkan. Seperti orang tua perokok yang melarang anak-anaknya merokok karena bahaya kanker. Tidak mungkin. *Tindakan berbicara lebih keras daripada omongan.*

- Manajer dan Supervisor harus menerjemahkan nilai-nilai tersebut ke dalam kebijakan, proses, dan pengambilan keputusan sehari-hari.
- Karyawan memiliki tanggung jawab moral untuk menjunjung budaya tersebut dalam perilaku mereka setiap saat, bahkan ketika tidak diawasi.

Ketika semua lini bertanggung jawab, dengan pemimpin memberi teladan, maka budaya beretika bukan hanya slogan, tetapi napas dan gaya hidup organisasi.

Bagaimana Membangun Budaya Etika dan Integritas dalam Perusahaan?

Membangun budaya bukan sekadar mengedarkan brosur atau menempelkan nilai-nilai di dinding. Budaya dibentuk melalui kebijakan, tindakan nyata, dan teladan terus-menerus tiada henti. Berikut langkah-langkah praktis:

1. Deklarasikan Nilai-Nilai Etika Secara Jelas:
   Tetapkan nilai inti perusahaan yang menyebutkan secara eksplisit pentingnya etika dan integritas.

2. Pemimpin Harus Menjadi *Role Model*:
   Jangan ada gap antara ucapan dan tindakan pemimpin. Jika pemimpin meminta transparansi, ia harus transparan tanpa terkecuali.

3. Bangun Sistem dan Kebijakan yang Mendukung:
   Misalnya, ada prosedur pelaporan penyimpangan (*whistleblower*), sistem audit independen, atau sanksi jelas terhadap pelanggaran etika.
4. Lakukan Pelatihan Etika secara Berkala:
   Semua karyawan, termasuk pemimpin, perlu pelatihan tentang dilema etika, contoh kasus, dan cara membuat keputusan etis.
5. Berikan Apresiasi untuk Perilaku Etis:
   Budaya yang dihargai akan tumbuh. Berikan penghargaan bagi karyawan yang menunjukkan integritas tinggi.
6. Komunikasikan Secara Konsisten:
   Sertakan pesan-pesan tentang etika dalam komunikasi internal: buletin, rapat, email resmi.
7. Integrasikan Etika dalam Proses Bisnis:
   Misalnya, proses rekrutmen mempertimbangkan integritas calon; penilaian kinerja mencantumkan indikator etika.
8. Respons Cepat terhadap Pelanggaran:
   Tunjukkan bahwa perusahaan serius menjaga nilai. Jangan ada impunitas (bebas dari hukuman) bagi pelanggar. Pemberian sanksi kepada pelanggar adalah kunci dan memberi efek jera bagi yang lain.

Bagaimana Bila Seseorang yang Beretika Masuk ke Perusahaan Tanpa Budaya Etika?

Ini situasi yang sangat menantang. Seseorang yang menjunjung etika dan integritas tinggi bisa merasa terasing, kecewa, atau bahkan tertekan saat masuk ke perusahaan yang membiarkan praktik kecurangan, manipulasi, atau tidak adil.

Ada tiga pilihan yang bisa diambil dalam situasi ini:

1. Menjadi Agen Perubahan (Jika Masih Mungkin):
   Bila posisi Anda memungkinkan, cobalah mempengaruhi perubahan. Mulailah dari tim kecil, beri teladan, dan suarakan nilai-nilai secara positif.

2. Bertahan dengan Batasan Jelas:
   Jika belum bisa mengubah, tetaplah menjaga integritas pribadi. Tetapkan garis yang tidak bisa dilanggar. Tapi sadari bahwa Anda harus siap menghadapi tantangan dan mungkin tidak bisa tumbuh maksimal di lingkungan itu.

3. Pertimbangkan untuk Pindah:
   Jika lingkungan benar-benar toksik dan Anda tak bisa mempertahankan nilai Anda tanpa risiko besar, pilihan paling sehat mungkin adalah mencari tempat yang lebih selaras dengan nilai Anda.

   Ingat: Mempertahankan integritas jauh lebih penting daripada mempertahankan pekerjaan yang mencederai hati nurani. Reputasi dan ketenangan hati adalah aset jangka panjang yang tak bisa ditukar. Reputasi adalah awal dari prestasi.

Budaya Adalah Investasi

Budaya beretika dan berintegritas bukanlah aksesori tanpa arti, ia adalah investasi jangka panjang bagi pribadi dan organisasi. Individu yang menjadikan nilai ini sebagai bagian dari karakternya akan menjadi pribadi yang terpercaya, dihormati, dan sukses. Perusahaan yang membangun budaya ini akan memiliki tim yang solid, citra yang baik, dan loyalitas pelanggan yang kuat.

Dan semua itu dimulai dari satu hal: keteladanan.

Pemimpin yang jujur akan melahirkan tim yang jujur. Karyawan yang menjunjung nilai akan mendorong perubahan. Bersama-sama, kita bisa menciptakan lingkungan kerja yang bukan hanya produktif, tapi juga berintegritas dan membanggakan.

Studi Kasus Edukatif: Etika dan Integritas dalam Tindakan

Studi Kasus 1: "Keputusan yang Mahal" (Fiktif, Berdasarkan Kejadian Umum)

Pak Arman adalah manajer pemasaran senior di sebuah perusahaan asuransi jiwa. Ia dikenal sebagai pribadi yang tegas, disiplin, dan bertanggung jawab. Namun, ketika target tahunan mendekati batas akhir, tekanan meningkat. Atasannya mulai mendorong strategi "agresif", bahkan menyarankan memoles fakta-fakta produk agar penjualan naik.

Pak Arman menghadapi dilema: mengikuti perintah demi "angka" atau mempertahankan nilai etika yang sudah ia pegang sejak awal. Ia memutuskan untuk tetap jujur. Hasilnya? Timnya tidak mencapai target maksimal. Namun, dalam audit internal, praktik tim lain terbukti manipulatif dan banyak komplain muncul dari nasabah. Manajemen pun melakukan evaluasi besar-besaran. Karena konsistensinya, Pak Arman justru diberi kepercayaan memimpin unit baru yang lebih strategis.

Pelajaran moral: Keputusan etis kadang berat di awal, tapi membuahkan kepercayaan dan reputasi jangka panjang.

Studi Kasus 2: "Suara yang Tak Didengar" (Fiktif, Berdasarkan Industri Perasuransian Nyata)

Ibu Tania adalah staf klaim di sebuah perusahaan asuransi umum. Suatu hari, ia menemukan bahwa manajernya memproses klaim tertentu secara tidak adil, memberi persetujuan karena tekanan hubungan pribadi. Ia melaporkannya melalui jalur internal, tapi tidak ditindaklanjuti. Bahkan ia dipindahkan ke posisi yang tidak relevan.

Namun, Ibu Tania tetap menyimpan bukti dan kemudian melaporkannya ke lembaga regulator. Investigasi dilakukan. Beberapa petinggi dicopot, dan perusahaan akhirnya menyusun ulang kebijakan *whistleblower*. Keberanian Ibu Tania dipuji, dan ia diangkat sebagai kepala bagian kepatuhan setelah manajemen baru dibentuk.

Pelajaran moral: Satu suara berintegritas bisa mengubah budaya perusahaan.

25.4 10 Kasus Nyata Perusahaan Gagal karena Pelanggaran Etika dan Integritas

Memahami berbagai kasus nyata yang terjadi dapat menjadi pembelajaran penting bagi semua, tanpa perlu mengalami kegagalan. Berikut adalah fakta atas pelanggaran etika dan integritas yang melibatkan pejabat, pimpinan dan bahkan pemilik perusahaan.

1. ENRON (Amerika Serikat)

Skandal ini adalah salah satu yang paling terkenal dalam sejarah bisnis. Enron, sebuah perusahaan energi, melakukan rekayasa akuntansi untuk menyembunyikan utang dan membuat laporan keuangan terlihat menguntungkan. Akibatnya, investor

tertipu, ribuan kehilangan pekerjaan dan dana pensiun. CEO dan CFO dipenjara. Enron bangkrut pada 2001, dan skandal ini mendorong lahirnya undang-undang SOX (Sarbanes-Oxley Act). Kasus Enron ini banyak menjadi materi pembelajaran pasca sarjana di berbagai universitas ternama di US dan negara lainnya.

Pelajaran: Kebohongan terstruktur akan runtuh suatu saat. Ketika integritas dihancurkan demi citra, kehancuran menjadi tak terelakkan.

2. JIWASRAYA (Indonesia)

Skandal Jiwasraya mencuat karena penempatan investasi berisiko tinggi dan manipulasi laporan keuangan. Nilai kerugian negara mencapai lebih dari Rp16 triliun. Kasus ini melibatkan direksi dan manajer investasi yang kini telah divonis. Ribuan nasabah kehilangan kepercayaan dan dana mereka, keserakahan awal dari bencana. Kasus Jiwasraya merupakan aib terbesar sepanjang sejarah perasuransian Indonesia, dan menjadi contoh bahwa perusahaan milik pemerintah-pun (BUMN: badan usaha milik negara) tidak kebal akan kebangkrutan.

Pelajaran: Etika pengelolaan dana publik adalah kunci. Menyalahgunakan amanah publik berujung pada kehancuran institusi dan penderitaan massal.

3. WANAARTHA LIFE (Indonesia)

Perusahaan asuransi ini bermasalah karena aset investasinya tersangkut dalam kasus Jiwasraya dan manajemen tidak mampu memenuhi klaim nasabah. Ketidaktransparanan informasi dan lemahnya manajemen risiko menyebabkan perusahaan dicabut izin usahanya. Pemilik ikut terlibat dan saat

ini menjadi orang yang dicari, yang menurut rumor yang beredar mereka telah pindah ke Amerika.

Pelajaran: Kurangnya akuntabilitas dan transparansi membuat kepercayaan publik ambruk. Sekali kepercayaan hilang, sangat sulit dipulihkan.

4. THERANOS (Amerika Serikat)

Perusahaan teknologi kesehatan yang dipimpin Elizabeth Holmes mengklaim dapat menganalisis darah hanya dengan setetes darah. Namun teknologi tersebut tidak pernah terbukti valid. Klaim palsu ini menipu investor, dokter, dan pasien.

Pelajaran: Menggadaikan etika untuk mengejar ambisi akan berujung pada kehancuran, bahkan di industri yang "menjanjikan".

5. SAMSUNG BIOLOGICS (Korea Selatan)

Tertangkap diduga memalsukan akuntansi demi menaikkan nilai IPO. Terjadi kolusi dengan manajemen atas. Kasus ini mengguncang kepercayaan pasar dan sahamnya anjlok drastis. Walaupun akhirnya Juli 2025 Mahkamah Agung Korea Selatan menguatkan putusan tidak bersalah Lee dan Samsung Biologics dari tanggung jawab pidana, meskipun mengakui adanya "tindakan tidak pantas" dalam proses akuntansi.

Pelajaran: Manipulasi laporan keuangan adalah pengkhianatan terhadap investor dan publik.

6. BERNARD L. MADOFF INVESTMENT SECURITIES (Amerika Serikat)

Madoff menjalankan skema Ponzi terbesar dalam sejarah, menipu investor hingga $.65 miliar. Ketika krisis finansial melanda, skemanya runtuh.

Pelajaran: Tidak ada investasi yang lebih berbahaya daripada yang tidak transparan. Integritas adalah pertahanan terbaik.

7. NOBLE GROUP (Singapura/Hong Kong)

Perusahaan komoditas ini runtuh karena tuduhan memanipulasi akuntansi dan menutupi kerugian, secara resmi dianggap selesai oleh Otoritas Singapura pada Agustus 2022 setelah investigasi selama 4 tahun. Penurunan tajam kepercayaan menyebabkan harga saham anjlok dan pembeli menjauh.

Pelajaran: Integritas dalam pelaporan keuangan bukan sekadar soal angka, tapi soal kepercayaan investor.

8. SATYAM COMPUTERS (India)

Kasus ini disebut “Enron dari India” tahun 2009 dan tetap menjadi referensi utama dalam studi etika bisnis dan audit hingga tahun 2026. B. Ramalinga Raju, CEO memalsukan laporan keuangan dan menciptakan akun fiktif. Setelah terbongkar, harga saham hancur dan investor menarik diri.

Pelajaran: Tanpa pengawasan etis yang ketat, perusahaan teknologi pun bisa jatuh karena penyimpangan nilai.

9. WELLS FARGO (Amerika Serikat)

Tahun 2002 hingga 2016, karyawan bank ini membuka 3,5 juta rekening palsu atas nama nasabah tanpa izin demi memenuhi target penjualan internal. Ribuan karyawan dipecat. Skandal ini mengguncang reputasi bank yang sebelumnya disegani.

Pelajaran: Budaya kerja yang menekan hasil tanpa etika bisa menciptakan krisis reputasi besar-besaran.

Lesson Learnt

Kita belajar bahwa nilai etika dan integritas bukan sekadar nasihat moral, melainkan strategi bertahan dan berkembang dalam dunia profesional, sejak zaman dulu sekarang dan hingga waktu mendatang. Dari individu seperti Pak Arman dan Ibu Tania, hingga perusahaan raksasa seperti Enron dan Jiwasraya, kita melihat bahwa kesetiaan pada nilai-nilai baik adalah satu-satunya jalan menuju masa depan yang sehat dan berkelanjutan. Allianz, Manulife, dan Toyota menjadi contoh perusahaan-perusahaan yang telah hadir sangat lama dan dipercaya, karena integritas dan kepercayaan.

25.5 Industri Perasuransian

Perkembangan industri perasuransian di era modern telah mengalami banyak transformasi, mulai dari diversifikasi produk hingga digitalisasi layanan. Namun, satu hal tetap menjadi penentu keberhasilan jangka panjang bagi perusahaan asuransi: etika (*ethics*) dan profesionalisme (*professionalism*). Kedua aspek ini tidak hanya menjadi landasan moral dan hukum, tetapi juga menciptakan kepercayaan (*trust*) dan persepsi serta reputasi di mata konsumen dan mitra bisnis.

Etika dalam konteks asuransi menyentuh beragam sisi, mulai dari kejujuran dalam menyampaikan isi kontrak pertanggungan, pengungkapan fakta (*underwriting*), transparansi dalam penyusunan polis, hingga integritas ketika menangani klaim. Sementara itu, profesionalisme menitikberatkan pada keahlian dan sikap tanggung jawab praktisi asuransi, baik agen, pemasar, broker, underwriter, staf klaim, aktuaris, ataupun manajemen perusahaan.

Memahami pentingnya etika dan profesionalisme menjadi krusial untuk menjaga reputasi dan persepsi industri perasuransian di mata publik. Sebuah industri keuangan yang berlandaskan kepercayaan akan runtuh jika diwarnai praktik curang, culas atau minimnya tanggung jawab.

A. *What is Ethics*?

1) Definisi Etika

Etika (*ethics*) dapat didefinisikan sebagai cabang filsafat yang mempelajari nilai dan moral yang membedakan benar atau salah, baik atau buruk, adil atau tidak adil. Menurut Velasquez (2011) dalam *Business Ethics: Concepts and Cases*, etika menyediakan *kerangka berpikir yang menuntun perilaku individu atau kelompok dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari*. Dalam konteks asuransi, etika berperan sebagai panduan untuk memastikan proses bisnis (pemasaran dan penjualan, penutupan polis, pengelolaan premi, dan penyelesaian klaim) dilakukan secara jujur dan bertanggung jawab.

2) Sudut Pandang Normatif dan Deskriptif

- **Etika Normatif**: Mencari rumusan mengenai apa yang seharusnya dilakukan. Contohnya, ketentuan “harus

jujur dalam memberikan informasi saat memasarkan dan melakukan analisa risiko/*underwriting*".

- **Etika Deskriptif**: Mengamati dan menganalisis bagaimana perilaku etis diterapkan di dunia nyata. Misalnya, penelitian yang melihat bagaimana karyawan asuransi berperilaku ketika dihadapkan pada konflik kepentingan.

3) Perbedaan Nilai Pribadi dan Etika Bisnis

Banyak orang keliru menganggap bahwa etika bisnis semata-mata kelanjutan dari nilai pribadi. Padahal, etika bisnis menyangkut standar perilaku profesional yang harus disepakati bersama, khususnya dalam industri jasa keuangan seperti asuransi. Seorang agen asuransi mungkin secara pribadi menilai "kejujuran itu baik," tetapi ketika bergabung dalam perusahaan asuransi, ia juga terikat pada kebijakan, aturan, dan standar etika korporasi. Karena kebijakan perusahaan adalah batasan dan aturan yang perlu diperhatikan dan dipatuhi. Tentu nilai perusahaan yang berintegritas, tidaklah berbeda dengan nilai integritas universal.

4) Etika dan Hukum

Meskipun etika sering kali menjadi inspirasi bagi hukum (dan sebaliknya), etika tidak selalu sama dengan hukum. *Hukum adalah minimum standar perilaku yang ditentukan negara dan bersifat mengikat secara legal*. Sedangkan etika menekankan aspek moral, nilai, dan tanggung jawab yang lebih luas daripada sekadar kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan. Dimensi dan spektrum etika yang tidak tertulis, jauh lebih luas daripada hukum yang ditulis. Karena tidak mungkin menuliskan segala etika ke dalam kitab-kitab hukum. Misalnya saja menghormati orang tua dan menjaga sikap kala mereka sedang

berbicara, adalah etika yang diajarkan namun tidak dituliskan dalam kitab hukum sebuah bangsa.

5) Relevansi dengan Asuransi

- Proses desain dan pembuatan produk hingga brosur iklan yang disampaikan kepada masyarakat haruslah benar dan akurat serta tidak mengandung informasi ambigu dan menyesatkan
- Proses pemasaran, penawaran dan penjualan seluruh transaksi asuransi harus benar-benar jujur dan menjunjung tinggi integritas, dengan mengedepankan kepentingan dan kebutuhan calon nasabah. Bukan sekadar mendapat premi dan komisi
- Proses penjaminan risiko (*underwriting*) menuntut asuransi memahami informasi calon tertanggung dengan benar. Praktisi harus menuntun dan mengajar calon nasabah yang awam dan tidak memahami kondisi dan persyaratan asuransi serta polis. Etika menuntut kejujuran dan keterbukaan.
- Penanganan klaim memerlukan sikap empati, kebijaksanaan dan keadilan, agar tertanggung yang benar-benar berhak mendapat kompensasi tanpa diskriminasi. Tidak membiarkan nasabah melakukan kesalahan dalam pengisian formulir dan menjebak mereka agar sebuah klaim dapat ditolak. Ini pemikiran naif dan kotor dari praktisi klaim.
- Setiap interaksi antara agen, broker, dan nasabah menuntut integritas agar penawaran polis tidak menyesatkan atau mengecoh.

B. *Ethics is not Compliance*

1) Definisi *Compliance*

Compliance sering diartikan sebagai kepatuhan terhadap regulasi yang ditetapkan oleh pihak berwenang (pemerintah, lembaga pengawas, atau peraturan perusahaan). Misalnya, di industri perasuransian Indonesia, kepatuhan terhadap regulasi Otoritas Jasa Keuangan (OJK) yang mengatur tentang rasio solvabilitas, tata kelola perusahaan, serta pelaporan keuangan.

2) Perbedaan Mendasar

- **Etika**: Berfokus pada nilai moral dan prinsip "apa yang benar untuk dilakukan," mencakup area yang lebih luas, kadang melampaui aturan resmi.
- ***Compliance***: Berfokus pada "apa yang harus dipatuhi" berdasarkan hukum atau aturan tertulis. Dengan kata lain, seseorang bisa saja "patuh" (*compliant*) namun belum tentu "beretika." Contoh: Menjual produk asuransi sesuai aturan OJK adalah patuh, tetapi jika agen menekan nasabah secara psikologis dengan taktik menakut-nakuti (*fear tactic*) meskipun tidak dilarang eksplisit, maka perilakunya dapat dikatakan tidak beretika.

3) Mengapa *Ethics* Lebih Luas

Etika menyentuh hati nurani dan tanggung jawab moral, menilai sesuatu baik-buruk dari sudut pandang keadilan, kejujuran, hingga kemanusiaan. Sedangkan *compliance* cenderung hitam-putih: apakah seseorang melanggar

aturan atau tidak. Dalam lingkungan asuransi, sering ditemukan celah hukum yang bisa dimanfaatkan, namun perilaku tersebut tetap tidak etis karena merugikan konsumen. Membiarkan nasabah melakukan kesalahan dalam pengisian SPPA/SPAJ, atau formulir klaim, sehingga dapat dengan mudah membatalkan polis dan menolak klaim, adalah sebuah sikap hina yang selama ini terjadi dalam industri perasuransian Indonesia.

4) Pentingnya Memadukan Etika dan *Compliance*

Meskipun berbeda, etika dan compliance sebaiknya berjalan beriringan. Sebuah perusahaan asuransi perlu memiliki ***Code of Ethics*** (kode etis) di samping ***Compliance Manual*** (pedoman kepatuhan) sehingga karyawan tidak hanya menghindari sanksi, tetapi juga terdorong berbuat benar atas dasar moral.

5) Studi Kasus

- Kasus Penolakan Klaim: Kadang sebuah polis mencantumkan klausul yang ambigu, secara hukum mungkin tidak menyalahi aturan, namun penerapannya dapat merugikan nasabah secara tidak adil. Di sinilah etika mengambil peran, meski perusahaan secara legal dapat menolak klaim, namun sisi moral menuntut agar kebijakan tersebut ditinjau ulang demi keadilan.
- Kasus penolakan klaim 2: Nasabah melaporkan klaim lewat waktu karena kondisi dan keterbatasannya, dengan tidak memiliki intensi mendapatkan penggantian lebih. Secara kontrak perusahaan asuransi dapat menolak klaim ini, namun secara etika, terutama bila memerhatikan dan menjunjung tinggi prinsip itikad

terbaik, maka sikap perusahaan asuransi yang menolak ini sangat bertentangan dengan nilai etika dan prinsip itikad terbaik.

C. *Why Ethics is Important to the Insurance Industry*

1) Industri Perasuransian Bertumpu pada Kepercayaan

Tidak seperti perdagangan barang, asuransi menjual "janji membayar kerugian" akibat terjadinya musibah yang dijamin polis, dan perlindungan di masa depan. Nasabah membayar premi secara rutin, namun hasil nyata (klaim) baru terlihat ketika musibah terjadi. Kepercayaan nasabah inilah yang sangat rentan goyah jika asuransi terlibat praktik curang atau *unethical*.

2) Menciptakan Iklim Bisnis Sehat

Etika yang tinggi memampukan pelaku industri perasuransian bersaing secara adil, bukan dengan menipu atau menyesatkan. Jika persaingan tidak sehat atau diwarnai korupsi, industri perasuransian akan kehilangan legitimasi di mata masyarakat.

3) Mengurangi Biaya Litigasi dan *Reputational Risk*

Ketika sebuah perusahaan asuransi berpegang teguh pada etika, potensi sengketa hukum dan gugatan nasabah akan lebih kecil. Biaya litigasi dapat ditekan, dan risiko kerusakan reputasi juga menurun. Menurut riset dalam *The Geneva Papers on Risk and Insurance* (2019), reputasi buruk akibat skandal etika dapat menurunkan kepercayaan pelanggan hingga 40%, berdampak pada penjualan polis di masa mendatang.

4) Regulasi yang Semakin Ketat

OJK dan lembaga pengawas lain semakin memperketat regulasi. Perusahaan asuransi yang menanamkan etika kuat biasanya lebih siap dalam menghadapi perubahan regulasi, karena mereka telah memiliki sistem tata kelola yang baik (*good corporate governance/GCG*).

5) Menarik Talenta Berkualitas

Karyawan yang memiliki integritas tinggi cenderung mencari perusahaan yang juga menjunjung tinggi etika. ***Jika industri perasuransian dikenal sebagai tempat dengan standar etika tinggi, maka akan lebih mudah menarik para profesional berbakat, termasuk pemasar, underwriter, aktuaris, dan agen berkualitas.***

D. *General Ethical Principles*

Dalam konteks bisnis dan profesional, terdapat beberapa prinsip etika umum yang sering dijadikan patokan:

1. Prinsip Kejujuran (*Honesty*)

Menuntut seseorang atau institusi untuk menyampaikan kebenaran tanpa ada niat menipu. Dalam asuransi, kejujuran diperlukan saat underwriting, penjelasan produk, maupun penanganan klaim.

2. Prinsip Keadilan (*Fairness*)

Berhubungan dengan perlakuan setara bagi semua pihak, tanpa diskriminasi. Bagi perusahaan asuransi, keadilan tercermin dalam menetapkan premi yang sebanding dengan risiko, serta tidak membedakan tertanggung secara semena-mena.

3. Prinsip Tanggung Jawab (*Responsibility*)

Menuntut pihak-pihak untuk menerima konsekuensi dari tindakan mereka. Perusahaan asuransi harus bertanggung jawab atas janji polis, sedangkan nasabah bertanggung jawab mengungkapkan informasi yang benar.

4. Prinsip Kepedulian (*Caring*)

Memperhatikan kesejahteraan dan kepentingan orang lain. Di asuransi, ini terlihat ketika agen berupaya memahami kebutuhan spesifik nasabah, tidak sekadar mengejar komisi.

5. Prinsip Ketaatan pada Aturan (*Obedience to Law*)

Perlu diingat, etika bukan hanya tentang kepatuhan hukum, namun hukum tetap menjadi pijakan minimal. Mematuhi hukum asuransi, KUHD, dan peraturan OJK adalah langkah dasar untuk membuktikan integritas.

Menurut Cooper (2012) dalam *Handbook of Professional Ethics for Psychologists* (yang juga relevan secara konsep bagi industri jasa lain), prinsip-prinsip ini sebaiknya diturunkan menjadi pedoman perilaku yang dapat diukur, dilatih, dan diawasi agar benar-benar terinternalisasi.

E. *Courage*

1) Definisi Keberanian dalam Etika

Keberanian (*courage*) dalam etika bukan sekadar keberanian fisik, melainkan keberanian moral. Artinya, kemampuan untuk mempertahankan nilai-nilai kebaikan meski menghadapi tekanan, ancaman, atau potensi sanksi. Keberanian dalam memertahankan etika dan memeliharanya dalam diri dan organisasi akan berbuah

sangat manis dalam bentuk penghargaan dan kesetiaan para nasabah dan relasi.

2) Pentingnya Keberanian di Industri Perasuransian

- Terkadang karyawan dihadapkan pada dilema: Apakah mereka mau melaporkan praktik penipuan internal (*fraud)* ketika atasan mereka terlibat?
- Ataukah mereka bersedia menolak permintaan "khusus" dari klien VIP yang melanggar prosedur? Keberanian moral dibutuhkan agar keputusan etis tetap dijunjung tinggi.

3) Mengembangkan Budaya *Speak-Up*

Perusahaan asuransi yang sehat biasanya memiliki mekanisme *whistleblowing* atau kebijakan "speak-up" yang melindungi karyawan dari ancaman balas dendam ketika melaporkan peristiwa pelanggaran etika. Tanpa keberanian moral dari individu, aturan secanggih apa pun akan sulit ditegakkan.

4) Contoh Kasus

- Seorang *underwriter* menemukan data manipulasi dalam riwayat kesehatan calon nasabah VIP. Meskipun hal ini bisa meningkatkan penjualan polis, ia memilih mengungkapkan fakta tersebut karena bertentangan dengan prinsip kejujuran dan dapat merugikan perusahaan di kemudian hari. Keputusan ini memerlukan keberanian moral.

F. *Benefits of Ethical Behavior*

1) Meningkatkan Kepercayaan Nasabah

Nasabah akan cenderung bertahan bahkan menambah polis ketika mereka yakin perusahaan asuransinya jujur dan adil. Menurut Smith dan Zhang (2020) di *Insurance: Mathematics and Economics*, perusahaan asuransi yang memiliki reputasi etis cenderung memiliki tingkat retensi nasabah 25% lebih tinggi.

2) Menciptakan Lingkungan Kerja Positif

Karyawan merasa nyaman bekerja di tempat yang menjunjung tinggi keadilan, keterbukaan, dan kepedulian. Konflik internal dapat diminimalkan karena ada landasan etika yang jelas.

3) Keberlanjutan Jangka Panjang

Praktik tidak etis mungkin menghasilkan keuntungan jangka pendek, tetapi dalam jangka panjang akan merugikan perusahaan. Perilaku etis membangun fondasi keberlanjutan dan stabilitas finansial.

4) Daya Saing di Pasar Global

Persaingan global memaksa perusahaan asuransi untuk memperhatikan reputasi internasional. Perilaku etis menjadi "nilai jual" bagi investor, mitra internasional, dan klien multinasional.

5) Memenuhi Ekspektasi Pemangku Kepentingan

Tidak hanya nasabah, pemegang saham, dan regulator, tetapi juga masyarakat luas mengharapkan perusahaan bertindak etis. Tuntutan era digital membuat opini publik bisa terbentuk sangat cepat di media sosial sehingga etika menjadi tameng dari krisis reputasi.

G. *Unethical Acts*

1) Definisi Perilaku Tidak Etis

Perilaku tidak etis adalah setiap tindakan yang melanggar prinsip moral, nilai sosial, atau standar profesional tertentu. Di industri perasuransian, ini dapat berupa menipu klien, menyembunyikan fakta, atau memanipulasi data.

2) Bentuk-Bentuk Umum

- ***Fraud*/Penipuan**: Contoh umum adalah klaim palsu yang merugikan perusahaan asuransi, atau sebaliknya, perusahaan asuransi yang sengaja mencari-cari alasan untuk menolak klaim sah.
- ***Bribery*/Suap**: Agen asuransi memberikan suap kepada pejabat tertentu agar mendapatkan klien korporat, atau klien memberikan "komisi gelap" agar klaim disetujui cepat.
- ***Conflict of Interest***: Ketika seorang pejabat regulator juga menjadi investor dan pemegang saham di perusahaan perasuransian, berpotensi memunculkan keputusan bias.

3) Penyebab Munculnya Perilaku Tidak Etis

- **Tekanan Target**: Misalnya target penjualan polis yang sangat tinggi, memicu agen berbuat curang.
- **Budaya Organisasi Buruk**: Jika manajemen terbiasa "tutup mata" terhadap pelanggaran kecil, hal itu lambat laun bisa merembet menjadi pelanggaran besar.
- **Kurangnya Pengawasan**: Minimnya sistem kontrol internal dan *compliance* membuat perilaku tidak etis sulit terdeteksi.
- **Keinginan Menjadi Kaya Cepat**: keinginan dan nafsu diri dan dorongan dari keluarga untuk mencapai kaya dengan cepat, kerap hadir dan ditunjang gaya hidup hedonisme

4) Dampak Negatif

- **Kerusakan Reputasi**: Bila publik mendengar skandal, tingkat kepercayaan akan jatuh drastis.
- **Kerugian Finansial**: Penipuan klaim misalnya, dapat mengurangi laba perusahaan.
- **Sanksi Hukum dan Regulasi**: Pelanggaran yang terdeteksi bisa mengakibatkan denda besar, bahkan pencabutan izin usaha oleh regulator.

H. *Professionalism*

1) Pengertian Profesionalisme

Profesionalisme adalah komitmen untuk memberikan kinerja terbaik dalam pekerjaan, dengan kompetensi, tanggung jawab, serta sikap yang menjunjung tinggi integritas. Menurut Abbott (1988) dalam *The System of Professions*, profesionalisme bukan hanya keahlian teknis, tetapi juga

kepatuhan pada kode etik tertentu yang disepakati dalam profesi.

2) Unsur-Unsur Profesionalisme

- **Kompetensi Teknis**: Penguasaan pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Dalam asuransi, misalnya pemahaman risiko, hukum asuransi, dan proses klaim.
- **Etika Profesi**: Memiliki kesadaran moral dalam mengambil keputusan, sesuai dengan prinsip keadilan, kejujuran, dan tanggung jawab.
- **Akuntabilitas**: Bertanggung jawab atas hasil kerja sendiri serta dampaknya bagi klien dan perusahaan.
- **Kolaborasi**: Mampu bekerja sama dan menghormati peran profesional lain (misalnya, aktuaris, agen, penilai kerugian, dsb.).

3) Penerapan di Industri Perasuransian

Profesionalisme di industri perasuransian tercermin dalam standar kompetensi praktisi (kualifikasi dan sertifikasi), tata kelola perusahaan (*good corporate governance*), serta komitmen perusahaan untuk melatih karyawan secara berkala.

I. *Integrity*

1) Definisi Integritas

Integritas adalah keselarasan antara apa yang dipikirkan, dikatakan, dan dilakukan berdasarkan prinsip moral yang konsisten. Bagi seorang profesional, integritas berarti menolak melakukan tindakan yang bertentangan dengan nilai-nilai kebaikan, meskipun ada tekanan eksternal.

2) Mengapa Integritas Penting

- Menjadi landasan kepercayaan: Klien akan ragu membeli polis dari agen asuransi yang kerap mengubah-ubah pernyataannya.
- Menangkal korupsi: Dengan integritas, godaan untuk menyalahgunakan wewenang menjadi lebih rendah.
- Memupuk budaya organisasi yang kuat: Karyawan akan saling menghormati dan mendukung ketika prinsip integritas dipegang bersama.

3) Ciri-Ciri Orang yang Berintegritas

- Konsisten: Tidak mudah berubah pendirian hanya karena tekanan atau iming-iming keuntungan singkat.
- Bertanggung Jawab: Berani mengakui kesalahan dan berusaha memperbaikinya.
- Terbuka: Menerima masukan dan kritik, serta tidak menutup-nutupi informasi relevan.

J. *Relation Utmost Good Faith, Ethic, and Integrity with Professionalism*

1) *Utmost Good Faith* dalam Asuransi

Prinsip *utmost good faith* (itikad baik tertinggi) menuntut baik penanggung maupun tertanggung untuk bersikap terbuka dan jujur dalam memberikan informasi. Ini adalah salah satu contoh konkret penerapan etika dalam praktik asuransi.

2) Etika dan Integritas sebagai Pondasi

- *Utmost good faith* sebenarnya adalah aplikasi praktis dari etika dan integritas. Tanpa integritas, prinsip ini hanya akan menjadi jargon.

- Etika mendorong kesadaran bahwa menyembunyikan fakta saat pengajuan polis (*misrepresentation*) adalah salah, meskipun "celah" hukumnya mungkin ada.

3) Profesionalisme Terbangun dari Etika dan Integritas

- Seorang profesional di bidang asuransi harus memahami dan menjalankan *utmost good faith* sebagai wujud tanggung jawab profesi.
- Ketika prinsip etika dan integritas diinternalisasi, profesionalisme pun terbentuk. Artinya, agen asuransi, underwriter, dan karyawan perusahaan akan berusaha menyediakan layanan terbaik tanpa manipulasi.

4) Mengapa Hal Ini Menjadi Satu Kesatuan

- *Utmost good faith* → Nilai moral khusus asuransi.
- Etika dan Integritas → Nilai moral universal.
- Profesionalisme → Komitmen untuk keahlian, tanggung jawab, dan standar tinggi.

Ketiganya saling mendukung, menciptakan industri perasuransian yang dapat dipercaya dan berwibawa.

K. *Requirements for a Profession*

Ketika membahas profesi, kita tidak hanya berbicara tentang pekerjaan yang membutuhkan keterampilan teknis. Profesi juga menuntut pengetahuan khusus (*specialized knowledge*), tanggung jawab moral, dan komitmen terhadap kepentingan publik serta standar-standar tertentu. Hal ini sangat relevan dalam industri perasuransian, di mana para pelaku (agen, broker, aktuaris, penilai kerugian, hingga manajemen perusahaan) diharapkan dapat memenuhi kriteria yang membedakan profesi dari sekadar "pekerjaan biasa."

Terdapat beberapa sudut pandang dan definisi mengenai apa itu "profesi." Namun, mayoritas peneliti sepakat bahwa sebuah pekerjaan dapat disebut profesi jika memenuhi kriteria berikut:

1) Memiliki Keahlian Khusus (*Specialized Knowledge or Expertise*)

Salah satu ciri utama profesi adalah pengetahuan dan keterampilan yang sifatnya **mendalam dan berdasar ilmiah**. Dalam bidang asuransi, contohnya:

a) **Aktuaris**: Memerlukan kemampuan matematis tingkat tinggi, pengetahuan probabilitas, statistik, dan pemodelan risiko. Profesi aktuaris dilengkapi dengan jenjang ujian kompetensi yang ketat dan berjenjang internasional.

b) ***Underwriter***: Memerlukan pemahaman mendalam tentang risiko, aturan underwriting, dan analisis data. Mereka dilatih untuk menilai risiko dari berbagai sudut, seperti riwayat kesehatan, keadaan finansial, hingga lingkungan sekitar objek asuransi.

c) **Agen dan Broker**: Diperlukan pengetahuan produk asuransi yang komprehensif, kemampuan menjelaskan polis secara jelas dan akurat, serta keterampilan komunikasi dan negosiasi yang baik.

Keahlian khusus inilah yang membedakan "profesi" dari pekerjaan yang bisa dipelajari secara kilat atau tanpa sertifikasi. Profesi umumnya memiliki institusi pendidikan atau pelatihan yang mengawasi standar keilmuannya, misalnya Asosiasi Ahli Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APARI), Asosiasi Aktuaris Indonesia (AAI),

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI).

2) Diatur oleh Badan atau Asosiasi Profesi (*Professional Body*)

Profesi juga memerlukan **kelembagaan** yang mengawasi perilaku dan kompetensi para anggotanya. Melalui badan atau asosiasi profesi, ditetapkan:

a) **Standar Kompetensi**: Ada kurikulum, ujian, dan sertifikasi yang wajib dipenuhi demi memastikan anggota memiliki pengetahuan dan keterampilan memadai.
b) **Kode Etik**: Asosiasi profesi merumuskan kode etik yang mengatur perilaku anggotanya. Kode etik ini sering kali lebih ketat daripada sekadar hukum atau regulasi pemerintah.
c) **Sanksi**: Jika ada anggota yang melanggar kode etik atau tidak memenuhi standar kompetensi, asosiasi berhak memberikan sanksi, mulai dari peringatan hingga pencabutan lisensi.

3) Adanya Kode Etik (*Code of Ethics*)

Setiap profesi memiliki kode etik, yang menjadi acuan moral dan perilaku bagi anggotanya. Kode etik mengatur:

a) **Hubungan Antara Anggota**: Profesi menekankan kerja sama dan penghormatan di antara para profesional, bukan persaingan yang saling menjatuhkan.
b) **Hubungan dengan Klien**: Menjamin bahwa klien (termasuk nasabah asuransi) menerima perlakuan adil, jujur, dan transparan.

c) **Hubungan dengan Publik**: Profesi diharapkan melayani kepentingan umum, tidak semata-mata mengejar keuntungan pribadi.

Misalnya, dalam industri perasuransian, agen/broker memiliki **kewajiban fidusia** untuk mengutamakan kepentingan klien di atas kepentingan pribadi saat merekomendasikan produk asuransi. Hal ini tercantum dalam berbagai pedoman perilaku atau kode praktik yang ditetapkan oleh asosiasi asuransi.

4) Pelayanan kepada Masyarakat (*Public Service*)

Suatu profesi tidak hanya berorientasi pada **keuntungan komersial**, tetapi juga memiliki dimensi **pelayanan publik**. Ini berarti:

a) **Mengambil Bagian dalam Edukasi**: Misalnya, mengadakan sosialisasi tentang pentingnya asuransi, risiko keuangan, dan perlindungan aset bagi masyarakat secara konsisten dan rutin setiap semester.

b) **Menciptakan Kebermanfaatan**: Profesi perasuransian membantu masyarakat menghadapi risiko tak terduga, mulai dari kesehatan, kecelakaan, hingga bencana alam.

c) **Memberikan Pengobatan Gratis:** melalui kerjasama dengan puskesmas atau rumah sakit, memberikan pelayanan pengobatan gratis dan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan berkesinambungan.

d) **Kontribusi pada Regulasi dan Kebijakan**: Praktisi asuransi sering terlibat dalam pembuatan kebijakan industri (misalnya di OJK), memberikan masukan

praktis untuk melindungi konsumen dan menjaga stabilitas pasar.

Tanpa unsur pelayanan kepada publik, sebuah pekerjaan cenderung dianggap sebagai bisnis murni ketimbang profesi. industri perasuransian di banyak negara secara historis dikembangkan untuk menjawab kebutuhan sosial, misalnya melindungi para buruh dan keluarganya dari risiko kematian atau kecelakaan, sehingga sejatinya ada landasan "sosial" yang kuat.

5) Standar Remunerasi dan Akuntabilitas

Profesi biasanya menawarkan **remunerasi** yang sepadan dengan tingginya keahlian dan tanggung jawab moral. Akan tetapi, penting dipahami bahwa:

a) **Akuntabilitas pada Profesi**: Setiap tindakan profesional akan dievaluasi dengan tolok ukur keahlian yang tinggi. Jika terjadi kesalahan, misalnya salah menilai risiko sehingga berdampak besar pada klaim, seorang underwriter harus mampu mempertanggungjawabkan keputusannya.

b) **Pengembangan Karier Berbasis Kompetensi**: Remunerasi atau penghasilan di profesi asuransi sering kali terkait dengan tingkat sertifikasi dan prestasi. Misalnya, semakin tinggi level keagenan atau semakin banyak sertifikasi yang dimiliki, semakin besar potensi penghasilan.

Standar remunerasi mencerminkan kepercayaan masyarakat dan pasar terhadap kompetensi para profesional. Ketika profesi diselenggarakan dengan benar, masyarakat bersedia membayar "biaya jasa" tinggi karena menyadari keahlian khusus yang dibutuhkan.

6) Komitmen pada Pembaruan Ilmu (*Continuing Professional Development*)

Profesi menuntut para anggotanya untuk **terus belajar**. Dunia asuransi berkembang seiring perubahan teknologi, lanskap risiko, dan regulasi. Oleh karena itu, asosiasi profesi menetapkan kewajiban ***Continuing Professional Development (CPD)***, antara lain:

a) **Pelatihan / Training Berkala**: Banyak asosiasi mewajibkan anggotanya mengikuti seminar, workshop, atau pelatihan tertentu per tahun.
b) **Ujian Kompetensi Lanjutan**: Beberapa asosiasi juga mewajibkan ujian berkala untuk memastikan anggota mengikuti perkembangan terbaru.
c) **Publikasi Riset atau Studi Kasus**: Mendorong anggota untuk menulis artikel ilmiah atau studi kasus, sehingga ilmu asuransi terus berkembang dan terdokumentasi.

Komitmen CPD ini menunjukkan bahwa profesi bersifat dinamis, tidak sekadar mengandalkan ijazah atau sertifikat awal.

7) Adanya Pengakuan Sosial dan Legal

Profesi, dalam banyak kasus, memperoleh **pengakuan resmi** dari pemerintah maupun masyarakat luas. Contohnya:

a) **Profesional Aktuaris** di Indonesia diatur lewat Peraturan OJK, yang mengharuskan perusahaan asuransi memiliki aktuaris resmi (*Fellow*) untuk menganalisis cadangan teknis dan solvabilitas.
b) **Agen Asuransi** diwajibkan mengikuti sertifikasi keagenan yang diakui asosiasi asuransi dan agen asuransi, serta dipantau oleh OJK, sehingga masyarakat yakin kompetensi mereka.

Pengakuan ini menjadi "stempel kepercayaan" yang membedakan profesi dengan pekerjaan biasa. Jika tidak ada pengakuan, standar profesi akan sulit diterapkan dan dipertahankan.

8) Orientasi pada Nilai dan Norma Profesi

Terakhir, **orientasi pada nilai** menjadi landasan mengapa profesi dihormati. Profesi bukan hanya "pekerjaan untuk cari nafkah," melainkan:

1. **Menjaga Martabat Profesi**: Pelaku profesi diawasi untuk tidak melakukan tindakan yang mempermalukan atau menjatuhkan nama baik profesi.
2. **Etika Internal**: Sering kali lebih ketat dari hukum pemerintah, karena menyadari bahwa masyarakat menggantungkan kepercayaan besar pada ahli profesi tersebut.

Misalnya, dalam industri perasuransian, agen atau broker yang kedapatan berbohong atau merayu nasabah secara menyesatkan akan dikenai sanksi etika meskipun mungkin belum melanggar hukum pidana. Ini mencerminkan peran asosiasi profesi sebagai penjaga moral industri.

Relevansi pada Industri Perasuransian

Setelah memaparkan syarat-syarat di atas, kita dapat memahami bahwa industri perasuransian di Indonesia berupaya mengembangkan status profesionalisme bagi para pelakunya:

- **Spesialisasi**: Profesi aktuaris, *underwriter*, *adjuster*, broker, agen, dsb.
- **Memiliki asosiasi**: AAUI, AAJI, APPARINDO, AASI, APKAI, APARI, dll.

- **Punya kode etik dan standar kompetensi**: Ujian sertifikasi, jenjang kualifikasi.
- **Berperan sosial**: Menyediakan proteksi finansial bagi masyarakat yang rentan menghadapi risiko tak terduga.
- **Terus berkembang**: Regulasi OJK, tuntutan pasar, dan perubahan risiko memaksa pelaku asuransi untuk selalu memperbarui keahlian.

Dengan memenuhi syarat-syarat profesi tersebut, industri perasuransian dapat meningkatkan citra dan kepercayaan publik. Para pelaku industri, yang menyadari profesi ini lebih dari sekadar “bisnis,” akan menanamkan kesadaran etis yang tinggi dan standar layanan yang unggul.

Secara keseluruhan, ***requirements for a profession*** pada dasarnya memastikan bahwa suatu bidang kerja memiliki **nilai, struktur kelembagaan, keahlian khusus, dan mekanisme pengawasan** yang membedakan dari pekerjaan biasa. Dalam asuransi, hal ini terlihat dari keberadaan lembaga-lembaga profesi, sistem sertifikasi, kode etik yang ketat, dan pengakuan pemerintah maupun masyarakat. Semakin kokoh pemenuhan syarat-syarat profesi ini, semakin meningkat pula ***trust*** (kepercayaan) pelanggan dan kredibilitas industri perasuransian itu sendiri.

Pengakuan profesionalisme tidak sekadar simbol, melainkan wujud tanggung jawab kepada publik, rekan kerja, dan diri sendiri. Oleh karenanya, setiap individu yang terjun di dunia asuransi, baik agen, aktuaris, underwriter, maupun broker, dituntut memegang teguh prinsip-prinsip profesi demi menjaga integritas, memberikan pelayanan prima, dan berkontribusi positif pada stabilitas keuangan serta kesejahteraan masyarakat luas.

L. *Responsibilities of Professionals*

Seorang profesional di bidang asuransi memiliki beberapa tanggung jawab:

1) Tanggung Jawab terhadap Klien

- Memberi informasi polis yang jelas, jujur, dan tidak menyesatkan.
- Melindungi data pribadi klien sesuai dengan kebijakan privasi dan regulasi.

2) Tanggung Jawab terhadap Perusahaan

- Mematuhi standar operasi, target penjualan yang fair, dan ketentuan internal.
- Menjaga kerahasiaan dan aset perusahaan.

3) Tanggung Jawab terhadap Profesi

- Menjunjung tinggi kode etik profesi, tidak melakukan tindakan yang merusak citra industri perasuransian.
- Berkontribusi dalam perkembangan ilmu asuransi, misalnya melalui seminar, pelatihan, atau penelitian.

4) Tanggung Jawab terhadap Masyarakat

- Berpartisipasi dalam program literasi keuangan dan asuransi, sehingga masyarakat semakin sadar pentingnya perlindungan risiko.
- Berempati dan bersikap tanggap ketika terjadi bencana, misalnya mempercepat proses klaim.

5) Tanggung Jawab terhadap Diri Sendiri

- Terus memperbarui keahlian dan pengetahuan.
- Menjaga integritas pribadi, tidak tergoda praktik curang.

M. *Code of Ethics and Practice*

1) Definisi dan Tujuan

Code of Ethics and Practice (kode etik dan praktik) adalah kumpulan pedoman yang mengatur perilaku dan standar operasional di suatu industri atau organisasi. Tujuannya memberikan kejelasan mengenai "apa yang boleh dan tidak boleh" dilakukan, mewujudkan etika yang terukur.

2) Komponen Utama Kode Praktik

- **Pernyataan Visi dan Misi**: Menjelaskan nilai-nilai utama perusahaan.
- **Kebijakan Perilaku**: Mencantumkan sikap yang diharapkan, misalnya kejujuran, transparansi, dan kepatuhan hukum.
- **Klausul Sanksi**: Menjelaskan konsekuensi bagi karyawan atau mitra yang melanggar kode tersebut.
- **Mekanisme Pelaporan**: Terdapat jalur khusus *whistleblowing* atau pelaporan pelanggaran.

3) Contoh Kode Etik dan Praktik di Asuransi

Banyak perusahaan asuransi memiliki *Code of Ethics and Practice* yang meliputi ketentuan pemasaran produk, penanganan klaim, serta larangan praktik penipuan. Misalnya, "jangan menjanjikan manfaat asuransi yang tidak tercantum dalam polis" atau "jangan menunda klaim yang memenuhi syarat tanpa alasan kuat."

4) Pentingnya *Code of Ethics and Practice*

Dengan kode etik dan praktik yang baik, perusahaan dapat meningkatkan akuntabilitas internal dan memastikan setiap

orang paham standar yang ditetapkan. Ini juga menjadi pegangan jika terjadi konflik—semua pihak akan merujuk pada dokumen yang sama.

5) Implementasi dan Evaluasi

Code of Ethics and Practice perlu diperkenalkan secara intensif pada karyawan baru, dibahas dalam pelatihan rutin, dan dievaluasi secara berkala. Tanpa implementasi yang kuat, kode praktik hanya menjadi dokumen formalitas.

Etika (*ethics*) dan profesionalisme (*professionalism*) adalah dua pilar yang tak terpisahkan dalam industri perasuransian. Etika memastikan bahwa prinsip moral dan nilai kejujuran, keadilan, serta tanggung jawab dipegang teguh, sedangkan profesionalisme menjamin para pelaku industri memiliki kompetensi dan integritas dalam menjalankan tugasnya. Bersama-sama, keduanya menciptakan iklim bisnis yang sehat, memperkuat kepercayaan nasabah, dan menumbuhkan reputasi positif yang penting bagi keberlangsungan industri.

25.6 Penegakkan Kode Etik & Perilaku

Penegakan Kode Etik dan Perilaku dalam profesi asuransi merupakan elemen krusial yang memastikan bahwa setiap praktisi menjalankan tugasnya dengan standar moral dan profesionalisme tinggi. Hal ini tidak hanya melindungi kepentingan individu dan perusahaan, tetapi juga memperkuat kepercayaan publik terhadap industri perasuransian secara keseluruhan.

Mengapa Kode Etik dan Perilaku Harus Ditegakkan?

Kode Etik dan Perilaku berfungsi sebagai pedoman bagi para profesional dalam mengambil keputusan dan bertindak sesuai

dengan nilai-nilai integritas, kejujuran, dan tanggung jawab. Tanpa penegakan yang konsisten, risiko pelanggaran etika meningkat, yang dapat merusak reputasi individu, perusahaan, dan industri perasuransian secara umum. Penegakan kode etik memastikan bahwa standar profesi tetap terjaga dan mencegah praktik-praktik yang merugikan semua pihak terkait.

Manfaat Penegakan Kode Etik dan Perilaku bagi Profesi dan Industri Perasuransian

1. Meningkatkan Kepercayaan Publik: Ketika profesional asuransi beroperasi sesuai dengan kode etik, kepercayaan nasabah terhadap layanan yang diberikan meningkat, yang esensial untuk keberlangsungan bisnis.
2. Menjaga Reputasi Industri: Penegakan kode etik membantu mencegah skandal dan pelanggaran yang dapat mencoreng nama baik industri perasuransian.
3. Meningkatkan Kualitas Layanan: Profesional yang mematuhi kode etik cenderung memberikan layanan yang lebih baik, transparan, dan adil kepada nasabah.
4. Mencegah Praktik Tidak Etis: Penegakan kode etik berfungsi sebagai mekanisme kontrol untuk mencegah dan menindak praktik-praktik yang tidak sesuai dengan standar profesi.

Cara Melakukan Penegakan Kode Etik dan Perilaku

Penegakan kode etik memerlukan mekanisme yang jelas dan terstruktur, yang mencakup:

1. Pembentukan Dewan Kehormatan atau Dewan Penegak Kode Etik (DPKE): Badan ini bertugas menerima pengaduan, melakukan investigasi, dan memberikan sanksi atas pelanggaran kode etik. Sebagai contoh, Asosiasi Ahli Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APARI)

memiliki Dewan Kehormatan Profesi yang berwenang dalam penegakan kode etik.

2. Prosedur Pengaduan yang Transparan: Menyediakan saluran bagi nasabah, rekan kerja, atau pihak lain untuk melaporkan dugaan pelanggaran dengan jaminan kerahasiaan dan perlindungan bagi pelapor.
3. Proses Investigasi yang Adil: Setiap pengaduan harus ditangani dengan investigasi menyeluruh, memberikan kesempatan bagi teradu untuk memberikan klarifikasi atau pembelaan.
4. Penerapan Sanksi yang Konsisten: Menetapkan sanksi yang sesuai dengan tingkat pelanggaran, mulai dari peringatan hingga pencabutan lisensi, untuk memastikan efek jera dan kepatuhan.

Pentingnya Tata Cara Pelaporan dan Penyelenggaraan Sidang Kode Etik dan Perilaku

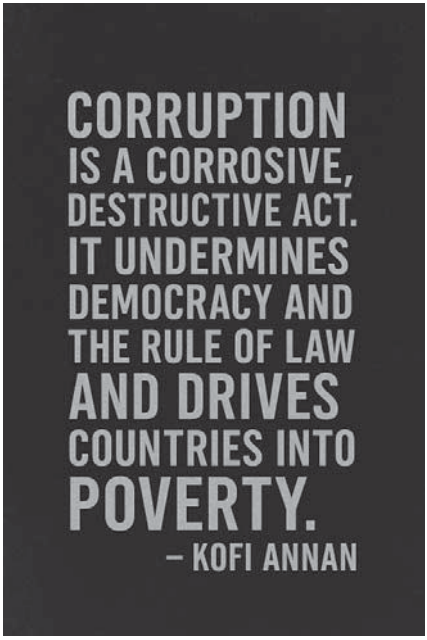
Untuk memastikan penegakan kode etik berjalan efektif, diperlukan tata cara pelaporan dan mekanisme sidang yang jelas:

1. Tata Cara Pelaporan: Pengaduan harus disampaikan secara tertulis dengan bukti pendukung yang memadai. Pelapor dapat berasal dari nasabah, sesama profesional, atau masyarakat umum. Sebagai contoh, dalam Kode Etik APARI, pengaduan dapat diajukan oleh berbagai pihak yang berkepentingan .
2. Penyelenggaraan Sidang Kode Etik: Sidang dilakukan oleh DPKE dengan prosedur yang menjamin keadilan, termasuk pemanggilan saksi, pemeriksaan bukti, dan pencatatan risalah sidang. Keputusan diambil berdasarkan musyawarah atau suara terbanyak jika diperlukan.

Pembentukan Dewan Penegak Kode Etik (DPKE)

Pembentukan DPKE sangat penting untuk memastikan penegakan kode etik yang efektif. DPKE terdiri dari individu-individu yang memiliki integritas tinggi, pemahaman mendalam tentang kode etik, dan pengalaman di industri perasuransian. Pemilihan anggota DPKE dapat dilakukan melalui mekanisme pemilihan oleh anggota asosiasi profesi atau penunjukan oleh badan pengurus, dengan mempertimbangkan kredibilitas dan rekam jejak calon anggota.

Dengan adanya DPKE yang kompeten dan mekanisme penegakan kode etik yang jelas, profesi asuransi dapat memastikan bahwa standar etika dan profesionalisme tetap terjaga, yang pada akhirnya meningkatkan kepercayaan dan kepuasan nasabah serta reputasi industri secara keseluruhan.



25.7 Korupsi, Penipuan, dan Kejahatan Etika – Akar Masalah dan Upaya Penanggulangannya

Penyebab Seseorang Melakukan Kejahatan, Penipuan, dan Korupsi

Tindakan kejahatan dan pelanggaran etika seperti penipuan (*fraud*) dan korupsi jarang muncul tiba-tiba. Ada kombinasi dari dorongan internal dan peluang eksternal yang membuat seseorang tergerak untuk melakukan tindakan tercela tersebut. Dalam teori *Fraud Triangle*, dijelaskan bahwa terdapat tiga faktor utama penyebab seseorang melakukan penipuan:

1. Tekanan (*Pressure*) – Kebutuhan ekonomi, gaya hidup konsumtif, atau tekanan target bisa mendorong seseorang melakukan tindakan ilegal.
2. Peluang (*Opportunity*) – Celah dalam sistem pengawasan, pengawasan yang lemah, atau jabatan/posisi strategis membuka ruang untuk penyalahgunaan wewenang.
3. Rasionalisasi (*Rationalization*) – Pelaku meyakinkan diri bahwa apa yang mereka lakukan bukanlah hal yang terlalu buruk, atau "semua orang juga melakukannya". Uang hasil korupsi bila didermakan sebagian, maka sisanya akan bersih?

Selain tiga faktor di atas, ada juga aspek psikologis dan sosiologis seperti:

- *Moral disengagement* – Melepas diri dari tanggung jawab moral.
- *Conformity pressure* – Tekanan lingkungan sosial untuk ikut menyimpang.
- Absennya panutan – Tidak adanya contoh integritas di sekitarnya.

Kemiskinan Menyebabkan Seseorang Melakukan Kejahatan atau Korupsi?

Kemiskinan memang bisa menjadi salah satu faktor pemicu kejahatan, terutama kejahatan ekonomi kecil seperti pencurian atau penipuan sederhana. Namun, kemiskinan bukan penyebab utama korupsi, karena sebagian besar kasus korupsi dilakukan oleh orang-orang yang justru telah mapan secara ekonomi, bahkan memiliki jabatan tinggi dan gaji besar.

Korupsi lebih berkaitan dengan:

- Keserakahan (*greed*)
- Moralitas yang lemah
- Budaya permisif
- Lemahnya penegakan hukum

Jadi, alih-alih karena kekurangan, korupsi sering terjadi karena tidak pernah merasa cukup. ***Inilah mengapa pendekatan pencegahan korupsi tidak bisa hanya bersifat ekonomi, tapi juga pendidikan nilai, pembentukan karakter, dan reformasi sistem hukum.***

Mengapa Korupsi Banyak Terjadi di Indonesia?

Indonesia termasuk negara dengan tingkat korupsi yang cukup tinggi. Ada banyak faktor yang menyebabkan hal ini, antara lain:

1. Lemahnya Sistem Pengawasan dan Akuntabilitas
   Institusi yang seharusnya mengawasi justru sering tidak efektif, tidak independen, atau bahkan ikut terlibat dalam penyimpangan.

2. Budaya Feodalisme dan Nepotisme
   Dalam banyak birokrasi, loyalitas pada atasan lebih diutamakan daripada loyalitas pada hukum atau etika.

Nepotisme dan relasi personal sering mengalahkan meritokrasi.

3. Ketimpangan Kekuasaan dan Minimnya Transparansi
   Semakin besar kekuasaan tanpa pengawasan, semakin besar peluang disalahgunakan. Banyak lembaga publik yang tertutup dari pantauan masyarakat.

4. Rendahnya Integritas Pemimpin
   Keteladanan masih menjadi masalah. Ketika pemimpin melakukan pelanggaran atau kompromi terhadap nilai, bawahannya akan meniru.

5. Proses Politik yang Mahal
   Biaya untuk mencalonkan diri dalam pemilu sangat tinggi. Akibatnya, banyak pejabat merasa “berhak” mengambil kembali modal politiknya setelah terpilih.

6. Lemahnya Penegakan Hukum
   Hukuman tidak tegas, proses hukum lambat, dan masih banyak celah untuk “main mata” dalam sistem peradilan.

7. Kurangnya Pendidikan Etika dan Integritas Sejak Dini
   Banyak orang pintar secara akademik, tapi tidak dibekali pendidikan karakter yang kuat sejak sekolah hingga perguruan tinggi.

8. Budaya Diam atau Takut Melapor
   Whistleblower tidak dilindungi, bahkan kerap dikorbankan. Akibatnya, pelanggaran jarang terungkap.

9. Pola Hidup Konsumtif dan Hedonistik
   Gaya hidup mewah, gengsi, dan dorongan untuk “tampil” mendorong sebagian pejabat atau pelaku bisnis melakukan korupsi demi menyesuaikan gaya hidup.

10. Ketidakpercayaan pada Sistem
    Beberapa pelaku korupsi berdalih bahwa sistem sudah rusak dan tidak adil, sehingga mereka merasa “wajar” mengambil bagian dari ketidakadilan itu.
11. Kurangnya Partisipasi Publik dan Pengawasan Masyarakat
    Masyarakat belum terbiasa menuntut akuntabilitas. Ketika publik pasif, pelaku korupsi leluasa.
12. *Reward System* yang Salah
    Sering kali, yang dipromosikan adalah mereka yang “patuh pada atasan”, bukan mereka yang bersih. Sistem seperti ini melanggengkan budaya tidak sehat.

Bila Sebuah Negara Dipenuhi Korupsi dan Penegak Hukumnya Lemah, maka...

Korupsi yang merajalela membawa konsekuensi sangat luas, antara lain:

1. Hancurnya Kepercayaan Publik terhadap Pemerintah
   Rakyat menjadi apatis, sinis, dan tidak percaya pada institusi negara.
2. Penyalahgunaan Anggaran Negara
   Dana yang seharusnya untuk rakyat, justru mengalir ke kantong pribadi.
3. Kemiskinan dan Ketimpangan Sosial
   Pelayanan publik memburuk, kemiskinan meluas, karena dana pendidikan, kesehatan, infrastruktur dikorupsi.
4. Lemahnya Daya Saing Ekonomi
   Investor takut masuk karena sistem yang tidak bersih dan tidak bisa ditebak (*non-transparent & non-rule-based*).

5. Rusaknya Mental Generasi Muda
   Anak-anak muda melihat bahwa sukses bisa diraih dengan korupsi, bukan kerja keras dan kejujuran.
6. Kehancuran Moral Bangsa
   Integritas bukan lagi nilai yang dihormati. Orang “bersih” dianggap bodoh, dan yang “nakal” jadi panutan.
7. Krisis Hukum
   Hukum kehilangan wibawa, karena hanya tajam ke bawah, tumpul ke atas.
8. Disintegrasi Sosial
   Ketidakadilan yang terus-menerus memicu kemarahan sosial, bahkan potensi konflik dan kerusuhan sosial.
9. Kemiskinan, kebodohan dan hancurnya tatanan kehidupan berbangsa dan bernegara
10. Pecahnya keutuhan sebuah bangsa, sehingga banyak anggota masyarakat dan suku bangsa yang bersih, ingin memisahkan diri dari pemerintahan yang korup

Budaya Korupsi Berjamaah: Antara Kejahatan Kolektif dan Sistem Penyanderaan

Korupsi, pada tahap paling berbahaya, bukan lagi kejahatan individual, melainkan telah menjelma menjadi budaya sistemik yang dilakukan “berjamaah”. Dalam konteks ini, korupsi tidak hanya menyangkut pencurian uang negara, tetapi mencakup konspirasi kekuasaan, pemufakatan busuk, dan pembusukan nilai moral kolektif yang dirancang, dijalankan, dan dilindungi oleh jaringan terorganisir.

Mengapa Korupsi Dilakukan Secara Bersama-sama?

Fenomena korupsi yang dilakukan secara “berjamaah” bukanlah hal baru. Ada beberapa alasan kuat mengapa pelaku lebih memilih berbagi kejahatan daripada melakukannya sendiri:

1. Membagi Risiko (*spreading of risk*):
   Dalam dunia korupsi, membagi peran berarti membagi tanggung jawab. Semakin banyak orang yang terlibat, semakin kecil kemungkinan satu orang akan disalahkan penuh. Ini menciptakan efek “tabir asap” yang menyulitkan penegakan hukum.
2. Solidaritas Negatif:
   Pelaku membangun ikatan berdasarkan keterlibatan bersama dalam kejahatan. Mereka menjadi saling tergantung—karena semua punya rahasia bersama. Ini bukan loyalitas sejati, tetapi bentuk saling menyandera secara moral.
3. Sistem Patron-Klien yang Korup:
   Atasan memberikan fasilitas dan jabatan, dan sebagai balasannya, bawahan “setia” menjalankan perintah kotor. Dalam banyak kasus, bukan hanya bawahan yang korup, melainkan mereka dipaksa ikut sistem yang sudah kotor sejak awal.
4. Upaya Menyulitkan Pembuktian Hukum:
   Semakin banyak pelaku, semakin kompleks alur dan data yang harus dibuktikan di pengadilan. Ini memperpanjang proses hukum dan membuka celah kompromi.
5. Perlindungan Politik Bersama:
   Kolusi antara eksekutif, legislatif, dan yudikatif membuat kejahatan sulit disentuh karena “pelindungnya” justru ada di dalam sistem.

Melibatkan Aparat Penegak Hukum: Ketika Wasit Ikut Bermain

Salah satu ciri utama dari korupsi sistemik adalah keterlibatan aparat penegak hukum, baik dari unsur kepolisian,

kejaksaan, pengawas internal, hingga auditor negara. Ketika mereka ikut dalam jejaring korupsi, maka sistem pengendalian menjadi tumpul dan tidak fungsional.

Lebih parah lagi, aparat yang seharusnya menjadi pelindung hukum justru berubah menjadi pelindung pelaku korupsi. Ini menciptakan kekebalan semu dan menghambat proses keadilan.

Penjebakan Pejabat Bersih: Strategi Politik Kotor untuk Menyandera

Dalam dinamika politik Indonesia, praktik menjebak pejabat bersih bukanlah sekadar teori konspirasi. Ada banyak indikasi dan testimoni bahwa pejabat yang mencoba bersih sering kali dijebak dengan rekayasa:

- Dipaksa menandatangani dokumen ilegal.
- Dilibatkan secara tak langsung dalam transaksi korupsi.
- Dijadikan bagian dari struktur yang sudah korup sejak awal.
- Direkam secara diam-diam lalu diancam akan dipidanakan jika menolak “patuh”.
- Menjebak anggota keluarga pejabat bersih dengan pemberian sebuah jabatan dan peluang memeroleh uang besar dalam waktu singkat

Tujuannya satu: membungkam dan mengendalikan.

Dengan menjebak pejabat bersih dan anggota keluarga, aktor dominan dalam sistem bisa mengatakan, “Kau pun tidak bersih. Jadi jangan coba melawan”. Inilah bentuk penyanderaan moral dan politik yang paling licik dan banci.

Apa yang Harus Dilakukan? Strategi Membongkar dan Membersihkan Secara Gradual

1. Perlindungan Penuh terhadap Pejabat Bersih
    - Negara harus memiliki lembaga independen untuk menerima pengaduan pejabat yang merasa dijebak atau dipaksa masuk ke sistem korup.
    - Perlindungan saksi dan *whistleblower* perlu diperluas dan benar-benar dilaksanakan secara nyata.
2. Pemetaan Jaringan Korupsi
    - Audit investigatif menyeluruh harus dilakukan dengan pendekatan *network-based*, bukan hanya mengejar individu tapi juga sistem dan alur kekuasaan di baliknya.
3. Reformasi Total Rekrutmen dan Promosi Jabatan
    - Hentikan praktik “balas jasa politik” dan pastikan semua jabatan publik diisi secara meritokratis.
    - Proses promosi harus bersih dari intervensi politis atau kekuasaan uang.
4. Transparansi Kebijakan dan Pengadaan
    - Setiap proyek pemerintah harus memiliki pelacakan digital yang transparan dan terbuka bagi publik.
    - Dana publik tidak boleh hanya diawasi secara internal, tapi juga melibatkan masyarakat sipil dan media independen.
5. Kepemimpinan Etis dan Teladan Tegas dari Atas
    - Presiden, menteri, kepala daerah harus bersikap tegas terhadap korupsi dan menunjukkan gaya kepemimpinan yang bersih, jujur, dan melayani.
    - Teladan moral dari pemimpin adalah katalis perubahan budaya organisasi.

6. Edukasi Anti-Korupsi Masif
    - Materi antikorupsi harus diajarkan sejak bangku sekolah, bukan hanya di perguruan tinggi.
    - Nilai-nilai seperti kejujuran, keberanian, dan tanggung jawab perlu dijadikan nilai nasional.
7. Publikasi dan Sanksi Sosial
    - Koruptor harus diumumkan ke publik, termasuk riwayat dan jabatan.
    - Ini membentuk efek jera sosial dan menjadi pelajaran publik bahwa kekuasaan tanpa etika adalah bencana.

Hukuman Mati Efektif untuk Mencegah Korupsi?

Negara seperti Tiongkok memberlakukan hukuman mati bagi koruptor besar, dan memang tampak memiliki efek jera di permukaan. Namun, efektivitas hukuman mati masih diperdebatkan:

- Pro: Efek psikologisnya kuat. Bisa menjadi “peringatan” bagi calon pelaku.
- Kontra: Korupsi adalah kejahatan sistemik, bukan hanya individual. Bila sistem tetap bobrok, pelaku bisa berganti-ganti tanpa henti.
- Tantangan moral dan HAM: Hukuman mati dianggap melanggar hak hidup dan bersifat tidak manusiawi.

Kesimpulan: Hukuman mati bisa jadi “alarm” keras, tapi tidak cukup tanpa reformasi sistemik dan penegakan hukum yang konsisten.

Apakah Perlu Aset Koruptor Disita dan Namanya Diumumkan Secara Terbuka?

Penyitaan aset koruptor sangat penting. Uang rakyat harus dikembalikan. Jika korupsi hanya dihukum penjara tanpa

menyita harta hasil kejahatan, maka pelaku tetap bisa menikmati hasilnya nanti. Penyitaan total bisa mengembalikan keadilan dan mengurangi motif ekonomi korupsi. Pemerintah jangan sekali-kali memaafkan koruptor, yang merupakan penjahat luar biasa ini.

Pengumuman nama pelaku korupsi secara terbuka (*naming and shaming*) juga bisa menjadi hukuman sosial. Ini penting sebagai:

- Bentuk pertanggungjawaban publik.
- Pembelajaran bagi masyarakat.
- Peringatan bagi calon pelaku lainnya.

Namun tentu, semua ini harus dilakukan dengan asas *due process of law* – tidak bisa asal tuduh tanpa pembuktian hukum.

Sanksi yang Layak bagi Pelanggar Etika dan Integritas

Sanksi harus memiliki 3 fungsi utama:

1. Pencegahan (*preventif*)
2. Penjeraan (*deterrent*)
3. Pendidikan (reformatif)

Berikut bentuk sanksi yang dapat diterapkan:

- Peringatan tertulis atau teguran keras (untuk pelanggaran ringan)
- Pemecatan atau pemutusan hubungan kerja
- Pemblokiran akses ke posisi publik (blacklist)
- Sanksi pidana (penjara) bagi kejahatan berat
- Penyitaan seluruh harta hasil korupsi
- Hukuman tambahan berupa larangan berpolitik/seumur hidup
- Pengumuman nama di media publik

- Restitusi dan pengembalian dana kepada negara
- Kompensasi kepada korban jika ada

Penutup: Bangsa yang Besar Menolak Berkompromi terhadap Korupsi

Korupsi, penipuan, dan pelanggaran integritas bukan sekadar kejahatan keuangan, mereka adalah pengkhianatan terhadap kepercayaan publik dan masa depan bangsa.

Tidak ada reformasi sejati tanpa penegakan nilai etika secara menyeluruh: dari pendidikan, birokrasi, hingga hukum.

Sejarah membuktikan: kejahatan yang disusun sekuat apa pun, akan runtuh ketika cahaya kebenaran dinyalakan secara kolektif. Kebenaran Tidak Akan Pernah Tertindas Selamanya

Jika sistem korup bekerja berjamaah, maka upaya membersihkannya pun harus dilakukan secara kolaboratif, terstruktur, dan persisten oleh seluruh elemen bangsa: pemimpin, rakyat, akademisi, pers, dan penegak hukum yang masih bersih.

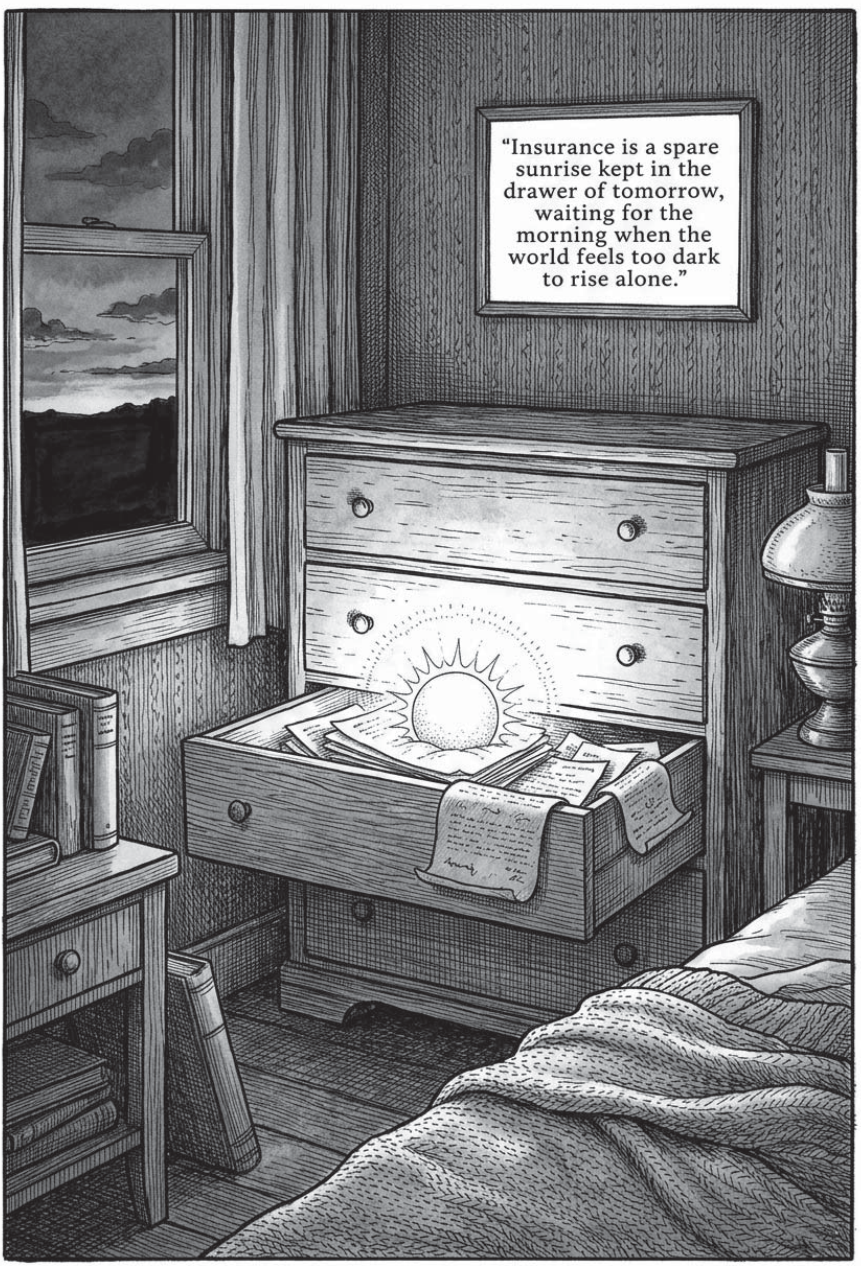
Indonesia tidak akan pernah maju jika para pejabat bersih disandera dan dikorbankan oleh sistem. Sudah waktunya kita melindungi mereka, bukan membungkam mereka.

Karena bangsa yang besar bukan hanya karena kekayaannya, tetapi karena ketegasannya melindungi integritas dan menolak kompromi terhadap korupsi.

Korupsi bukan takdir. Ia bisa diberantas – jika sistem diperkuat, pelaku dihukum, nilai dibudayakan, dan masyarakat bersatu menjaga integritas.

Karena ketika kejujuran menjadi budaya, maka keberhasilan menjadi hasil yang alami. Indonesia adalah bangsa yang besar, namun masih banyak yang tertidur dan

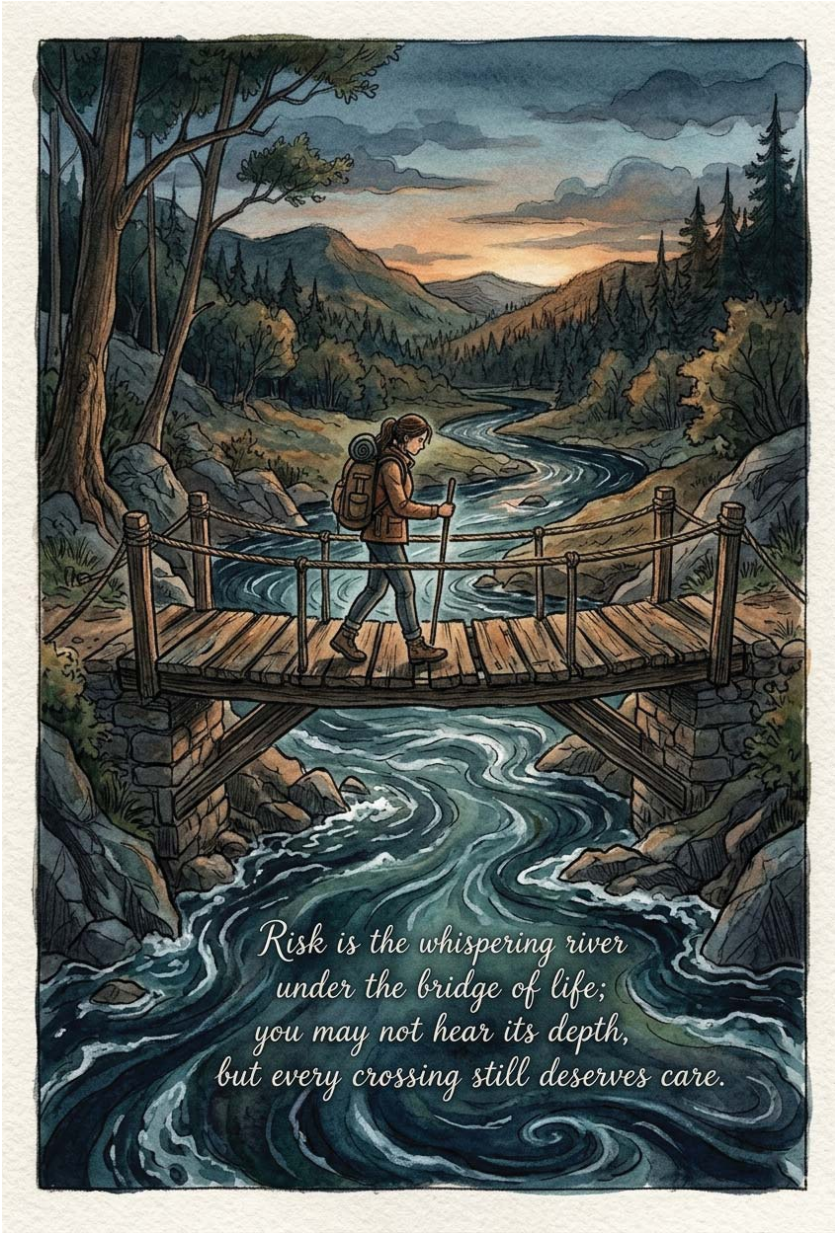
belum bangun bergerak dan berjuang memberantas korupsi yang akan menghancurkan bangsa dan rakyat dari dalam. Korupsi adalah kanker yang harus diberantas hanguskan hingga ke akar, agar hidup tidak menjadi penyesalan terbesar, karena esok semua akan berpulang tanpa membawa apapun dari kefanaan ini, selain amal dan dosa.


"Insurance is a spare sunrise kept in the drawer of tomorrow, waiting for the morning when the world feels too dark to rise alone."

2006


THE CLAIM OFFICER
Pembantai Harapan?
DIREKTUR
KEPUTUSAN
FINAL
ICU
CARGO
LOSS
Broker
Besar
PEMBAYARAN
GANTI RUGI
mencari celah,
mengejar salah
CLAIM FILE
INVESTIGATION REPORT
SUPPORTING DOCUMENTS
CLAIM ASSESSMENT REPORT
MENOLAK
KLAIM
MEDICAL REPORT
MENEKAN
GANTI RUGI
LEGAL OPINION
POLICY
POLICY WORDING
CLAIMS
DON'T LIE
BUT PEOPLE DO
TRUTH BEHIND
EVERY CLAIM
Andreas Freddy Pieloor - Guru Asuransi

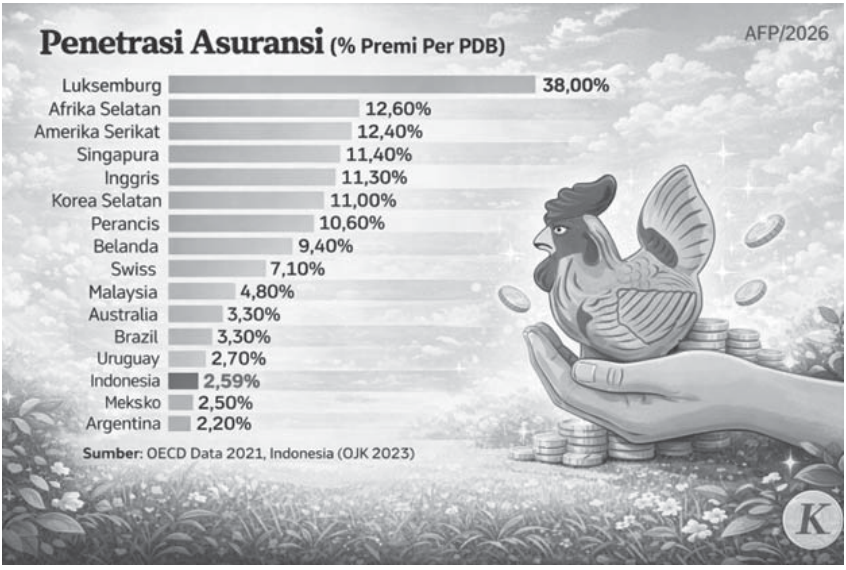
2007

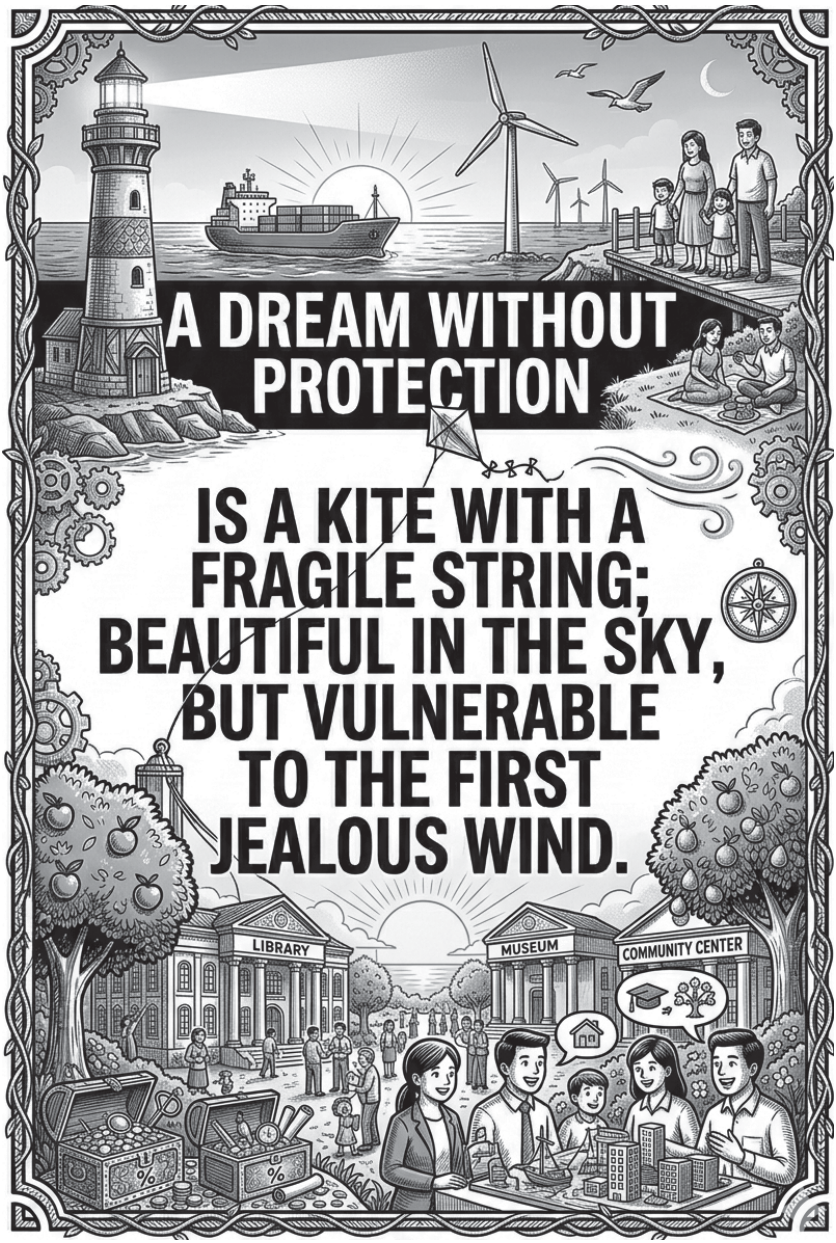

Risk is the whispering river
under the bridge of life;
you may not hear its depth,
but every crossing still deserves care.

2008

BAB
26

PENETRASI ASURANSI DI INDONESIA




A DREAM WITHOUT PROTECTION
IS A KITE WITH A FRAGILE STRING; BEAUTIFUL IN THE SKY, BUT VULNERABLE TO THE FIRST JEALOUS WIND.
LIBRARY
MUSEUM
COMMUNITY CENTER

2010

26.1 Pengantar

Menurut data Otoritas Jasa Keuangan (OJK), per Februari 2025, tingkat penetrasi asuransi di Indonesia tercatat sebesar 2,72% dari Produk Domestik Bruto (PDB), mengalami penurunan dari 2,84% pada Desember 2024. Angka ini menunjukkan bahwa kontribusi premi asuransi terhadap PDB masih rendah.

Jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga, Indonesia masih tertinggal. Sebagai contoh, pada tahun 2022, penetrasi asuransi jiwa di Indonesia hanya sebesar 0,9%, sedangkan Malaysia mencapai 2,6%, Singapura 8,5%, Thailand 2,8%, dan Vietnam 2% (https://keuangan.kontan.co.id/news/ojk-penetrasi-asuransi-di-indonesia-baru-272-per-febrari-2025).

Faktor Penyebab Rendahnya Penetrasi

Beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya penetrasi asuransi di Indonesia antara lain:

- Rendahnya literasi dan inklusi keuangan: Survei Nasional Literasi dan Inklusi Keuangan (SNLIK) 2022 menunjukkan bahwa tingkat literasi asuransi di Indonesia sebesar 31,7%, sementara inklusinya hanya 16,6%.
- Kurangnya kepercayaan masyarakat: Masih ada ketidakpercayaan terhadap industri asuransi, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pengalaman negatif konsumen dan kurangnya transparansi.
- Biaya premi yang tinggi: Premi asuransi yang dianggap mahal menjadi hambatan bagi masyarakat untuk membeli produk asuransi.

Upaya Meningkatkan Penetrasi

Untuk mengatasi masalah ini, OJK telah meluncurkan Peta Jalan Pengembangan dan Penguatan Perasuransian Indonesia 2023-2027. Salah satu targetnya adalah meningkatkan tingkat penetrasi asuransi menjadi 3,2% dan densitas asuransi mencapai Rp2.400.000 per penduduk pada tahun 2027.

Selain itu, OJK juga mendorong pengembangan produk asuransi mikro yang terjangkau, seperti Asuransi Usaha Tani Padi (AUTP), Asuransi Usaha Ternak Sapi (AUTS), dan Asuransi Perikanan untuk Nelayan Kecil (APUN), guna menjangkau segmen masyarakat yang lebih luas.

Penetrasi industri merujuk pada sejauh mana produk atau layanan suatu industri digunakan oleh konsumen dibandingkan dengan total pasar potensial. Tingkat penetrasi yang rendah atau tinggi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait.

Berikut adalah analisis akademis mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi tingkat penetrasi industri, disertai referensi dari jurnal dan buku akademik.

1. Struktur Pasar dan Persaingan

Struktur pasar memainkan peran penting dalam menentukan tingkat penetrasi industri. Dalam pasar oligopoli atau monopoli, hambatan masuk yang tinggi dapat membatasi jumlah pemain baru, sehingga mempengaruhi penetrasi. Michael E. Porter dalam bukunya *Competitive Strategy* mengidentifikasi lima kekuatan kompetitif yang memengaruhi struktur industri: ancaman pendatang baru, kekuatan tawar-menawar pemasok, kekuatan tawar-menawar pembeli, ancaman produk pengganti, dan persaingan di antara pesaing yang ada. Struktur pasar yang

kompetitif cenderung mendorong inovasi dan penetrasi yang lebih tinggi.

2. Hambatan Masuk (*Barriers to Entry*)

Hambatan masuk seperti kebutuhan modal yang besar, regulasi ketat, dan keunggulan biaya dari pemain lama dapat menghambat penetrasi industri. Menurut artikel di Wikipedia tentang *Barriers to Entry*, hambatan ini dapat berupa hambatan ekonomi, hukum, teknologi, atau sosial yang menghalangi perusahaan baru untuk memasuki pasar. Hambatan ini dapat menyebabkan dominasi oleh beberapa perusahaan besar dan membatasi inovasi serta pilihan konsumen.

3. Strategi Penetrasi Pasar

Strategi penetrasi pasar seperti penetapan harga rendah, promosi intensif, dan peningkatan distribusi dapat meningkatkan tingkat penetrasi. Investopedia menjelaskan bahwa strategi ini bertujuan untuk meningkatkan pangsa pasar produk atau layanan dengan menarik lebih banyak konsumen. Namun, strategi ini juga memiliki risiko, seperti perang harga dan erosi margin keuntungan.

4. Daya Saing dan Diferensiasi Produk

Kemampuan perusahaan untuk bersaing melalui inovasi, kualitas produk, dan layanan pelanggan memengaruhi penetrasi industri. Artikel di *ResearchGate* tentang Market *Penetration Strategy by Increasing Firm Competitiveness* menekankan pentingnya keunggulan kompetitif dalam meningkatkan penetrasi pasar. Perusahaan yang mampu menawarkan nilai unik kepada konsumen cenderung memiliki tingkat penetrasi yang lebih tinggi.

5. Infrastruktur dan Teknologi

Ketersediaan infrastruktur yang memadai dan adopsi teknologi terbaru dapat mempercepat penetrasi industri. Studi di ScienceDirect mengenai *Market Penetration and Acquisition Strategies for Emerging Economies* menunjukkan bahwa perusahaan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dapat mencapai penetrasi pasar yang lebih luas, terutama di pasar negara berkembang.

6. Kebijakan Pemerintah dan Regulasi

Kebijakan pemerintah seperti insentif pajak, subsidi, dan regulasi dapat mempengaruhi penetrasi industri. Studi di *Journal of Management Sciences tentang Factors Influencing Market Penetration of Takaful Industry* in Malaysia menemukan bahwa dukungan pemerintah melalui regulasi yang mendukung dapat meningkatkan penetrasi industri asuransi syariah di Malaysia.

7. Kondisi Ekonomi Makro

Faktor ekonomi makro seperti pertumbuhan ekonomi, tingkat inflasi, dan daya beli masyarakat memengaruhi kemampuan konsumen untuk membeli produk atau layanan, sehingga mempengaruhi penetrasi industri. PEST *analysis*, yang mencakup faktor Politik, Ekonomi, Sosial, dan Teknologi, digunakan untuk menganalisis lingkungan eksternal yang memengaruhi industri.

8. Preferensi dan Perilaku Konsumen

Preferensi konsumen yang berubah-ubah dan perilaku pembelian mempengaruhi adopsi produk atau layanan baru. Model difusi inovasi oleh Everett Rogers menjelaskan bagaimana

inovasi diadopsi dalam masyarakat, dengan mengklasifikasikan konsumen ke dalam kelompok seperti inovator, *early adopters*, mayoritas awal, mayoritas akhir, dan laggards. Pemahaman tentang perilaku konsumen membantu perusahaan dalam merancang strategi penetrasi yang efektif.

9. Ketersediaan dan Akses ke Informasi

Akses konsumen terhadap informasi mengenai produk atau layanan mempengaruhi keputusan pembelian. Dalam era digital, pemasaran melalui media sosial dan *platform online* dapat meningkatkan kesadaran konsumen dan mempercepat penetrasi pasar. Studi di *Management Science* tentang *Factors Influencing Market Penetration* menekankan pentingnya strategi komunikasi yang efektif dalam meningkatkan penetrasi.

10. Kapabilitas Organisasi dan Sumber Daya

Kapabilitas internal perusahaan, termasuk sumber daya manusia, keuangan, dan operasional, memengaruhi kemampuan untuk mengeksekusi strategi penetrasi. Artikel di *ResearchGate* tentang *A Tactical Framework for Market Penetration with a Multidimensional Organization* menyoroti pentingnya struktur organisasi yang fleksibel dan kapabilitas lintas fungsi dalam mencapai penetrasi pasar yang sukses.

11. Jaringan Distribusi dan Kemitraan

Jaringan distribusi yang luas dan kemitraan strategis dengan pihak ketiga dapat memperluas jangkauan pasar dan meningkatkan penetrasi. Studi di ScienceDirect mengenai strategi akuisisi dan penetrasi pasar di ekonomi berkembang menunjukkan bahwa kolaborasi dengan mitra lokal dapat

membantu perusahaan asing dalam mengatasi hambatan masuk dan memahami pasar lokal.

12. Inovasi dan Siklus Hidup Produk

Inovasi produk dan manajemen siklus hidup produk memengaruhi daya tarik konsumen dan penetrasi pasar. Model difusi Bass menggambarkan bagaimana produk baru diadopsi dalam pasar, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti inovasi dan imitasi. Perusahaan yang terus berinovasi dan memperbarui penawaran produknya cenderung mempertahankan atau meningkatkan penetrasi pasar.

13. Kepercayaan dan Reputasi Merek

Kepercayaan konsumen terhadap merek dan reputasi perusahaan memengaruhi keputusan pembelian. Perusahaan dengan reputasi yang baik cenderung memiliki tingkat penetrasi yang lebih tinggi karena konsumen merasa lebih percaya untuk membeli produk atau layanan mereka.

14. Segmentasi dan Targeting Pasar

Segmentasi pasar yang efektif dan penargetan yang tepat memungkinkan perusahaan untuk fokus pada kelompok konsumen yang paling potensial, sehingga meningkatkan efisiensi strategi penetrasi. Pemahaman mendalam tentang kebutuhan dan preferensi segmen pasar membantu dalam merancang penawaran yang sesuai.

15. Adaptasi Budaya dan Lokal

Kemampuan perusahaan untuk menyesuaikan produk, layanan, dan strategi pemasaran dengan budaya dan preferensi lokal memengaruhi keberhasilan penetrasi di pasar internasional. Studi di *ResearchGate* tentang penetrasi pasar di ekonomi

berkembang menekankan pentingnya adaptasi lokal dalam strategi penetrasi global.

Dengan memahami dan mengelola faktor-faktor di atas, perusahaan dapat merancang strategi yang efektif untuk meningkatkan penetrasi industri, baik di pasar domestik maupun internasional.

26.2 Faktor Internal Penetrasi Asuransi Rendah

Rendahnya penetrasi asuransi di Indonesia tidak hanya disebabkan oleh faktor-faktor eksternal seperti literasi dan inklusi keuangan yang rendah, tetapi juga oleh kelemahan internal dalam industri asuransi itu sendiri. Dengan memahami kelemahan internal, selayaknya industri perasuransian berbenah diri dari dalam, dan ini jangan hanya sebatas pada jargon dan janji di bibir semata, tanpa tindakan nyata.

Berikut adalah beberapa faktor internal yang turut berkontribusi terhadap rendahnya penetrasi asuransi di Indonesia:

1. Kurangnya Edukasi dan Promosi yang Konsisten

Banyak perusahaan asuransi di Indonesia belum menjalankan program edukasi dan promosi secara konsisten dan berkelanjutan. Hal ini menyebabkan masyarakat kurang memahami manfaat asuransi dan cara kerjanya. Menurut penelitian, kurangnya sosialisasi dari perusahaan asuransi menjadi salah satu penyebab utama rendahnya keterlibatan masyarakat dalam program asuransi di Indonesia. Edukasi asuransi di Indonesia hanya sebatas pemenuhan regulasi, dan itupun dilakukan setengah hati. Bila tidak percaya, silakan googling dan atau tanya AI: “Perusahaan perasuransian mana

saja yang secara konsisten dan berkesinambungan melakukan edukasi asuransi, dan sebutkan topik apa saja yang disampaikan serta siapa peserta edukasi ini?"

2. Ketidakprofesionalan Tenaga Pemasar dan Praktik *Mis-selling*

Banyak agen asuransi yang kurang kompeten dan tidak profesional dalam menjalankan tugasnya. Mereka sering kali tidak memberikan penjelasan yang jelas dan menyeluruh tentang produk asuransi yang ditawarkan, yang dapat menyebabkan praktik *mis-selling*. *Mis-selling* adalah tindakan di mana agen asuransi gagal menjelaskan secara jelas dan komprehensif kepada calon pemegang polis tentang suatu produk asuransi, sehingga pemegang polis mengalami kerugian. Bagaimana tenaga pemasar dan agen asuransi menjadi kompeten, bila rekrutmen mereka tidak memiliki kriteria yang mumpuni dan pelatihan/pendidikan diberi dalam waktu sangat irit alias singkat, serta materinya sebagian besar adalah motivasi dan bagaimana mencari klien (komisi) sebanyak mungkin? Ini adalah kesalahan sistematis yang terus terjadi secara berulang, mungkin karena tidak adanya aturan OJK yang jelas dan tegas?

3. Proses Klaim yang Rumit dan Tidak Transparan

Proses klaim yang berbelit-belit dan kurang transparan juga menjadi faktor yang mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi. Banyak nasabah yang merasa kesulitan dalam mengajukan klaim karena prosedur yang kompleks dan kurangnya informasi yang jelas dari perusahaan asuransi. Asuransi gampang masuk, susah keluar?

4. Kurangnya Perlindungan Konsumen yang Efektif

Perlindungan konsumen dalam industri asuransi di Indonesia masih tergolong lemah. Meskipun Otoritas Jasa Keuangan (OJK) memiliki peran dalam melindungi konsumen, implementasi perlindungan tersebut masih belum optimal. Banyak nasabah yang merasa tidak mendapatkan perlindungan yang memadai ketika menghadapi masalah dengan perusahaan asuransi. Tidak ada sebuah laporan transparan dan terbuka yang dapat diakses publik terkait kinerja OJK dalam perlindungan konsumen (divisi Edukasi dan Perlindungan Konsumen/EPK).

5. Krisis Kepercayaan terhadap Industri Asuransi

Kasus-kasus gagal bayar dan manajemen yang buruk di beberapa perusahaan asuransi telah menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap industri ini. Ketidakpercayaan ini menjadi hambatan besar dalam meningkatkan penetrasi asuransi di Indonesia. Silakan cari berika kasus gagal bayar asuransi di Indonesia, maka dengan sangat mudah ditemukan perusahaan asuransi mana saja itu.

Untuk meningkatkan penetrasi asuransi di Indonesia, diperlukan upaya kolaboratif antara perusahaan asuransi, regulator, dan asosiasi terkait untuk memperbaiki praktik internal, meningkatkan edukasi dan literasi keuangan masyarakat, serta memperkuat perlindungan konsumen.

26.3 Bagaimana Meningkatkan Penetrasi Asuransi?

Meningkatkan penetrasi asuransi di Indonesia tidak dapat tercapai hanya dengan mengeluarkan *Roadmap*, regulasi yang banyak, dan selebrasi semata. Kami sampaikan 21 strategi

lengkap dan detail untuk meningkatkan penetrasi asuransi di Indonesia, sebagai berikut:

1. Meningkatkan Literasi Asuransi Melalui Edukasi Publik

Penetrasi tidak akan terjadi tanpa pemahaman. Literasi adalah fondasi. Industri asuransi harus menggencarkan edukasi publik melalui media sosial, TV, radio, sekolah, dan komunitas. Program edukasi harus menjelaskan perbedaan antara asuransi jiwa dan umum, manfaat proteksi, serta hak dan kewajiban pemegang polis. Studi dari OJK (2022) menunjukkan bahwa literasi asuransi hanya 31,7% dan inklusi 16,6%, menunjukkan urgensi intervensi yang masif.

2. Kampanye Nasional Kesadaran Risiko

Banyak masyarakat Indonesia merasa “tidak butuh asuransi” karena merasa aman. Industri asuransi perlu memimpin kampanye nasional untuk menyadarkan bahwa risiko bisa datang kapan saja. Kampanye ini bisa melibatkan tokoh publik, korban risiko nyata, serta simulasi interaktif tentang bencana, sakit kritis, atau kecelakaan. Edukasi harus menekankan bahwa asuransi bukan investasi, tapi perlindungan.

3. Membangun Produk Asuransi yang Sederhana dan Relevan

Produk asuransi yang rumit membuat calon nasabah bingung dan enggan membeli. Maka, perlu dikembangkan produk yang sederhana, jelas manfaat dan pengecualiannya, serta sesuai kebutuhan masyarakat (contoh: asuransi penyakit kritis berbasis klaim tunggal, atau asuransi rumah sederhana). Produk harus fleksibel dan dapat diakses dalam berbagai segmen penghasilan.

4. Mengembangkan Asuransi Mikro dan Komunitas

Asuransi mikro sangat penting untuk menjangkau masyarakat berpenghasilan rendah. Program seperti AUTP (Asuransi Usaha Tani Padi), AUTS (Asuransi Usaha Ternak Sapi), APUN (Asuransi Pertanian Untuk Nelayan) harus diperluas. Selain itu, asuransi komunitas berbasis koperasi, kelompok tani, nelayan, dan pelaku UMKM juga dapat digunakan untuk menjangkau kelompok-kelompok yang selama ini tidak tersentuh.

5. Pelatihan Berkelanjutan bagi Agen dan Tenaga Pemasar

Tenaga pemasar adalah wajah industri. Jika mereka tidak paham produk atau menjual secara tidak etis, maka kepercayaan masyarakat runtuh. Perlu pelatihan berkala yang tidak hanya fokus pada produk, tetapi juga pada etika, komunikasi empatik, serta pemahaman risiko nasabah. Sertifikasi dari LSP dan asosiasi profesi harus diwajibkan.

6. Pencegahan *Mis-selling* dan Penegakan Kode Etik

Mis-selling menjadi penyebab utama ketidakpuasan pelanggan. Agen yang hanya mengejar komisi tanpa menjelaskan risiko dapat merusak reputasi industri. Diperlukan sistem audit internal yang kuat, pengawasan berkala oleh regulator, serta sanksi tegas bagi agen atau perusahaan yang melanggar kode etik penjualan.

7. Penyederhanaan Proses Klaim

Klaim adalah saat kebenaran produk diuji. Jika proses klaim berbelit, maka reputasi produk hancur. Perusahaan asuransi harus menyederhanakan proses klaim, menjelaskan prosedur sejak awal penjualan, dan menyediakan panduan digital, video,

serta bantuan langsung. Penggunaan teknologi seperti klaim digital dan chatbot dapat mempercepat proses ini.

8. Digitalisasi *End-to-End*

Digitalisasi tidak hanya dalam penjualan, tetapi juga dalam proses underwriting, klaim, dan layanan pelanggan. Dengan digitalisasi, biaya operasional menurun dan jangkauan meningkat. Penggunaan insurtech dan aplikasi mobile memungkinkan nasabah mengelola polis, mengajukan klaim, dan menerima update dengan mudah.

9. Kolaborasi dengan Perbankan, *E-commerce*, dan *Fintech*

Distribusi menjadi lebih efektif jika didukung oleh jaringan yang luas. Bancassurance dan kerja sama dengan *platform e-commerce* dapat memperluas penetrasi secara cepat. Contoh: pembelian asuransi saat membeli tiket pesawat atau barang elektronik. Kolaborasi ini juga memperkenalkan produk asuransi kepada generasi muda.

10. Subsidi Premi oleh Pemerintah untuk Asuransi Sosial

Untuk meningkatkan keadilan akses, pemerintah dapat memberikan subsidi premi asuransi kesehatan tambahan, asuransi petani, dan UMKM. Strategi ini sudah terbukti di India dan Filipina, di mana penetrasi meningkat drastis saat asuransi dikaitkan dengan program perlindungan sosial.

11. Mengintegrasikan Asuransi dalam Kurikulum Pendidikan

Agar generasi muda paham pentingnya asuransi, materi tentang risiko dan perlindungan keuangan harus dimasukkan ke kurikulum sekolah dan universitas. Hal ini bisa menjadi investasi jangka panjang dalam membangun masyarakat sadar risiko.

12. Membentuk Satgas Perlindungan Konsumen Asuransi

Regulator dan asosiasi perlu membentuk satgas yang fokus pada pelaporan, mediasi, dan penindakan terhadap pelanggaran oleh pelaku usaha. Transparansi laporan sengketa dan penyelesaiannya harus dipublikasikan untuk meningkatkan rasa keadilan publik.

13. Menghukum Pelaku Fraud dan Gagal Bayar secara Terbuka

Industri harus bersikap tegas terhadap perusahaan yang gagal bayar atau melakukan *fraud*. Transparansi penanganan kasus seperti Jiwasraya, Kresna Life, dan Wanaartha akan menjadi pelajaran kolektif dan mengembalikan kepercayaan masyarakat.

14. Program *Loyalty* dan Retensi Nasabah

Perusahaan asuransi perlu menciptakan program loyalitas seperti *cashback*, diskon premi tahun ke-2, atau bonus manfaat bila tidak ada klaim. Retensi nasabah lebih murah daripada akuisisi baru dan dapat membangun kepercayaan jangka panjang.

15. Mengembangkan Produk Berbasis Gaya Hidup

Asuransi berbasis gaya hidup seperti asuransi olahraga ekstrem, asuransi perjalanan petualangan, atau asuransi berbasis *wearable tech* (yang mengukur langkah, detak jantung, dll) dapat menarik generasi muda yang ingin produk yang relevan dengan aktivitas mereka.

16. Penyuluhan Langsung di Daerah Terpencil

Petugas penyuluh asuransi harus dikirim ke daerah terpencil untuk memberikan penjelasan langsung, terutama untuk masyarakat yang tidak terjangkau internet. Pemberdayaan tokoh lokal sebagai duta literasi asuransi akan lebih efektif.

17. Evaluasi dan Revisi *Wording* Polis

Banyak polis asuransi menggunakan bahasa yang sulit dimengerti masyarakat awam. Polis harus dibuat lebih user-friendly, transparan, dan ringkas. OJK dapat mengatur standar minimal kejelasan wording untuk setiap produk.

18. Pemanfaatan *Influencer* dan Edukator *Digital*

Influencer dengan rekam jejak positif bisa digunakan untuk menyampaikan pesan literasi asuransi dengan gaya yang ringan dan menjangkau segmen muda. Ini terbukti efektif dalam kampanye kesehatan dan perbankan digital.

19. *Benchmark* dengan Negara Berpenetrasi Tinggi

Studi banding dengan negara seperti Korea Selatan, Jepang, dan Singapura penting untuk belajar bagaimana mereka menciptakan ekosistem proteksi yang kuat. Di negara-negara tersebut, asuransi menjadi gaya hidup, bukan kewajiban.

20. Membangun Indeks Kepercayaan Publik terhadap Asuransi

Perlu dibuat Indeks Kepercayaan terhadap Asuransi (*Insurance Trust Index*) oleh lembaga independen setiap tahun, agar publik tahu perusahaan mana yang paling dipercaya. Indeks ini dapat menjadi referensi masyarakat sebelum membeli.

21. Kampanye Nasional "Asuransi Itu Gotong Royong"

Mengubah narasi bahwa asuransi bukan bisnis cari untung, melainkan sistem solidaritas dan gotong royong antarwarga negara. Kampanye ini harus terus menerus digaungkan agar terjadi pergeseran paradigma dari "curiga terhadap asuransi" menjadi "percaya pada gotong royong proteksi".

26.4 Edukasi dan Promosi bagi Keberhasilan Penetrasi Asuransi

Keberhasilan penetrasi asuransi di Indonesia sangat ditentukan oleh efektivitas edukasi dan promosi, bukan hanya oleh regulasi atau produk semata. Berikut adalah penjabaran panjang dan detail mengenai bagaimana edukasi dan promosi asuransi seharusnya dilakukan, siapa yang melakukannya, serta bagaimana melakukannya secara tepat dan bertanggung jawab:

1. Tujuan Utama Edukasi dan Promosi Asuransi

Tujuan utama edukasi dan promosi asuransi bukanlah untuk menjual sebanyak-banyaknya produk asuransi, melainkan untuk:

a. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap risiko.
b. Membentuk pemahaman yang benar mengenai fungsi asuransi.

c. Membangun kepercayaan masyarakat kepada industri asuransi.
d. Membantu masyarakat memilih produk asuransi yang sesuai kebutuhannya.
e. Mendorong perlindungan finansial jangka panjang yang berkelanjutan.

2. Prinsip Edukasi dan Promosi yang Tepat

Edukasi dan promosi asuransi yang benar harus dilakukan berdasarkan prinsip berikut:

a. Transparansi – Semua informasi produk, manfaat, pengecualian, dan proses klaim dijelaskan secara jujur dan lengkap.
b. Empati – Pendekatan dilakukan dari sisi kebutuhan dan kekhawatiran masyarakat, bukan dari ambisi perusahaan.
c. Relevansi – Edukasi harus disesuaikan dengan segmen usia, pekerjaan, lokasi, dan gaya hidup.
d. Konsistensi – Promosi dilakukan secara berkelanjutan, bukan hanya saat produk diluncurkan.
d. Kredibilitas – Penyampai pesan (juru bicara, pemasar, agen, influencer) harus memiliki reputasi baik dan integritas.

3. Pihak yang Bertanggung Jawab dan Perannya

a. Pemerintah dan Regulator (OJK)

- Membuat regulasi literasi dan edukasi yang wajib bagi perusahaan asuransi.
- Menyediakan konten netral edukasi melalui kanal resmi.
- Mengatur kampanye nasional seperti Bulan Inklusi Keuangan dan Hari Asuransi Nasional.

- Membentuk kerjasama dengan lembaga pendidikan untuk memasukkan materi asuransi dalam kurikulum.

b. Perusahaan Asuransi

- Menyusun strategi pemasaran berbasis edukasi, bukan sekadar kampanye produk.
- Membangun portal edukasi yang mudah dipahami dan bisa diakses publik.
- Mengadakan seminar, online seminar, dan kegiatan sosial untuk menyampaikan literasi.
- Melatih pemasar untuk menjadi konsultan risiko, bukan sales berorientasi komisi semata.

c. Asosiasi Industri (AAJI, AAUI, AASI, APARI, APKAI)

- Menerbitkan panduan etika pemasaran asuransi.
- Melakukan pelatihan massal untuk agen dan staf pemasaran.
- Menjadi motor penyebaran edukasi melalui kampanye kolektif lintas perusahaan.

d. Tenaga Pemasar dan Agen Asuransi

- Wajib memberikan informasi secara jujur, lengkap, dan dengan bahasa yang mudah dipahami.
- Harus teredukasi terlebih dahulu sebelum mengedukasi nasabah.
- Mengembangkan pendekatan berbasis kebutuhan dan empati nasabah.

e. Lembaga Pendidikan dan Media

- Mengintegrasikan topik risiko, asuransi, dan proteksi ke dalam pendidikan formal.
- Menjadi mitra industri dalam menyebarkan informasi yang netral, berimbang, dan edukatif.
- Menghindari penyebaran stigma negatif yang tidak berdasarkan data.

4. Strategi dan Metode Edukasi & Promosi Asuransi

a. Segmentasi dan Penyesuaian Konten

Edukasi untuk mahasiswa akan berbeda dengan petani, pengusaha, atau ibu rumah tangga. Oleh karena itu, konten edukasi dan promosi harus disesuaikan dengan:

- Bahasa sehari-hari audiens.
- Media yang digunakan (cetak, digital, radio, dll).
- Visualisasi dan cerita nyata yang sesuai pengalaman hidup mereka.

b. Pemanfaatan Digital dan Media Sosial

- Gunakan video singkat, infografis, *podcast*, animasi, dan *microlearning*.
- Ajak *influencer* dengan integritas untuk menjadi duta edukasi asuransi.
- Bangun kanal *YouTube* atau akun *Instagram* edukatif yang menjelaskan asuransi secara ringan namun akurat.

c. Storytelling dan Studi Kasus

- Ceritakan pengalaman nyata korban kebakaran yang terbantu asuransi.
- Gunakan analogi sederhana, seperti “asuransi seperti payung, bukan jimat”.
- Bangun narasi bahwa asuransi adalah bentuk tanggung jawab, bukan ketakutan.

d. Roadshow dan Program Sosial

- Lakukan program *Insurance Goes to Campus*, *Insurance for Farmers*, Literasi Desa.
- Bagikan polis asuransi mikro gratis sebagai uji coba manfaat perlindungan.
- Libatkan tokoh masyarakat dan tokoh agama sebagai penjelas konsep gotong royong dalam asuransi.

e. Transparansi Produk dan Simulasi Klaim

- Tampilkan simulasi langsung cara klaim, dengan video dan formulir.
- Berikan contoh ilustrasi manfaat polis dari premi kecil.
- Bandingkan asuransi dengan tabungan dan investasi agar masyarakat bisa menilai secara objektif.

5. Kesimpulan dan Rekomendasi

Edukasi dan promosi asuransi tidak bisa hanya dilakukan saat penjualan. Ia harus menjadi gerakan sadar proteksi nasional yang melibatkan semua pihak: regulator, industri, tenaga pemasar, lembaga pendidikan, media, dan masyarakat itu sendiri.

Satu-satunya cara agar penetrasi meningkat secara sehat adalah membangun kesadaran, bukan membujuk; mendampingi, bukan menekan; dan melayani, bukan sekadar menjual.

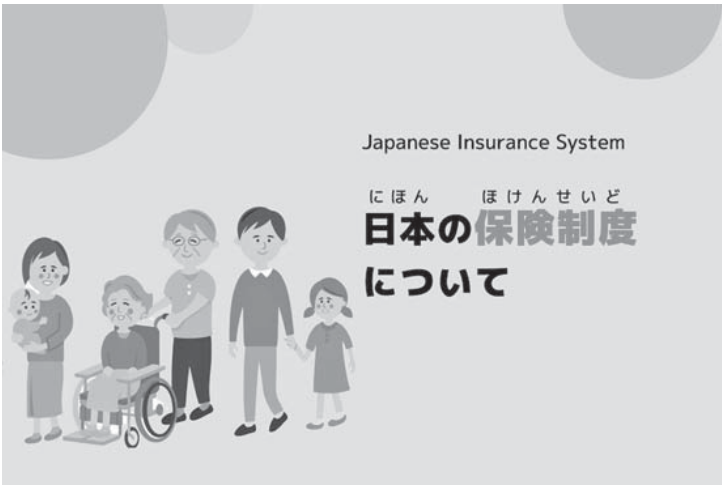
26.5 3 Negara Berhasil dalam Penetrasi Asuransi

Selayaknya Indonesia belajar dan melakukan studi banding yang benar dengan bercermin pada tiga negara yang telah berhasil melakukan penetrasi dengan benar. Tiga negara yang berhasil meningkatkan penetrasi asuransi melalui strategi edukasi dan promosi yang efektif, beserta tautan referensinya untuk memudahkan Anda dalam menyalin dan mempelajarinya lebih lanjut:

Jepang: Edukasi Terstruktur dan Literasi Finansial Tinggi

Jepang memiliki penetrasi asuransi yang sangat tinggi, dengan sekitar 90% rumah tangga memiliki polis asuransi jiwa. Keberhasilan ini didukung oleh:

- Integrasi Edukasi Finansial: Pemerintah Jepang mendirikan *Japan Financial Literacy and Education Corporation* untuk mempromosikan literasi keuangan, termasuk asuransi.
- Kurikulum Sekolah: Materi tentang risiko dan perlindungan finansial dimasukkan ke dalam kurikulum pendidikan dasar dan menengah.
- Kampanye Nasional: Kampanye publik yang menekankan pentingnya asuransi dalam menghadapi bencana alam dan risiko kesehatan.



Sumber:

- "Changes, Opportunities and Challenges in the Japanese Insurance Market" – The Actuary Magazine: https://www.theactuarymagazine.org/changes-opportunities-and-challenges-in-the-japanese-insurance-market/
- "GENERAL INSURANCE IN JAPAN" – The General Insurance Association of Japan: https://www.sonpo.or.jp/en/publication/ue089i00000000sa-att/fb2024e.pdf

Korea Selatan: Digitalisasi dan Inovasi Produk

Korea Selatan mencapai rasio penetrasi asuransi sebesar 11,6% dari PDB pada tahun 2020, tertinggi keenam di dunia. Strategi yang diterapkan meliputi:

- Digitalisasi Layanan: Penggunaan teknologi untuk mempermudah akses dan klaim asuransi, termasuk melalui aplikasi mobile.
- Inovasi Produk: Pengembangan produk asuransi yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat, seperti asuransi untuk lansia dan pekerja lepas.
- Edukasi Melalui Media Sosial: Kampanye edukasi yang aktif di platform digital untuk menjangkau generasi muda.

Sumber:

- "Korean Insurance Industry 2021" – Korea Insurance Research Institute: https://kiri.or.kr/eng/pdf/Korean_Insurance_Industry_2021.pdf
- "Silver Solutions Beyond Product Development: Innovating insurance for South Korea's senior market" – RGA: https://www.rgare.com/knowledge-center/article/silver-solutions-beyond-product-development–innovating-insurance-for-south-korea-s-senior-market

Singapura: Pendekatan Terpadu dan Kolaboratif

Singapura menerapkan pendekatan terpadu antara pemerintah, industri, dan lembaga pendidikan untuk meningkatkan literasi asuransi. Meskipun tingkat penetrasi asuransi masih menghadapi tantangan, upaya yang dilakukan meliputi:

- Program Edukasi Nasional: Inisiatif edukasi keuangan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang asuransi.
- Kolaborasi dengan Institusi Pendidikan: Integrasi materi asuransi dalam kurikulum sekolah dan universitas.
- Pengembangan Produk Inovatif: Fokus pada pengembangan produk asuransi yang relevan dengan kebutuhan masyarakat, seperti perlindungan untuk pekerja ekonomi gig.

Sumber:

- "Market Saturation and Competition: Obstacles in Singapore's Insurance Sector" – Insurance Asia: https://insuranceasia.com/insurance/commentary/market-saturation-and-competition-obstacles-in-singapores-insurance-sector
- "AIA Singapore unveils insurance literacy initiative amid robust sector growth" – Insurance Business Asia:https://www.insurancebusinessmag.com/asia/news/life-insurance/aia-singapore-unveils-insurance-literacy-initiative-amid-robust-sector-growth-502055.aspx

Ketiga negara ini menunjukkan bahwa strategi edukasi dan promosi yang tepat, disesuaikan dengan konteks lokal, dapat secara signifikan meningkatkan penetrasi asuransi. Indonesia dapat mengambil pelajaran dari pendekatan-pendekatan ini untuk memperkuat industri asuransi domestik.

26.6 *Customer Experience & Retention*

Apakah Customer Experience dan Retention dalam industri asuransi, memiliki relevansi dan kaitan dengan penetrasi asuransi? Jawabannya sangat terkait dan bersifat penting. Sebagai konsumen produk dan jasa apapun, tentu Anda selalu

mencari referensi dari pengalaman orang lain, yang sangat mudah diperoleh melalui berbagai platform *social media.* Kami percaya Andapun memiliki restoran favorit, dimana Anda dan keluarga senantiasa menikmati makanan secara reguler dan berulang, serta dengan senang hati memberikan rekomendasi kepada kerabat dan anggota keluarga akan restoran favorit tersebut.

10 contoh nyata yang bisa dijadikan inspirasi praktik terbaik di Indonesia.

1. Pentingnya *Customer Experience* (CX) dalam Asuransi

Customer experience (CX) adalah keseluruhan persepsi dan perasaan nasabah terhadap interaksi mereka dengan perusahaan asuransi, mulai dari tahap informasi, pembelian polis, pembayaran premi, layanan pelanggan, hingga pengajuan dan penyelesaian klaim. Di era digital dan pasar yang kompetitif, pengalaman nasabah menjadi faktor pembeda utama yang menentukan loyalitas dan rekomendasi. CX yang baik memperkuat reputasi, menurunkan churn, dan mendorong penetrasi karena pelanggan yang puas akan lebih cenderung memperkenalkan asuransi ke lingkungan mereka.

2. Retensi Nasabah dan Pengaruhnya terhadap Penetrasi

Retensi nasabah adalah kemampuan perusahaan mempertahankan nasabah untuk tetap menjadi pemegang polis dalam jangka panjang. Tingkat retensi yang tinggi menurunkan biaya akuisisi nasabah baru, menstabilkan portofolio premi, dan meningkatkan *word-of-mouth* positif. Di sisi lain, nasabah yang kecewa cenderung menyebarkan pengalaman buruk dan

menjadi hambatan besar bagi pertumbuhan penetrasi, terutama di masyarakat yang masih ragu terhadap industri asuransi.

3. CX dan Retensi Sebagai Kunci Meningkatkan Penetrasi

Studi internasional (McKinsey, 2022) menunjukkan bahwa setiap 5% kenaikan retensi nasabah dapat meningkatkan profitabilitas perusahaan asuransi hingga 25%. Namun, lebih jauh, retensi juga mendorong penetrasi pasar karena pelanggan loyal tidak hanya membeli ulang (*cross-sell, up-sell*), tetapi juga merekomendasikan asuransi kepada keluarga, kolega, dan komunitas mereka. Inilah efek domino CX dan retensi terhadap pertumbuhan penetrasi.

4. Hambatan Umum dalam Pengalaman Pelanggan

Banyak perusahaan asuransi menghadapi tantangan berupa proses administrasi rumit, komunikasi yang kurang ramah, ketidakjelasan manfaat polis, serta proses klaim yang lamban. Hambatan-hambatan ini menyebabkan kekecewaan, membangun ketidakpercayaan, dan akhirnya mendorong nasabah untuk berhenti (*lapse policy*) atau bahkan menghindari asuransi sama sekali.

5. Strategi Peningkatan CX di Industri Asuransi

Beberapa strategi utama yang harus dilakukan perusahaan asuransi antara lain: menyederhanakan proses penjualan dan klaim, memberikan edukasi produk dengan bahasa yang mudah dipahami, menyediakan layanan pelanggan multikanal (telepon, email, chat, media sosial), serta merespons keluhan dengan cepat dan solutif. Perusahaan juga harus proaktif dalam memberi informasi manfaat polis, perubahan regulasi, atau update produk.

6. Digitalisasi untuk Pengalaman Pelanggan Lebih Baik

Digitalisasi memungkinkan nasabah mengakses informasi polis, melakukan pembayaran, dan mengajukan klaim tanpa hambatan geografis atau birokrasi. Banyak perusahaan global, seperti Lemonade (AS) dan BIMA (Afrika/Asia), telah menunjukkan bahwa aplikasi mobile, chatbot AI, dan portal pelanggan secara dramatis mempercepat layanan dan membangun kepercayaan.

7. *Personalization* dan *Customer Journey Mapping*

Perusahaan perlu memahami journey pelanggan dari awal hingga akhir, lalu mempersonalisasi komunikasi, penawaran, dan solusi berdasarkan profil dan perilaku mereka. Contoh: mengirim reminder premi via WhatsApp untuk generasi muda, atau melakukan *home visit* untuk lansia. Proses *onboarding* yang personal meningkatkan kenyamanan dan loyalitas.

8. Program *Loyalty* dan *Reward*

Membangun retensi dapat dilakukan melalui program loyalitas, seperti cashback premi untuk nasabah tanpa klaim, diskon pembelian polis tambahan, atau poin reward yang dapat ditukar hadiah. AXA Singapura, misalnya, menawarkan diskon premi renewal hingga 15% bagi nasabah tanpa klaim dalam setahun. Di Indonesia, beberapa perusahaan mulai menerapkan diskon renewal premi dan reward referral.

9. Edukasi Berkelanjutan dan *Engagement* Komunitas

Perusahaan harus rutin memberikan edukasi dan *engagement* kepada nasabah, bukan hanya saat penjualan. *Online* seminar (*webinar*), konten digital, simulasi risiko, dan *community gathering* bisa menjadi sarana meningkatkan

keterikatan emosional dan pengetahuan nasabah. Prudential Indonesia rutin mengadakan webinar dan *gathering* komunitas nasabah untuk meningkatkan engagement dan edukasi risiko.

10. *Role Model*: Proses Klaim yang Mulus

Allianz Indonesia memperkenalkan layanan "Eazy Claim" di mana klaim kesehatan bisa diajukan hanya dengan unggah foto dokumen via aplikasi. Waktu penyelesaian klaim bisa di bawah 1x24 jam. Nasabah yang merasakan kemudahan ini sangat mungkin bercerita positif ke lingkungannya, menjadi promotor alami industri asuransi.

11. *Customer Onboarding* yang Berkesan

Zurich Insurance mengembangkan program *onboarding* digital dengan video edukasi, kuis interaktif, dan *live chat* konsultasi. Ini membuat nasabah baru merasa diperhatikan, tidak bingung, dan lebih yakin terhadap manfaat asuransi yang mereka pilih.

12. Program Retensi: *Loyalty Clinic Sun Life*

Sun Life Financial di Filipina menjalankan program "Loyalty Clinic", di mana nasabah lama yang hendak menutup polis akan dihubungi konsultan khusus untuk memahami kendala mereka. Hasilnya, lebih dari 40% nasabah batal menutup polis setelah konsultasi dan edukasi ulang manfaat perlindungan.

13. *Referral* dan *Word-of-Mouth* Berbasis Pengalaman

FWD Life Indonesia mendorong nasabah lama untuk merekomendasikan produk ke keluarga/teman dengan sistem referral reward. Setiap polis baru yang berasal dari referral mendapatkan bonus baik untuk nasabah lama maupun yang direferensikan.

14. *Customer Complaint Handling* Terintegrasi

Banyak perusahaan asuransi di Eropa dan Asia sudah menerapkan "customer complaint dashboard" yang transparan, di mana semua pengaduan bisa dipantau progresnya oleh nasabah. Tokio Marine, misalnya, berhasil menurunkan churn rate setelah meningkatkan transparansi penyelesaian keluhan nasabah secara *real-time*.

15. Mengukur dan Mempublikasikan Customer Satisfaction

Akhirnya, perusahaan asuransi harus secara rutin melakukan survei kepuasan nasabah (NPS – *Net Promoter Score*) dan mempublikasikan hasilnya. AIA Group secara berkala mengumumkan skor kepuasan dan testimonial nasabah di website resmi mereka. Publikasi ini meningkatkan kepercayaan publik sekaligus menambah motivasi internal untuk terus berbenah.

Kesimpulan:

Pengalaman nasabah yang luar biasa bukan hanya meningkatkan loyalitas, tetapi juga menumbuhkan kepercayaan, memperluas penetrasi lewat *word-of-mouth*, dan membangun industri asuransi yang sehat, berkelanjutan, serta semakin dipercaya oleh masyarakat. Strategi di atas dapat diterapkan secara bertahap dan disesuaikan dengan karakteristik pasar Indonesia. Jika Anda ingin pengembangan dalam format buku, training, atau modul, silakan informasikan.

26.7 Etika dan Tata Kelola dalam Industri Asuransi, dan hubungannya dengan penetrasi

Apakah etika dan tata kelola berpengaruh pada penetrasi asuransi? Mungkin salah satu penyebab penetrasi asuransi Indonesia masih rendah selama hampir 4 dekade penulis berada dalam industri perasuransian, karena industri ini tidak memiliki etika dan tata kelola yang benar.

Kami sampaikan 10 contoh nyata yang relevan untuk praktik di Indonesia dan global.

1. Definisi Etika dan Tata Kelola dalam Asuransi

Etika dalam industri asuransi mencakup nilai, prinsip, dan norma perilaku yang mengedepankan kejujuran, transparansi, keadilan, serta kepatuhan hukum dalam seluruh aspek bisnis asuransi. Tata kelola (*governance*) mengacu pada sistem, struktur, dan proses untuk mengarahkan serta mengawasi jalannya perusahaan, termasuk pengawasan oleh dewan komisaris, pengendalian internal, manajemen risiko, dan keterbukaan kepada pemegang polis. Keduanya menjadi fondasi integritas dan kepercayaan dalam industri asuransi.

2. Kaitannya dengan Penetrasi Asuransi

Penetrasi asuransi sangat dipengaruhi oleh tingkat kepercayaan publik. Bila perusahaan dan agen asuransi menjalankan bisnis secara etis, jujur, dan akuntabel, masyarakat akan lebih yakin untuk membeli dan mempertahankan produk asuransi. Sebaliknya, pelanggaran etika, manipulasi, penipuan, atau tata kelola yang buruk akan menimbulkan skandal, kerugian

konsumen, dan pada akhirnya menurunkan penetrasi karena masyarakat enggan membeli asuransi.

3. Peran Penting Etika dalam Penjualan Asuransi

Salah satu akar masalah rendahnya penetrasi di Indonesia adalah praktik mis-selling, di mana agen menjanjikan manfaat yang tidak ada, menutupi pengecualian, atau menyarankan produk yang tidak sesuai kebutuhan nasabah. Etika dalam pemasaran berarti agen wajib memberikan penjelasan yang benar, mengutamakan kepentingan nasabah, dan tidak menyesatkan. Negara-negara dengan kode etik yang ditegakkan dengan keras terbukti memiliki tingkat kepercayaan dan penetrasi lebih tinggi.

4. Tata Kelola dan Perlindungan Konsumen

Governance yang baik memastikan perusahaan memiliki mekanisme perlindungan konsumen yang efektif—dari transparansi informasi, jalur pengaduan, hingga mekanisme penyelesaian sengketa. Dewan komisaris dan komite audit wajib mengawasi jalannya operasional agar seluruh proses berjalan sesuai standar etika dan regulasi, dan tidak ada praktik manipulasi klaim atau data.

5. Pencegahan Skandal dan *Fraud*

Tanpa tata kelola yang kuat, perusahaan mudah terjebak dalam praktik manipulasi laporan keuangan, pencucian uang, hingga gagal bayar klaim. Kasus Jiwasraya, WanaArtha, dan Kresna Life menjadi pelajaran pahit: lemahnya pengawasan dan pelanggaran etika mengakibatkan ribuan korban kehilangan dana dan industri kehilangan kepercayaan. Efek jangka panjangnya, masyarakat semakin ragu membeli asuransi.

6. Mekanisme Audit dan Transparansi

Audit internal dan eksternal adalah bagian tak terpisahkan dari governance. Audit memastikan tidak ada manipulasi laporan keuangan, penundaan klaim tak wajar, atau penyalahgunaan dana premi. Selain audit, keterbukaan informasi—seperti mempublikasikan rasio solvabilitas, tingkat pembayaran klaim, dan aduan nasabah—mendorong kepercayaan publik.

7. Penguatan Kode Etik Profesi dan Sanksi Tegas

Asosiasi profesi (AAJI, AAUI, APARI) wajib menegakkan kode etik dan menjatuhkan sanksi kepada pelaku pelanggaran, baik agen, staf, maupun manajemen. Sanksi bisa berupa pencabutan lisensi, blacklist, atau pelaporan ke OJK. Negara-negara maju memiliki badan pengawas etika independen yang sangat ditakuti karena memiliki wewenang nyata.

8. Pelatihan Berkelanjutan tentang Etika

Peningkatan penetrasi harus dibarengi pelatihan rutin tentang etika bisnis, anti-fraud, dan tata kelola. Agen, manajer, dan staf harus disegarkan pemahamannya mengenai praktik yang dilarang, potensi konflik kepentingan, dan konsekuensi hukum maupun reputasi bila melanggar.

9. Peran Regulator dalam Penguatan Tata Kelola

OJK dan regulator di negara lain berperan aktif menegakkan tata kelola dan etika. POJK No. 36/2024 di Indonesia mewajibkan perusahaan menerapkan prinsip kehati-hatian, keterbukaan, dan pelaporan berkala. OJK juga menerapkan sanksi administratif, pembatasan usaha, hingga pencabutan izin bagi pelanggar tata kelola. Tata kelola idnustri perasuransian Indonesia harus

terus menerus meningkatkan kepatuhan dan tata kelola yang lebih baik, serta pengawasan yang lebih ketat sehingga kasus Jiwasyara, Wanaartha, dan Kresna Life tidak terulang kembali.

10. Perlindungan *Whistleblower* dan Layanan Pengaduan

Mendorong pelaporan pelanggaran dari internal maupun eksternal adalah bentuk governance modern. Perusahaan harus memiliki kanal pengaduan rahasia dan mekanisme perlindungan *whistleblower*, sehingga praktik curang atau pelanggaran bisa diungkap tanpa rasa takut.

11. Contoh Nyata: Prudential UK

Prudential Inggris mempublikasikan kode etik dan hasil audit tahunannya secara terbuka, mengadakan pelatihan etika rutin, serta mengumumkan penanganan keluhan secara transparan. Hasilnya, tingkat kepercayaan publik dan penetrasi di Inggris termasuk tertinggi di Eropa. Di Indonesia kegiatan publikasi kode etik masih langka. Bagaimana tidak langka, asosiasi perasuransianpun di Indonesia, sebagian besar masih belum memiliki kode etik? Sangat lucu dan kontradiktif, industri yang mengedepankan itikad terbaik, namun tidak dan belum memiliki kode etik. Mungkin tidak lucu, tetapi memalukan!

12. Contoh: Lemonade Insurance (AS)

Perusahaan insurtech Lemonade menggunakan sistem AI yang secara otomatis memverifikasi klaim dan menolak klaim tidak sah. Setiap tahun, Lemonade mempublikasikan "Transparency Report" tentang jumlah klaim dibayar, klaim fraud, dan dana yang dikembalikan ke masyarakat. Pendekatan etika ini membangun reputasi dan basis pelanggan yang loyal. Kami

percaya banyak perusahaan asuransi di Indonesia tidak akan berani melakukan hal seperti ini. Mengapa? Karena mereka masih belum melakukan bisnis asuransi dengan benar.

13. Contoh: AXA France

AXA France membangun "Ethics Committee" untuk mengawasi kepatuhan etika dan melakukan investigasi pelanggaran secara independen. Nasabah bisa mengakses laporan tahunan pelanggaran etika dan penyelesaiannya.

14. Contoh: Allianz Indonesia

Allianz memperkenalkan "Integrity Line" untuk pelaporan kecurangan internal, menerapkan pelatihan etika wajib untuk seluruh karyawan, dan mempublikasikan indeks kepuasan pelanggan dan rasio pembayaran klaim secara rutin di situs resmi mereka.

15. Contoh: Proses Pengembalian Dana Mis-selling di Jepang

Jepang menerapkan standar tinggi dalam penanganan kasus mis-selling. Jika terbukti ada mis-selling, regulator mewajibkan perusahaan mengembalikan seluruh premi yang sudah dibayarkan dan melakukan permintaan maaf publik. Langkah ini menimbulkan efek jera dan meningkatkan kepercayaan konsumen.

Contoh Nyata Lainnya:

16. Tokio Marine Jepang: Membentuk panel pengaduan independen dan membayar penalti pada kasus kelalaian.

17. Zurich Global: Melaporkan tingkat fraud dan pencegahannya secara transparan kepada publik setiap tahun.
18. FWD Group Asia: Mengintegrasikan pelatihan etika dan governance ke seluruh onboarding karyawan baru.
19. Sun Life Kanada: Meluncurkan aplikasi pelaporan klaim palsu (fraud reporting) untuk masyarakat umum.
20. BCA Life Indonesia: Mempublikasikan skor kepatuhan internal, hasil audit, dan tindak lanjut aduan pelanggan secara periodik.

Kesimpulan:

Tanpa etika dan tata kelola yang baik, penetrasi asuransi akan stagnan bahkan menurun akibat krisis kepercayaan. Namun jika industri mampu menegakkan standar etika dan *governance* secara konsisten, masyarakat akan merasa aman dan percaya, sehingga penetrasi tumbuh sehat dan berkelanjutan. Penerapan prinsip-prinsip ini tidak hanya bermanfaat untuk menjaga kelangsungan bisnis, tetapi juga membawa industri asuransi ke tingkat profesionalisme dan kepercayaan publik yang lebih tinggi.

26.8 Dampak Budaya, Keyakinan, dan Psikologi Masyarakat terhadap Penetrasi Asuransi

Apakah budaya, kepercayaan/keyakinan dan kondisi psikologi masyarakat memengaruhi tingkat penetrasi asuransi? Ada beberapa yang mendukung tingginya tingkat penetrasi, dan sebagian besar berperan sebaliknya. Ini adalah contoh nyata praktik dan fenomena di berbagai negara:

1. Budaya Kolektivisme dan Gotong Royong

Di banyak masyarakat Asia, termasuk Indonesia, nilai gotong royong dan kolektivisme sangat kental. Dalam konteks proteksi sosial, masyarakat lebih mengandalkan solidaritas kelompok, arisan, dan tolong-menolong antar keluarga saat terjadi musibah. Pola pikir ini kadang membuat asuransi formal dianggap "tidak perlu" karena sudah ada "jaringan sosial" yang bisa diandalkan dalam keadaan darurat. Inilah salah satu faktor budaya yang menahan laju penetrasi asuransi di Indonesia. Semestinya penetrasi asuransi di Indonesia dapat meningkat dengan signifikan, bila masyarakat Indonesia diberikan edukasi dan pemahaman secara konsisten, bahwa asuransi memiliki konsep serupa dengan gotong royong. Namun karena kegiatan edukasi asuransi di Indonesia masih sangat rendah, maka jangan berharap penetrasi bertumbuh.

2. Nilai Tradisional vs Modern

Dalam masyarakat tradisional, asuransi sering dipandang sebagai produk "asing" yang tidak selaras dengan adat atau nilai lokal. Sementara di masyarakat modern, asuransi justru dianggap bagian wajib dari manajemen risiko pribadi dan keluarga. Negara seperti Jepang berhasil menggabungkan budaya lokal dengan literasi asuransi, menjadikan asuransi sebagai bentuk tanggung jawab keluarga, bukan sekadar kontrak finansial. Indonesia perlu meniru apa yang dilakukan oleh Jepang.

3. Pengaruh Agama dan Keyakinan

Keyakinan agama sangat mempengaruhi sikap masyarakat terhadap asuransi. Sebagian komunitas Muslim misalnya, sempat memandang asuransi konvensional haram karena ada unsur gharar (ketidakpastian) dan maisir (spekulasi/judi). Respon

industri dengan mengembangkan asuransi syariah (takaful) sangat penting untuk mengakomodasi kebutuhan dan keyakinan masyarakat agar penetrasi meningkat. Sebagai guru asuransi, Freddy Pieloor menjelaskan dalam TikTok dan YouTube, bahwa bila asuransi dianggap haram, maka negara-negara Arab seperti Arab Saudi, Uni Emirate Arab, Kuwait, Qatar, Mesir dan Jordan, tentu akan melarang beroperasi perusahaan-perusahaan asuransi di negara mereka.

Daftar perusahaan asuransi utama di negara-negara Arab:

Arab Saudi

Pasar asuransi Saudi didominasi asuransi kesehatan dan motor, dengan banyak perusahaan berbasis cooperative insurance (sesuai regulasi setempat).

Beberapa perusahaan utama:

- Bupa Arabia for Cooperative Insurance
- Tawuniya (The Company for Cooperative Insurance) – salah satu yang terbesar
- MedGulf Saudi Arabia
- AXA Cooperative Insurance (sekarang bertransformasi menjadi GIG Saudi)
- Al Rajhi Takaful
- Saudi Arabian Cooperative Insurance Company (SACIC)
- Malath Cooperative Insurance
- Salama Cooperative Insurance

Uni Emirat Arab (UAE)

UAE adalah pasar asuransi paling matang di kawasan GCC, dengan kombinasi konvensional & takaful, serta banyak pemain internasional.

Perusahaan utama:

- Oman Insurance Company (Sukoon Insurance)
- Orient Insurance
- Daman (National Health Insurance Company)
- Abu Dhabi National Insurance Company (ADNIC)
- Dubai Insurance Company
- RSA Insurance Middle East
- AXA Gulf (sekarang bagian dari GIG Gulf)
- MetLife UAE
- Zurich International Life Middle East
- Salama Islamic Arab Insurance Company
- Noor Takaful

Qatar

Pasar Qatar relatif kecil namun stabil, dengan peran besar perusahaan nasional dan takaful.

Perusahaan utama:

- Qatar Insurance Company (QIC) – terbesar dan regional player
- Doha Insurance Group
- Qatar General Insurance & Reinsurance Company (QGIRCO)
- Al Khaleej Takaful Insurance
- Islamic Insurance Company (Qatar)
- QLM Life & Medical Insurance

Kuwait

Pasar asuransi Kuwait cukup matang secara institusi, dengan fokus pada properti, motor, dan kesehatan.

Perusahaan utama:

- Gulf Insurance Group (GIG) – salah satu grup asuransi terbesar di Timur Tengah
- Kuwait Insurance Company
- Warba Insurance Company
- Al Ahleia Insurance Company
- Boubyan Takaful Insurance
- Wethaq Takaful Insurance

Mesir (Egypt)

Mesir memiliki jumlah pemain yang cukup banyak, namun tingkat penetrasi masih rendah karena daya beli dan literasi asuransi.

Perusahaan utama:

- Misr Insurance (BUMN)
- Misr Life Insurance
- Allianz Egypt
- AXA Egypt
- MetLife Egypt
- AIG Egypt
- GIG Egypt
- Delta Insurance
- Mohandes Insurance
- Orient Insurance Egypt
- Takaful & Karama Insurance (takaful)

Jordan

Pasar Yordania relatif kecil namun stabil, dengan kombinasi asuransi umum dan jiwa.

Perusahaan utama:

- Jordan Insurance Company
- Arab Orient Insurance
- Islamic Insurance Company (Jordan)
- Middle East Insurance Company
- Jerusalem Insurance Company
- Al-Nisr Al-Arabi Insurance
- First Insurance Company

4. Faktor Psikologis: Optimisme Berlebih (*Optimism Bias*)

Banyak orang—terutama yang masih muda dan sehat—cenderung meremehkan risiko karena merasa "tidak akan kena musibah". Ini disebut sebagai *optimism bias*. Studi psikologi menunjukkan bahwa semakin tinggi *optimism bias* di suatu masyarakat, semakin rendah kecenderungan membeli proteksi seperti asuransi, karena merasa tidak membutuhkan.

5. Budaya Tabu Membicarakan Kematian dan Musibah

Di sebagian masyarakat Asia, membicarakan risiko kematian, kecelakaan, atau bencana dianggap tabu atau bahkan membawa sial. Karena itu, promosi asuransi yang menonjolkan risiko kematian seringkali tidak efektif dan justru menimbulkan resistensi emosional.

6. Kepasrahan pada Takdir (Fatalisme)

Keyakinan akan takdir yang sangat kuat (fatalisme) juga mempengaruhi sikap terhadap asuransi. Masyarakat yang percaya bahwa semua musibah sudah digariskan dan tak bisa dihindari, cenderung melihat asuransi sebagai pemborosan atau bahkan sebagai bentuk penolakan pada kehendak Tuhan.

7. *Trust Deficit* terhadap Institusi Formal

Banyak masyarakat di negara berkembang—termasuk Indonesia—memiliki tingkat kepercayaan yang rendah pada institusi formal, termasuk perusahaan asuransi dan pemerintah. Pengalaman buruk, rumor penipuan, atau skandal gagal bayar di masa lalu membuat masyarakat enggan mempercayakan perlindungan pada asuransi formal. Di sisi lain, mereka lebih percaya pada solidaritas keluarga, paguyuban, atau lembaga keagamaan.

8. Pengaruh Lingkungan Sosial dan *Role Model*

Keputusan membeli asuransi seringkali dipengaruhi oleh perilaku tetangga, keluarga, atau tokoh masyarakat. Jika ada figur panutan (role model) yang memberikan contoh membeli dan mendapatkan manfaat asuransi, penetrasi dapat meningkat. Sebaliknya, cerita buruk dari satu kasus klaim yang ditolak bisa menyebar dan membentuk opini negatif secara luas.

9. Literasi Keuangan dan *Self-Efficacy*

Literasi keuangan dan kepercayaan diri dalam mengelola keuangan (*financial self-efficacy*) juga sangat memengaruhi penetrasi asuransi. Masyarakat dengan literasi rendah cenderung bingung dengan istilah dan proses asuransi, sehingga ragu untuk membeli. Negara-negara seperti Singapura dan Korea Selatan berhasil meningkatkan penetrasi dengan memasukkan literasi keuangan sejak pendidikan dasar.

10. Perubahan Pola Hidup dan Urbanisasi

Perubahan gaya hidup akibat urbanisasi dan meningkatnya mobilitas masyarakat juga mengubah persepsi risiko. Di kota-

kota besar, risiko kecelakaan, pencurian, atau bencana lebih tinggi, sehingga kebutuhan akan asuransi lebih terasa. Inilah sebabnya penetrasi asuransi biasanya lebih tinggi di wilayah urban dibanding rural.

11. Contoh: India dan Adaptasi Budaya

Di India, asuransi mikro berbasis komunitas diperkenalkan untuk mengakomodasi tradisi gotong royong dan solidaritas sosial. Produk asuransi mikro didistribusikan lewat kelompok wanita, koperasi desa, dan institusi keagamaan sehingga lebih diterima masyarakat yang awalnya skeptis pada asuransi formal.

12. Contoh: Jepang Mengubah Stigma Asuransi

Jepang berhasil mengubah citra asuransi jiwa dari “tabu bicara kematian” menjadi “tanda cinta dan tanggung jawab pada keluarga”. Edukasi yang menempatkan asuransi sebagai bukti sayang orang tua kepada anak-anaknya berhasil meningkatkan penetrasi asuransi jiwa di Jepang secara signifikan.

13. Contoh: Takaful di Malaysia

Malaysia berhasil meningkatkan penetrasi asuransi di kalangan Muslim dengan mempopulerkan produk asuransi syariah (takaful). Produk takaful dikampanyekan sebagai sistem gotong royong dan ibadah, sehingga cocok dengan nilai agama dan budaya lokal. Penetrasi asuransi syariah di Malaysia kini termasuk yang tertinggi di dunia.

14. Contoh: Pengaruh Negatif Pengalaman Klaim di Indonesia

Banyak masyarakat Indonesia mengaku enggan membeli asuransi setelah mendengar atau mengalami langsung

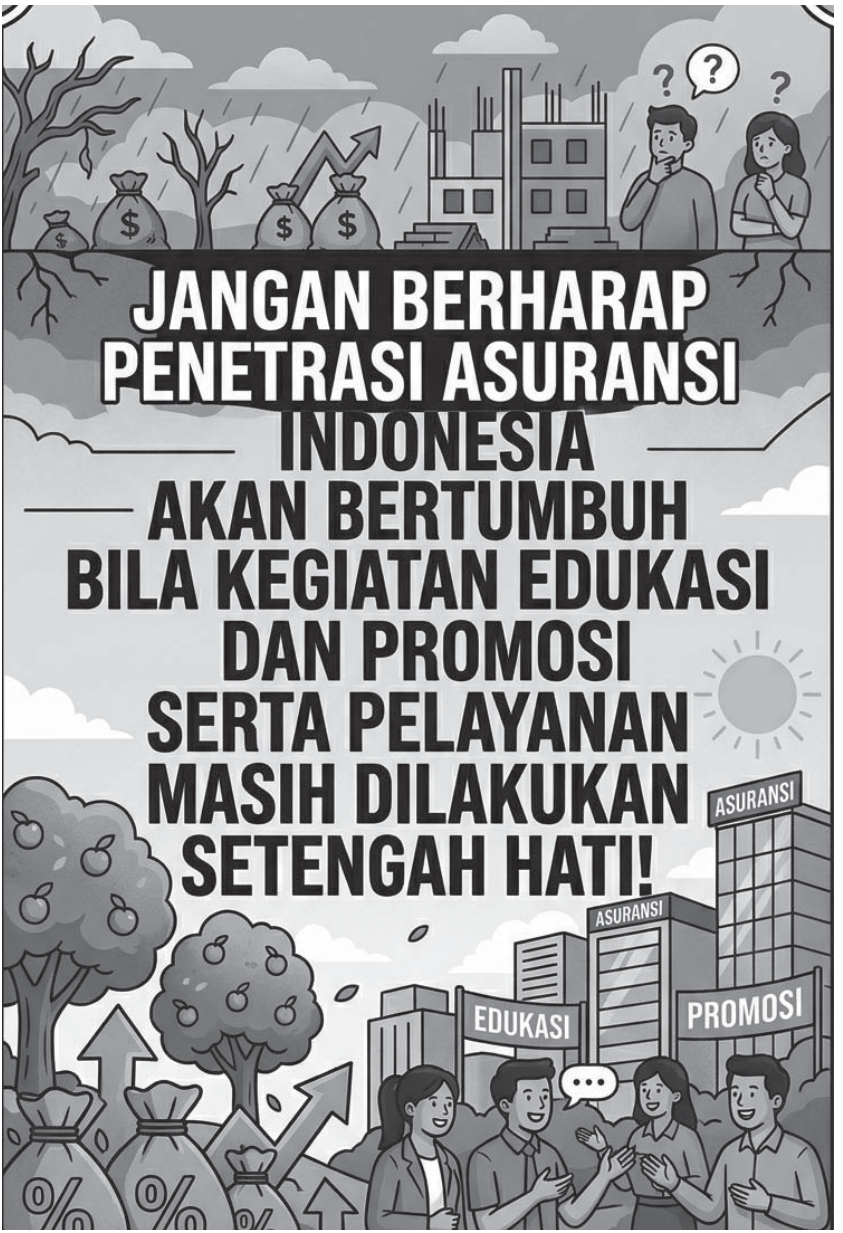
penolakan klaim. Dalam survei OJK, faktor “cerita buruk teman/ kerabat” menempati urutan pertama dalam alasan tidak membeli asuransi, menunjukkan betapa kuat pengaruh lingkungan sosial dan persepsi kolektif terhadap keputusan individu.

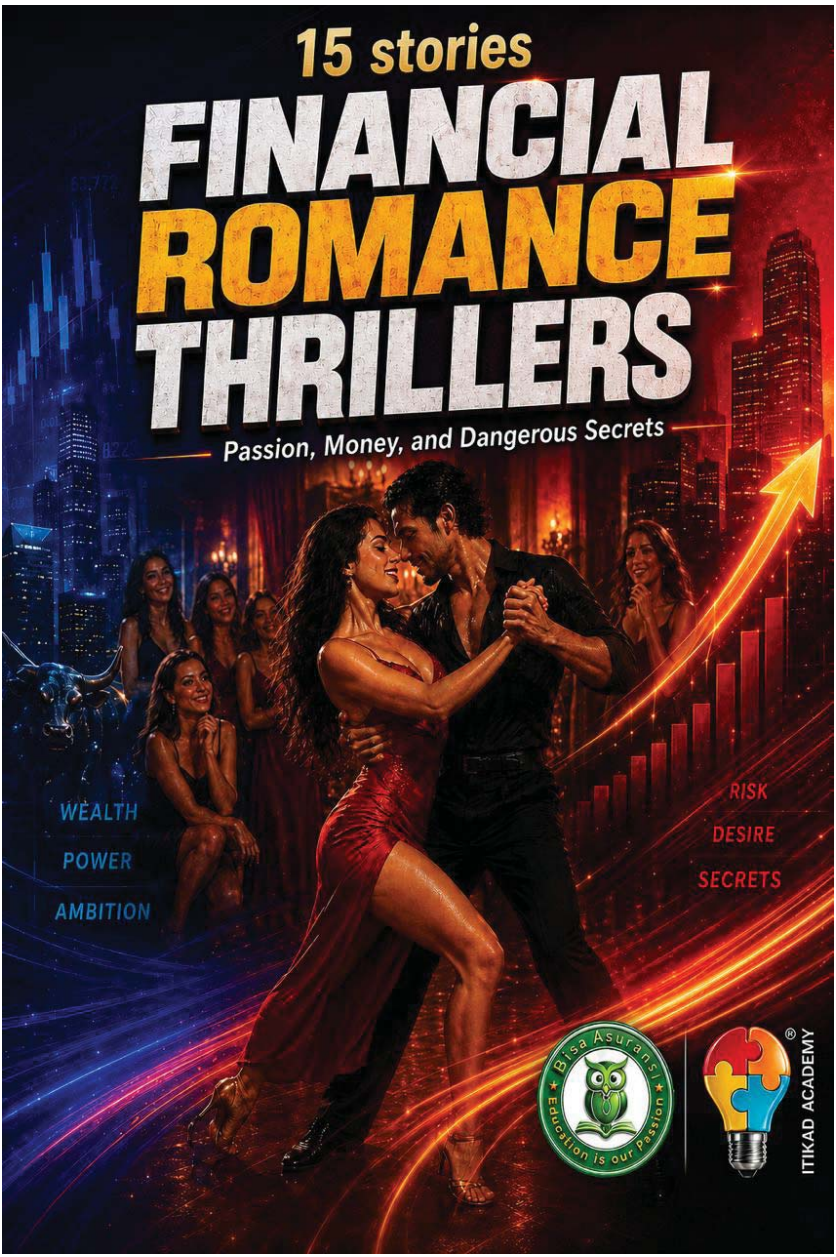
15. Strategi Mengatasi Hambatan Budaya dan Psikologis

Mengatasi hambatan budaya dan psikologis membutuhkan strategi komunikasi yang sensitif, narasi yang positif, dan pendekatan berbasis komunitas. Kampanye “asuransi adalah gotong royong modern” lebih efektif dibanding menonjolkan risiko kematian. Pelibatan tokoh agama dan masyarakat dalam edukasi, serta penyesuaian produk dan cara komunikasi dengan nilai-nilai lokal terbukti meningkatkan penerimaan asuransi.

Kesimpulan:

Penetrasi asuransi tidak hanya ditentukan oleh faktor ekonomi dan regulasi, tetapi sangat dipengaruhi oleh nilai budaya, agama, psikologi kolektif, dan pengalaman sosial masyarakat. Perusahaan asuransi harus mampu membaca dinamika budaya, membangun trust, menyesuaikan pesan dan produk, serta melibatkan komunitas dan role model lokal dalam strategi edukasi dan promosi agar penetrasi meningkat secara sehat dan berkelanjutan. Jika Anda membutuhkan pengembangan topik ini menjadi buku, artikel populer, atau pelatihan, saya siap membantu lebih lanjut.


JANGAN BERHARAP
PENETRASI ASURANSI
INDONESIA
AKAN BERTUMBUH
BILA KEGIATAN EDUKASI
DAN PROMOSI
SERTA PELAYANAN
MASIH DILAKUKAN
SETENGAH HATI!
ASURANSI
ASURANSI
EDUKASI
PROMOSI


15 stories
FINANCIAL ROMANCE THRILLERS
Passion, Money, and Dangerous Secrets
WEALTH
POWER
AMBITION
RISK
DESIRE
SECRETS
Bisa Asuransi
Education is our Passion
ITIKAD ACADEMY

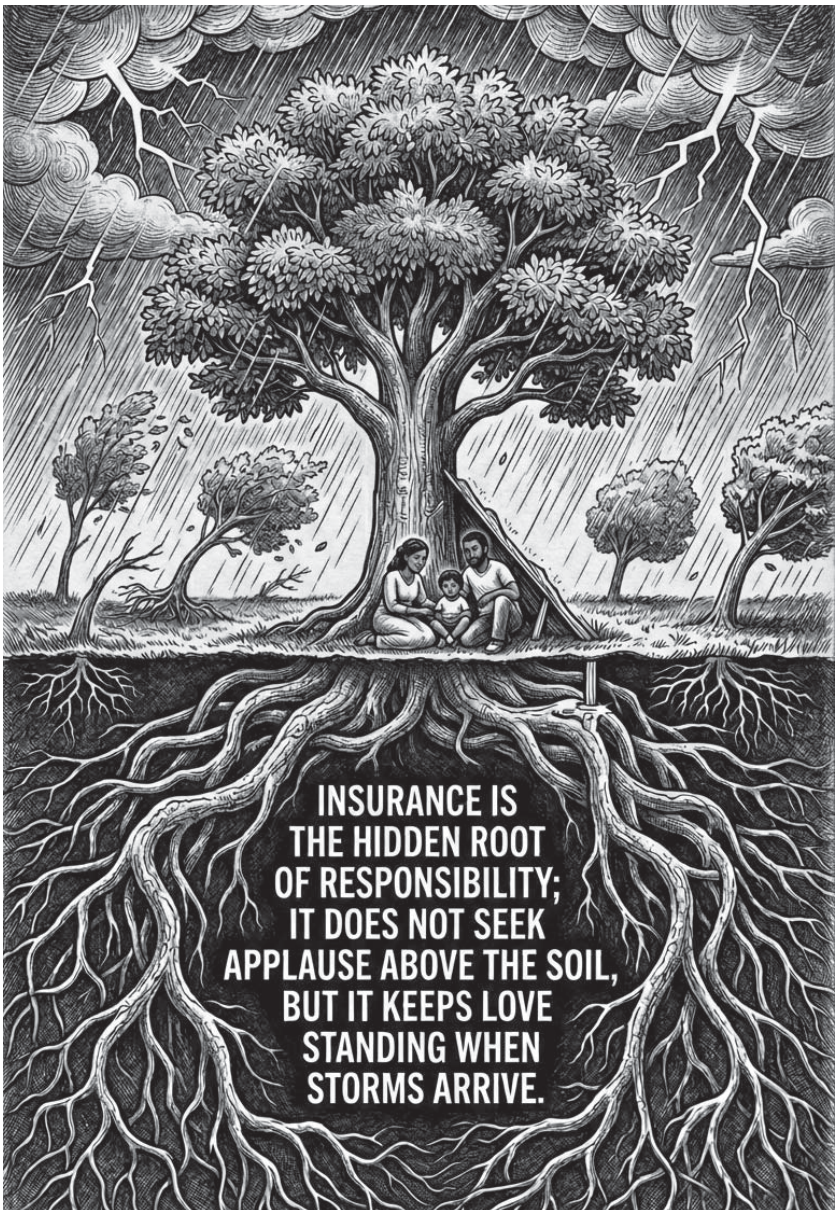

RISK
RISK IS THE SILENT GUEST AT EVERY FAMILY TABLE; IT EATS NO BREAD, SPEAKS NO WORD, YET ITS PRESENCE MUST NEVER BE IGNORED.

BAB
27

SENGKETA ASURANSI, PENCEGAHAN & SOLUSINYA



ChatGPT


INSURANCE IS
THE HIDDEN ROOT
OF RESPONSIBILITY;
IT DOES NOT SEEK
APPLAUSE ABOVE THE SOIL,
BUT IT KEEPS LOVE
STANDING WHEN
STORMS ARRIVE.

27.1 Pengantar

Sengketa asuransi bukan sekadar masalah administratif atau perbedaan tafsir kontrak semata; ia adalah ujian sesungguhnya bagi kepercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian. Ketika klaim yang diajukan tertanggung ditolak, dipangkas, atau berlarut-larut tanpa kepastian, kerugian finansial yang dialami sering kali berlipat ganda dengan luka emosional yang mendalam. Ketidakpuasan ini memunculkan stigma negatif: perusahaan asuransi hanya rajin menarik premi, tetapi enggan membayar klaim. Dalam konteks Indonesia, fenomena sengketa klaim yang berulang bahkan telah menciptakan jurang ketidakpercayaan yang sukar dijembatani. Oleh sebab itu, memahami akar penyebab sengketa dan cara menanganinya bukan hanya penting bagi perusahaan asuransi, tetapi juga bagi nasabah, regulator, praktisi hukum, dan masyarakat luas yang bergantung pada mekanisme proteksi finansial ini.

Ada banyak alasan mengapa pengetahuan mendalam tentang sengketa asuransi menjadi kebutuhan mendesak. Pertama, polis asuransi adalah kontrak hukum yang kompleks. Banyak istilah teknis yang rawan disalahartikan, baik oleh tertanggung maupun tenaga pemasaran yang seringkali tidak memiliki kompetensi memadai dalam menjelaskan syarat dan ketentuan polis secara utuh. Kedua, sengketa kerap timbul bukan hanya karena niat buruk salah satu pihak, tetapi juga karena kurangnya komunikasi yang terbuka dan dokumentasi yang memadai. Ketiga, dalam era digital, pola klaim dan risiko juga berkembang semakin rumit, sehingga peluang kesalahpahaman pun meningkat. Dengan mempelajari secara cermat apa saja penyebab sengketa, kita bisa membangun sistem pencegahan

yang lebih efektif sekaligus memperkuat edukasi bagi seluruh pemangku kepentingan.

Tulisan ini disusun untuk menjadi rujukan komprehensif yang menjabarkan secara sistematis 101 penyebab sengketa asuransi, mulai dari tahap *pre-sales* hingga pasca-klaim. Dengan pemahaman detail, diharapkan setiap pembaca - baik individu maupun korporasi - dapat lebih berhati-hati dalam menyusun kontrak, memastikan kejelasan perjanjian, dan menjalankan kewajiban masing-masing pihak dengan itikad baik. Tidak kalah penting, buku ini juga menegaskan bahwa sengketa asuransi bukan hanya perkara kalah dan menang, melainkan kesempatan untuk memperbaiki sistem, prosedur, dan budaya kerja di perusahaan asuransi agar lebih transparan dan responsif.

Selain mengulas penyebab, bagian akhir tulisan ini akan menawarkan berbagai solusi yang aplikatif dan solutif. Solusi-solusi tersebut mencakup pendekatan pencegahan melalui literasi asuransi, optimalisasi proses underwriting, perbaikan komunikasi klaim, hingga mekanisme penyelesaian sengketa secara alternatif, seperti mediasi dan arbitrase. Dengan demikian, para pembaca tidak hanya diajak untuk mengenali masalah, tetapi juga dibekali perspektif praktis agar sengketa serupa bisa dicegah atau diminimalkan di masa depan. Harapannya, asuransi dapat kembali pada fungsi sejatinya: memberikan ketenangan pikiran dan keberlanjutan finansial.

Memahami dan mencegah sengketa asuransi pada akhirnya adalah tanggung jawab bersama. Tidak cukup hanya berharap perusahaan asuransi akan selalu bersikap adil; nasabah pun perlu cermat dalam membaca polis dan memahami hak serta kewajibannya. Dengan kolaborasi, keterbukaan, dan kesadaran

bersama, sengketa yang merugikan kedua belah pihak dapat ditekan serendah mungkin. Tulisan ini hadir sebagai pengingat sekaligus panduan bahwa upaya preventif jauh lebih efektif dan menenangkan dibanding upaya korektif di pengadilan atau lembaga penyelesaian sengketa. Semoga pembaca menemukan pencerahan, pengetahuan, dan keberanian untuk lebih kritis dalam membangun kontrak asuransi yang adil dan transparan.

27.2 Dasar Hukum dan Prinsip Dasar Kontrak Asuransi

1. Pengertian dan Prinsip *Utmost Good Faith*

Seperti yang telah dibahas pada bab sebelumnya, kontrak asuransi memiliki karakteristik unik yang membedakannya dari perjanjian-perjanjian lain dalam hukum perdata. Pada dasarnya, kontrak asuransi adalah kesepakatan di mana satu pihak, yaitu penanggung, berjanji akan memberikan penggantian kerugian atau manfaat tertentu kepada pihak lain, yaitu tertanggung, sebagai imbalan atas pembayaran premi. Namun, kontrak ini bukan hanya tentang pertukaran uang dengan janji perlindungan; ia dibangun di atas landasan moral yang dikenal sebagai prinsip *utmost good faith* atau itikad baik tertinggi. Prinsip ini menghendaki kedua belah pihak bersikap jujur, terbuka, dan saling percaya tanpa menyembunyikan fakta material yang dapat mempengaruhi keputusan pihak lain dalam mengadakan kontrak. Tanpa itikad baik, pondasi kontrak asuransi akan rapuh, dan sengketa sangat mudah terjadi.

Prinsip *utmost good faith* lahir dari kenyataan bahwa asuransi bersandar pada asimetri informasi yang cukup besar. Tertanggung biasanya lebih tahu keadaan subjek pertanggungan - misalnya kesehatan dirinya, kondisi properti, atau risiko kegiatan

bisnisnya - sedangkan penanggung memiliki keahlian aktuarial dan finansial untuk mengukur risiko dan menentukan premi. Agar transaksi berlangsung adil, tertanggung wajib mengungkapkan semua fakta material secara jujur dan lengkap, sementara penanggung berkewajiban menjelaskan hak, kewajiban, dan pengecualian polis secara transparan. Kegagalan salah satu pihak dalam memenuhi kewajiban ini kerap berujung pada perselisihan, pembatalan polis, atau penolakan klaim yang menimbulkan ketidakpuasan.

Pengadilan di banyak yurisdiksi, termasuk Indonesia, memandang prinsip *utmost good faith* sebagai norma fundamental yang tidak bisa dinegosiasikan. Mahkamah Agung melalui berbagai putusan telah menegaskan bahwa kelalaian mengungkapkan fakta material dapat menjadi dasar sah bagi penanggung untuk menolak klaim atau membatalkan polis. Namun, prinsip ini juga memuat keseimbangan: penanggung tidak boleh memanfaatkan ketidaktahuan tertanggung untuk menyisipkan klausul yang tidak dijelaskan dengan wajar. Oleh karena itu, perusahaan asuransi dituntut memiliki sistem edukasi dan transparansi yang memadai agar itikad baik menjadi praktik nyata, bukan hanya slogan di brosur pemasaran.

Prinsip utmost good faith juga berkembang seiring kemajuan teknologi dan regulasi perlindungan konsumen. Kini, di banyak negara, standar keterbukaan tidak lagi sekadar beban tertanggung untuk mengungkap, tetapi beban penanggung untuk bertanya secara jelas. Prinsip ini dikenal dengan istilah *duty to make fair presentation of the risk*, yang lebih progresif karena mewajibkan perusahaan asuransi proaktif mengonfirmasi informasi penting. Evolusi ini membuat industri perasuransian

makin profesional, meskipun tetap tidak menutup peluang sengketa ketika interpretasi fakta material menjadi subyektif.

Bagi nasabah, memahami prinsip utmost good faith adalah langkah pertama agar tidak terjebak dalam situasi sulit saat klaim diajukan. Dengan memahami kewajiban *disclosure*, tertanggung bisa memastikan informasi diberikan secara lengkap, terdokumentasi, dan dapat diverifikasi. Sementara bagi perusahaan asuransi, prinsip ini menjadi panggilan moral dan legal untuk menegakkan integritas. Jika kedua belah pihak memegang teguh itikad baik, potensi sengketa akan jauh berkurang, dan kontrak asuransi akan berfungsi sebagaimana mestinya: sebagai jaring pengaman yang memberi rasa aman.

2. KUHD dan KUHPerdata dalam Kontrak Asuransi

Hukum perikatan di Indonesia bersumber dari dua kitab undang-undang utama, yaitu KUHPerdata dan KUHD (Kitab Undang-Undang Hukum Dagang). Kontrak asuransi, meskipun secara umum tunduk pada ketentuan KUHPerdata mengenai perjanjian, memiliki karakter khusus yang diatur secara rinci dalam KUHD, khususnya Buku I Bab 9 yang memuat pasal-pasal mengenai asuransi kerugian dan asuransi jiwa. KUHD Pasal 246 mendefinisikan asuransi sebagai perjanjian dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kerugian yang diderita akibat suatu peristiwa yang belum pasti. Definisi ini menegaskan unsur utama asuransi: adanya ketidakpastian, pengalihan risiko, dan pembayaran premi sebagai imbalannya.

KUHD juga mengatur aspek lain yang sangat penting dalam praktik asuransi, yaitu mengenai kewajiban *disclosure* di Pasal

251. Pasal ini menyebutkan bahwa setiap keterangan yang tidak benar atau tidak lengkap yang diberikan oleh tertanggung mengenai keadaan yang diketahui, dan yang sedemikian rupa sehingga jika diketahui oleh penanggung perjanjian tidak akan dibuat atau akan dibuat dengan syarat-syarat lain, mengakibatkan batalnya polis. Artinya, ketidakjujuran atau kelalaian dalam memberikan keterangan tidak hanya menjadi kesalahan etik, tetapi berdampak hukum yang konkret: hilangnya hak atas klaim. Ketentuan ini menjadi landasan hukum bagi perusahaan asuransi untuk menolak klaim berdasarkan misrepresentasi atau *non-disclosure*.

Di sisi lain, KUHPerdata Pasal 1320 menetapkan syarat sah perjanjian secara umum, yaitu: kesepakatan, kecakapan, objek tertentu, dan causa yang halal. Dalam kontrak asuransi, kesepakatan sering menjadi titik rawan ketika tertanggung merasa tidak pernah diberi informasi memadai atau merasa ditekan dalam proses tanda tangan polis. Sengketa pun muncul ketika tertanggung berargumen bahwa perjanjian cacat kehendak atau tidak memenuhi unsur kesepakatan bebas. Karena itu, pemahaman Pasal 1320 harus berjalan beriringan dengan Pasal 251 KUHD agar kontrak asuransi sah secara formil maupun materiil.

Selain KUHD dan KUHPerdata, praktik asuransi di Indonesia juga diwarnai regulasi sektoral dari OJK dan ketentuan lain seperti Undang-Undang Perlindungan Konsumen. Dinamika ini menunjukkan bahwa kontrak asuransi tidak bisa dilihat hanya sebagai perjanjian privat, tetapi memiliki dimensi publik yang menuntut perlindungan terhadap pihak yang lebih lemah (tertanggung). Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu memastikan kepatuhan terhadap seluruh spektrum hukum, bukan hanya KUHD dan KUHPerdata secara tekstual.

Memahami posisi KUHD dan KUHPerdata dalam kontrak asuransi akan membantu semua pihak menghindari kesalahpahaman. Tertanggung perlu sadar bahwa setiap informasi yang diabaikan bisa menjadi celah penolakan klaim. Penanggung pun harus menyadari tanggung jawabnya untuk menjelaskan ketentuan polis dengan transparan. Kolaborasi inilah yang menjadi pondasi bagi kontrak asuransi yang sehat dan minim sengketa.

3. Hak dan Kewajiban Penanggung dan Tertanggung

Kontrak asuransi menciptakan hubungan timbal balik yang mengikat kedua belah pihak pada hak dan kewajiban yang seimbang. Tertanggung memiliki hak utama untuk memperoleh perlindungan finansial sebagaimana tercantum dalam polis, hak untuk menerima informasi yang jelas mengenai produk, serta hak untuk mengajukan klaim secara adil. Di sisi lain, tertanggung juga berkewajiban membayar premi tepat waktu, memberikan keterangan yang jujur dan lengkap mengenai risiko, serta memberitahukan perubahan material yang terjadi selama masa pertanggungan. Kewajiban disclosure inilah yang menjadi salah satu titik rawan sengketa, karena sering diabaikan oleh nasabah dengan dalih ketidaktahuan.

Penanggung, sebagai perusahaan asuransi, memiliki hak menerima premi sesuai kesepakatan serta hak untuk memperoleh informasi yang lengkap dan benar terkait risiko yang ditanggung. Namun, hak tersebut diimbangi kewajiban yang sangat besar: menyampaikan penjelasan polis secara transparan, melaksanakan kewajiban pembayaran klaim secara tepat waktu, dan memberikan pelayanan yang profesional. Dalam perspektif hukum, perusahaan asuransi juga memikul tanggung jawab moral untuk tidak menciptakan kondisi yang menyesatkan

atau mis-selling, yang dapat membuat tertanggung merasa tertipu. Sengketa kerap timbul ketika tertanggung merasa hak-haknya diabaikan atau dikurangi secara sepihak.

Salah satu tantangan terbesar dalam menjaga keseimbangan hak dan kewajiban ini terletak pada komunikasi. Tidak jarang, polis asuransi ditulis dalam bahasa hukum yang rumit dan sulit dipahami oleh masyarakat awam. Akibatnya, tertanggung sering menandatangani kontrak tanpa pemahaman penuh mengenai kewajibannya, terutama soal pengecualian klaim. Ketika risiko terjadi dan klaim ditolak dengan alasan yang tidak familiar, sengketa pun meledak. Oleh sebab itu, edukasi dan literasi asuransi menjadi kunci agar hak dan kewajiban kedua belah pihak terlaksana secara adil.

Perusahaan asuransi idealnya memfasilitasi proses komunikasi yang proaktif, bukan hanya menunggu tertanggung bertanya. Penjelasan harus disertai ilustrasi yang mudah dipahami dan konfirmasi tertulis bahwa informasi sudah diberikan secara lengkap. Hal ini tidak hanya menjadi praktik bisnis yang baik, tetapi juga cara strategis untuk mencegah sengketa yang merusak reputasi. Regulasi pun semakin ketat dalam memastikan perusahaan asuransi memenuhi kewajiban transparansi ini.

Dengan memahami hak dan kewajiban secara utuh, baik tertanggung maupun penanggung dapat lebih siap menjalankan kontrak asuransi dalam itikad baik. Sengketa yang muncul bukan berarti kegagalan sistem sepenuhnya, tetapi lebih sering akibat pengabaian terhadap kewajiban mendasar. Jika semua pihak berpegang teguh pada prinsip keterbukaan dan kesadaran hukum, potensi konflik dapat ditekan secara signifikan.

4. Peran Regulasi OJK dan LAPS SJK

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) memiliki mandat penting sebagai pengawas industri perasuransian di Indonesia. Regulasi OJK tidak hanya mengatur pendirian dan operasional perusahaan asuransi, tetapi juga menetapkan standar perlindungan konsumen dan mekanisme penyelesaian sengketa. Salah satu instrumen penting adalah POJK yang mengatur kewajiban transparansi informasi, tata kelola perusahaan asuransi, serta prosedur penanganan pengaduan nasabah. Dengan regulasi ini, diharapkan perusahaan asuransi tidak hanya fokus pada target bisnis, tetapi juga menjunjung etika dan tanggung jawab sosial untuk melindungi kepentingan tertanggung.

Selain OJK, Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) menjadi garda depan penyelesaian sengketa non-litigasi. LAPS SJK hadir sebagai *platform* mediasi dan arbitrase yang netral dan profesional, sehingga nasabah yang merasa dirugikan dapat memperoleh penyelesaian tanpa harus melalui proses pengadilan yang panjang dan mahal. Prosedur di LAPS SJK lebih cepat dan bersifat *win-win solution*, karena mendorong kesepakatan damai yang memuaskan kedua belah pihak. Inovasi ini menjadi tonggak penting dalam meningkatkan kepercayaan publik terhadap industri perasuransian.

Namun, implementasi regulasi seringkali menghadapi tantangan di lapangan. Tidak semua nasabah memahami haknya untuk mengajukan pengaduan ke OJK atau LAPS SJK. Banyak juga perusahaan asuransi yang masih minim sosialisasi prosedur pengaduan. Akibatnya, sengketa yang seharusnya bisa diselesaikan secara damai justru berujung pada litigasi, yang pada gilirannya memperburuk citra asuransi di mata

masyarakat. Oleh sebab itu, literasi regulasi menjadi hal yang tak kalah penting dibanding literasi produk.

OJK secara berkala menerbitkan ketentuan baru untuk menyesuaikan perkembangan risiko dan teknologi. Misalnya, regulasi terkait digitalisasi pemasaran asuransi dan perlindungan data pribadi konsumen. Bagi perusahaan asuransi, kepatuhan terhadap regulasi ini bukan sekadar kewajiban administratif, melainkan prasyarat reputasi dan keberlanjutan bisnis. Bagi konsumen, regulasi ini menjadi jaminan bahwa hak-hak mereka dilindungi dengan standar yang lebih tinggi.

Dengan peran aktif OJK dan LAPS SJK, diharapkan sengketa asuransi dapat diminimalkan, dan apabila terjadi, penyelesaiannya bisa lebih adil, cepat, dan transparan. Ke depan, kolaborasi antara regulator, pelaku industri, dan masyarakat akan menjadi fondasi penting agar industri perasuransian tumbuh sehat dan dipercaya publik.

5. Etika Bisnis dalam Asuransi

Etika bisnis menjadi landasan moral sekaligus kompas perilaku dalam industri perasuransian. Di tengah persaingan pasar yang ketat, tekanan untuk mencapai target premi sering membuat perusahaan asuransi tergoda mengambil jalan pintas, seperti praktik mis-selling, penundaan klaim tanpa alasan sah, atau menutupi klausul pengecualian secara sengaja. Semua praktik ini pada akhirnya memicu sengketa yang tidak hanya merugikan nasabah, tetapi juga mencoreng reputasi perusahaan. Etika bisnis menuntut agar perusahaan asuransi tidak sekadar patuh pada hukum tertulis, tetapi juga pada nilai-nilai kejujuran, tanggung jawab, dan kepedulian terhadap kepentingan nasabah.

Salah satu pilar etika bisnis adalah prinsip keterbukaan informasi. Penjelasan produk asuransi harus dilakukan secara jujur, lengkap, dan seimbang, bukan sekadar menonjolkan manfaat sambil menyembunyikan risiko. Ketika tertanggung merasa tertipu oleh iklan atau janji manis agen, kontrak kehilangan legitimasi moralnya. Etika bisnis juga menekankan pentingnya empati dalam proses klaim. Nasabah yang sedang mengalami musibah layak diperlakukan dengan penuh penghargaan dan perhatian, bukan sekadar menjadi nomor antrian yang diurus secara mekanis.

Selain itu, etika bisnis mengharuskan perusahaan asuransi menciptakan mekanisme pengaduan yang mudah diakses dan benar-benar dijalankan. Pengaduan tidak boleh dianggap ancaman, melainkan kesempatan memperbaiki pelayanan. Dalam perspektif manajemen risiko reputasi, penanganan pengaduan yang cepat dan tulus sering kali lebih efektif menyelamatkan citra perusahaan dibanding kampanye pemasaran mahal.

Praktik etika bisnis juga menyentuh aspek internal perusahaan: bagaimana agen dan staf klaim dilatih, bagaimana target kerja ditetapkan, dan bagaimana insentif dirancang agar tidak mendorong perilaku tidak etis. Perusahaan yang mengutamakan integritas akan berupaya menciptakan budaya kerja yang memuliakan nasabah sebagai mitra, bukan sekadar sumber pendapatan. Langkah-langkah sederhana, seperti kejelasan dokumentasi, transparansi prosedur, dan empati dalam komunikasi, seringkali menjadi pembeda utama antara perusahaan asuransi yang dihormati dengan yang dibenci publik.

Etika bisnis tidak dapat dipisahkan dari upaya pencegahan sengketa. Sengketa biasanya tumbuh dari benih ketidakadilan kecil yang dibiarkan berlarut-larut. Jika setiap insan di perusahaan

asuransi memegang teguh nilai kejujuran dan kepedulian, potensi sengketa akan berkurang drastis. Karena itu, tulisan ini akan terus menekankan: di balik setiap kontrak, selalu ada dimensi moral yang menentukan kualitas hubungan antara penanggung dan tertanggung.

27.3 Klasifikasi Sengketa Asuransi

1. Sengketa Pra-Penutupan Polis

Sengketa pra-penutupan polis merupakan jenis konflik yang akar masalahnya muncul jauh sebelum kontrak asuransi resmi ditandatangani. Tahap ini seharusnya menjadi momen edukasi, klarifikasi, dan pencarian kesesuaian kebutuhan antara calon tertanggung dan perusahaan asuransi. Namun, dalam praktik di lapangan, proses pra-penutupan justru sering menjadi ladang subur bagi sengketa yang meletup di kemudian hari. Salah satu penyebab paling signifikan ialah rendahnya kualitas kompetensi dan integritas para pemasar atau agen asuransi. Banyak agen tidak memahami prinsip needs-based selling—penjualan berbasis kebutuhan nasabah—melainkan hanya mengejar target produksi premi yang ditetapkan perusahaan. Akibatnya, calon nasabah kerap disuguhi janji manis, iming-iming keuntungan tidak realistis, atau penjelasan yang sengaja disederhanakan demi mempercepat penutupan polis.

Lebih dari itu, pola rekrutmen tenaga pemasar yang berorientasi kuantitas semakin memperburuk keadaan. Banyak perusahaan asuransi membuka peluang agen secara massal, dengan standar seleksi yang sangat longgar. Fokus utama terletak pada seberapa cepat seseorang bisa mulai menjual, bukan seberapa dalam ia memahami produk dan

regulasi yang mengaturnya. Proses pelatihan pun sering kali bersifat singkat, formalitas, dan menekankan hafalan manfaat polis ketimbang pemahaman risiko dan pengecualian. Dalam atmosfer kerja seperti ini, agen yang baru direkrut cenderung terbiasa menyembunyikan fakta penting, menutup-nutupi klausul merugikan, atau memberikan ilustrasi yang menyesatkan. Sengketa pun menjadi konsekuensi yang nyaris pasti.

Salah satu pola sengketa pra-penutupan polis yang sering muncul ialah ketidakcocokan antara profil risiko calon tertanggung dan produk yang dijual. Banyak agen memaksakan produk unit link dengan skema investasi kompleks kepada calon nasabah yang sebenarnya hanya membutuhkan proteksi dasar jiwa atau kesehatan. Ketika klaim ditolak karena tidak memenuhi syarat minimum saldo nilai tunai, atau ketika investasi anjlok, nasabah merasa tertipu. Sebagian besar sengketa semacam ini tidak akan terjadi bila agen melakukan analisis kebutuhan asuransi (insurance needs analysis) secara profesional dan terdokumentasi. Sayangnya, kesadaran ini sering kali dikalahkan oleh godaan komisi besar.

Selain itu, kesenjangan literasi keuangan masyarakat Indonesia turut memperparah sengketa pra-polis. Nasabah yang awam cenderung pasif dan menganggap penjelasan agen sudah benar sepenuhnya. Mereka jarang membaca ilustrasi manfaat secara teliti, apalagi mengecek ringkasan polis. Agen yang tidak berintegritas memanfaatkan situasi ini dengan sengaja melewatkan aspek-aspek penting, seperti masa tunggu manfaat kesehatan, ketentuan pengecualian kondisi pra-eksisting, atau batas maksimal klaim. Ketika risiko terjadi, rasa kecewa bercampur marah pun meledak. Sengketa menjadi tak terhindarkan karena masing-masing pihak merasa benar.

Aspek lain yang kerap memicu sengketa adalah janji pengembalian premi atau cash back yang tidak pernah dijelaskan sebagai opsi khusus dengan syarat tertentu. Agen sering menjual konsep “asuransi gratis karena premi akan kembali 100%” tanpa memberikan klarifikasi bahwa hal ini hanya berlaku bila polis tetap aktif hingga akhir masa kontrak, atau bahwa nominal pengembalian belum tentu sama persis akibat potongan biaya akuisisi dan risiko investasi. Nasabah yang tidak memahami detail ini akhirnya merasa dirugikan, meski perusahaan asuransi berdalih telah mencantumkan semua ketentuan dalam polis.

Perusahaan asuransi sebetulnya memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan seluruh materi pemasaran memenuhi prinsip keterbukaan. Namun, supervisi yang lemah terhadap materi presentasi dan skrip agen menjadi sumber masalah yang terus-menerus berulang. Banyak materi presentasi disiapkan oleh agen sendiri tanpa pengecekan divisi kepatuhan. Dalam konteks ini, pola pelatihan yang menekankan agresivitas penjualan tanpa kesadaran etis jelas menjadi biang kerok. Sengketa pra-polis pun menjadi warisan sistem yang lebih besar daripada sekadar kesalahan individu agen.

Sengketa pra-penutupan polis juga sering dipicu oleh proses tanda tangan dokumen yang serampangan. Tidak sedikit calon nasabah yang diminta menandatangani blanko aplikasi kosong dengan janji “nanti akan diisi oleh staf.” Praktik ini melanggar prinsip utmost good faith dan menjadi celah bagi penanggung untuk membantah klaim bahwa nasabah sudah memahami isian formulir. Ketika kemudian terjadi sengketa, pembuktian kebenaran dokumen menjadi sangat sulit karena minimnya jejak tertulis dan bukti komunikasi yang sah.

Aspek rekaman percakapan dan dokumentasi digital pun sering diabaikan. Padahal, dalam banyak kasus sengketa di luar negeri, rekaman penjelasan agen menjadi bukti kunci bagi pengadilan untuk menilai apakah tertanggung telah diberi penjelasan memadai. Kurangnya prosedur ini di Indonesia membuat sengketa pra-penutupan polis sering bergulir menjadi konflik berkepanjangan tanpa dasar pembuktian kuat. Perusahaan asuransi yang ingin mengurangi risiko sengketa harus berinvestasi dalam sistem dokumentasi elektronik dan memastikan agen selalu melakukan disclosure terdokumentasi.

Sengketa jenis ini meninggalkan dampak reputasi yang berat. Nasabah yang kecewa tidak hanya berhenti menjadi klien tetapi juga sering berbagi pengalaman negatif secara luas, baik melalui media sosial maupun komunitas. Citra perusahaan asuransi pun tercoreng. Dalam jangka panjang, persepsi negatif itu menyulitkan akuisisi nasabah baru. Karena itu, pencegahan sengketa pra-polis melalui rekrutmen berkualitas, pelatihan mendalam, supervisi ketat, dan edukasi nasabah menjadi prioritas mutlak bagi industri yang ingin bertahan dalam era keterbukaan informasi.

Akhirnya, sengketa pra-penutupan polis bukan sekadar akibat kesalahan individu, melainkan kegagalan ekosistem asuransi dalam menciptakan budaya penjualan berbasis kebutuhan, edukasi, dan integritas. Jika sistem ini tidak dibenahi, maka sengketa semacam ini akan terus menjadi bom waktu yang merusak reputasi industri perasuransian Indonesia.

2. Sengketa Saat Masa Polis Berjalan

Sengketa yang muncul saat masa polis berjalan sering kali berkaitan dengan perubahan keadaan risiko yang tidak

dilaporkan oleh tertanggung atau ketidaksepahaman mengenai kewajiban administratif. Pada dasarnya, kontrak asuransi bukanlah perjanjian statis; ia melekat pada kondisi risiko yang dapat berubah sewaktu-waktu. Misalnya, pada asuransi properti, tertanggung berkewajiban memberi tahu jika bangunan direnovasi besar-besaran, atau pada asuransi kesehatan, tertanggung wajib melaporkan kondisi penyakit yang baru terdiagnosis. Ketika kewajiban pelaporan ini diabaikan, perusahaan asuransi dapat berargumen bahwa risiko meningkat sehingga hak klaim berkurang atau gugur sama sekali. Sengketa pun tak terelakkan karena nasabah kerap merasa perusahaan mencari-cari alasan untuk menghindar dari kewajiban membayar klaim.

Selain itu, sengketa juga muncul karena kesalahpahaman mengenai kewajiban pembayaran premi lanjutan. Banyak nasabah yang mengira cukup membayar premi pertama saja untuk mendapatkan proteksi berkelanjutan, padahal polis mensyaratkan pembayaran rutin agar tetap aktif. Pada produk unit link, misalnya, jika nilai investasi anjlok sementara nasabah berhenti menyetor premi, saldo tidak cukup untuk membayar biaya asuransi. Tiba-tiba, polis menjadi lapse atau batal. Ketika risiko terjadi, tertanggung kaget mendapati polis sudah tidak aktif, dan klaim pun ditolak. Sengketa macam ini sebagian besar bisa dicegah dengan pengawasan berkala dan pemberitahuan tertulis dari penanggung.

Sengketa saat masa polis berjalan juga kerap berakar pada perubahan data yang tidak segera diperbaharui, misalnya perubahan alamat surat-menyurat, nomor kontak, atau status kepesertaan dalam polis kumpulan. Komunikasi menjadi terputus, sehingga informasi penting tidak sampai kepada tertanggung. Banyak kasus di mana surat peringatan lapse premi tidak pernah diterima nasabah karena alamat sudah pindah.

Perusahaan asuransi merasa sudah menjalankan kewajiban dengan mengirimkan surat, sedangkan nasabah merasa tidak pernah diberi tahu. Sengketa pun timbul karena perbedaan persepsi mengenai siapa yang bertanggung jawab memperbarui data.

Ketika terjadi perubahan risiko yang signifikan, seperti berpindah pekerjaan ke profesi berbahaya atau modifikasi kendaraan pada asuransi kendaraan bermotor, perusahaan asuransi berhak menyesuaikan premi atau syarat polis. Namun, dalam praktik, perusahaan sering tidak cukup proaktif meminta konfirmasi tertulis dari nasabah. Akibatnya, ketika risiko terjadi, perusahaan asuransi tiba-tiba menerapkan klausul pembatasan yang belum pernah dikomunikasikan secara eksplisit. Sengketa semacam ini sering berlarut-larut karena nasabah menolak menerima pengurangan manfaat tanpa pemberitahuan resmi.

Di beberapa produk, misalnya asuransi kesehatan kumpulan, perubahan kebijakan perusahaan (employer) yang menjadi pemegang polis utama juga sering memicu sengketa. Perusahaan asuransi kadang berdalih bahwa kewajiban komunikasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab perusahaan klien, bukan penanggung langsung. Bagi individu tertanggung, argumen ini tidak selalu adil, karena mereka merasa tidak pernah diberi kesempatan memilih. Sengketa kolektif pun kerap muncul, apalagi ketika manfaat asuransi menjadi bagian penting kompensasi kerja.

Sengketa saat masa polis berjalan juga terjadi pada asuransi kredit jiwa. Ketika tertanggung membayar cicilan pinjaman, seringkali ia tidak menyadari bahwa polis asuransi kredit yang dibayarkan melalui lembaga pembiayaan telah kadaluwarsa atau tidak diperpanjang. Saat meninggal dunia, ahli waris baru

menyadari tidak ada proteksi aktif. Sengketa muncul karena perusahaan asuransi dan lembaga pembiayaan saling lempar tanggung jawab atas pemberitahuan status polis.

Bentuk lain sengketa adalah ketidaksesuaian data penerima manfaat atau perubahan ahli waris yang tidak didaftarkan secara resmi. Ketika klaim diajukan, muncul konflik internal keluarga yang menuntut perusahaan asuransi mengakui surat pernyataan lisan atau dokumen tidak sah. Sengketa jenis ini sering berlarut-larut hingga pengadilan karena perusahaan hanya akan memproses klaim sesuai dokumen terakhir yang sah.

Selanjutnya, banyak sengketa juga bersumber dari interpretasi yang berbeda mengenai pengecualian risiko. Tertanggung merasa telah memenuhi semua kewajiban, sementara perusahaan asuransi memegang bukti bahwa risiko yang terjadi termasuk pengecualian. Perbedaan tafsir ini terutama muncul pada polis yang ditulis dalam bahasa legalistik yang sulit dipahami. Sengketa makin rumit bila dokumentasi komunikasi selama masa polis berjalan minim atau tidak terdokumentasi secara sistematis.

Sengketa pada tahap ini lebih sering terjadi karena kelemahan komunikasi dua arah ketimbang niat buruk. Karena itu, perusahaan asuransi perlu membangun sistem pengingat digital, rekam jejak komunikasi, dan edukasi nasabah secara berkala. Tertanggung pun harus aktif memastikan data dan kewajiban administratifnya selalu diperbarui. Dengan komitmen kedua belah pihak, sengketa di tahap masa polis berjalan bisa ditekan secara signifikan.

3. Sengketa Proses Klaim

Sengketa dalam proses klaim adalah jenis konflik yang paling banyak muncul ke permukaan publik karena menyangkut ekspektasi utama nasabah: menerima pembayaran manfaat sesuai janji polis. Tahap ini menjadi ujian kepercayaan yang sangat menentukan citra perusahaan asuransi. Banyak nasabah yang merasa proses klaim terlalu rumit, lama, dan dipenuhi syarat tambahan yang seolah-olah dibuat untuk mempersulit. Di sisi lain, perusahaan asuransi berpegang pada prosedur investigasi risiko yang sah sesuai regulasi. Persoalan mulai muncul ketika penjelasan prosedur tidak memadai, atau komunikasi antar pihak berjalan buruk. Sengketa pun timbul karena perbedaan persepsi antara nasabah yang merasa klaim seharusnya segera cair dengan perusahaan yang merasa perlu verifikasi tambahan.

Salah satu penyebab utama sengketa klaim ialah ketidaklengkapan dokumen pendukung yang diwajibkan oleh polis. Dalam banyak kasus, nasabah menganggap bahwa bukti seperti surat keterangan dokter atau laporan kepolisian hanyalah formalitas, sehingga tidak diajukan dengan lengkap. Ketika klaim ditunda atau ditolak, nasabah merasa dipermainkan. Sering kali, perbedaan persepsi ini diperburuk oleh sikap petugas klaim yang tidak empatik atau kurang komunikatif dalam menjelaskan alasan penundaan. Akibatnya, proses klaim yang seharusnya transparan menjadi ajang saling tuduh dan hilangnya kepercayaan.

Selain soal dokumen, interpretasi klausul pengecualian juga menjadi lahan sengketa yang pelik. Polis asuransi umumnya memuat daftar panjang pengecualian risiko, misalnya kondisi pra-eksisting, tindakan melawan hukum, atau kejadian di bawah pengaruh alkohol. Tertanggung sering kali tidak memahami detail pengecualian ini ketika membeli polis. Ketika klaim terjadi, perusahaan asuransi menolak pembayaran dengan dasar

klausul pengecualian, sementara nasabah merasa tidak pernah diberi tahu secara jelas. Sengketa pun meletus karena nasabah merasa haknya dikebiri tanpa alasan yang wajar.

Konflik juga kerap terjadi dalam penilaian nilai kerugian. Pada asuransi kerugian atau properti, proses klaim sering melibatkan jasa loss adjuster independen untuk menaksir jumlah ganti rugi. Ketika taksiran jauh lebih rendah dari perkiraan nasabah, ketidakpuasan pun muncul. Beberapa nasabah mencurigai adanya konspirasi antara perusahaan asuransi dan loss adjuster untuk menekan nilai klaim. Meskipun sebagian besar tuduhan ini tidak terbukti, ketidaktransparanan proses investigasi klaim menjadi pemicu persepsi negatif yang sulit dikoreksi.

Dalam asuransi jiwa atau kesehatan, sengketa proses klaim sering muncul karena perbedaan penafsiran tentang masa tunggu (waiting period) atau syarat kelayakan manfaat. Misalnya, polis menetapkan klaim penyakit kritis baru berlaku setelah 90 hari, tetapi nasabah merasa risiko terjadi sebelum itu pun sudah seharusnya dijamin. Kurangnya edukasi tentang masa tunggu menjadi pemantik kekecewaan yang meledak ketika klaim resmi ditolak.

Sengketa juga bisa terjadi karena lambannya proses klaim. Dalam praktik ideal, perusahaan asuransi memiliki SLA (Service Level Agreement) yang menetapkan jangka waktu tertentu untuk menyelesaikan klaim. Namun, tidak sedikit klaim yang melewati tenggat waktu tanpa penjelasan memadai. Nasabah yang sedang dalam kondisi darurat finansial merasakan beban psikologis yang berat. Ketika perusahaan asuransi tidak proaktif memberi kabar perkembangan, sengketa menjadi sulit dicegah.

Persoalan lain yang memicu sengketa klaim adalah perbedaan data antara dokumen pengajuan dan data polis yang

dimiliki perusahaan asuransi. Misalnya, nama ahli waris atau alamat pembayaran manfaat yang tidak sesuai. Proses verifikasi tambahan sering memakan waktu lama, padahal nasabah merasa sudah memberikan informasi sejak awal. Ketiadaan sistem konfirmasi data secara berkala menjadi sumber gesekan yang terus berulang di industri perasuransian.

Di era digital, sengketa klaim juga terjadi ketika sistem e-claim atau aplikasi digital gagal memproses data secara akurat. Banyak nasabah yang frustrasi karena pengajuan klaim online berkali-kali gagal, atau karena platform digital tidak menyediakan opsi komunikasi dua arah dengan petugas klaim. Kurangnya kesiapan perusahaan asuransi dalam transformasi digital ini menciptakan celah baru bagi sengketa.

Selain konflik administratif, sengketa klaim sering dipicu oleh ekspektasi yang tidak realistis dari nasabah. Banyak yang beranggapan bahwa asuransi adalah “tabungan pasti cair” tanpa memahami syarat risiko yang dijamin. Kesalahan ekspektasi ini sebagian besar bersumber dari edukasi pemasaran yang dangkal sejak awal. Sengketa klaim pun menjadi puncak dari proses yang tidak sehat sejak proses pra-penutupan polis.

Untuk meminimalkan sengketa proses klaim, perusahaan asuransi perlu membangun budaya layanan yang empatik, proaktif, dan terdokumentasi dengan baik. Sementara itu, nasabah perlu dibekali literasi asuransi yang memadai agar memahami hak dan kewajiban secara realistis. Kedua pihak memikul tanggung jawab bersama untuk memastikan proses klaim berjalan adil, cepat, dan transparan.

4. Sengketa Pasca Pembayaran Klaim

Sengketa pasca pembayaran klaim mungkin tampak jarang terjadi, tetapi dalam praktik, jenis konflik ini sering muncul dalam bentuk keberatan atas nilai yang dibayarkan, ketidakpuasan terhadap cara pembayaran, atau perselisihan antar ahli waris. Biasanya, sengketa ini timbul setelah klaim secara resmi telah dibayar oleh perusahaan asuransi, namun pihak penerima manfaat merasa haknya belum terpenuhi sepenuhnya. Misalnya, pada asuransi jiwa, ahli waris kerap memperdebatkan siapa yang sah menerima manfaat jika ada lebih dari satu pihak yang merasa berhak. Sengketa pun berlanjut ke ranah hukum keluarga yang rumit dan melelahkan.

Salah satu penyebab sengketa pasca klaim adalah ketidaksesuaian nilai pembayaran dengan perkiraan tertanggung. Dalam polis asuransi kerugian, misalnya, perhitungan nilai ganti rugi kerap melibatkan depresiasi atau faktor penyusutan aset yang tidak dipahami nasabah. Ketika pembayaran lebih kecil dari harga beli barang, nasabah merasa dirugikan, meski perusahaan asuransi berpegang pada prinsip indemnity. Sengketa ini sering kali muncul karena edukasi yang lemah tentang dasar perhitungan manfaat sejak awal.

Selain itu, sengketa pasca klaim sering dipicu oleh potongan biaya administrasi yang tidak dijelaskan dengan gamblang. Nasabah yang menerima klaim mencurigai adanya potongan tersembunyi atau biaya tambahan yang dianggap tidak sah. Meski dalam polis tercantum jelas klausul potongan biaya tertentu, banyak nasabah mengaku tidak pernah membacanya secara detail. Ketidakpuasan pun menjalar menjadi sengketa reputasi yang melibatkan keluhan di media sosial.

Dalam asuransi kesehatan, sengketa pasca klaim muncul ketika perusahaan asuransi melakukan audit pembayaran manfaat secara retrospektif. Jika ditemukan ketidaksesuaian data rawat inap atau dokumen pendukung yang dinilai palsu, perusahaan asuransi kadang menuntut pengembalian sebagian atau seluruh dana klaim. Nasabah yang terkejut menghadapi tuntutan pengembalian dana merasa dipermalukan dan dizalimi. Sengketa pun melebar dari ranah administratif ke konflik hukum.

Sengketa juga timbul saat perusahaan asuransi membayar klaim kepada penerima manfaat yang ternyata sudah tidak sah karena perbedaan data kependudukan. Misalnya, ahli waris yang tercatat dalam polis telah meninggal dunia, tetapi tidak ada pembaruan dokumen. Ketika klaim cair ke rekening lama, pihak keluarga yang lain mengajukan keberatan dan menuntut pembayaran ulang. Proses mediasi dan penyelesaian sering kali memakan waktu panjang dan menguras emosi semua pihak.

Dalam asuransi jiwa yang berkaitan dengan pinjaman, sengketa pasca klaim juga muncul saat bank atau lembaga pembiayaan melakukan offset otomatis terhadap manfaat klaim. Banyak ahli waris yang tidak memahami bahwa perusahaan pembiayaan berhak melunasi saldo utang tertanggung sebelum mencairkan sisa klaim. Akibatnya, nilai yang diterima ahli waris jauh lebih kecil dari perkiraan, memicu kekecewaan yang berkembang menjadi sengketa terbuka.

Ketika klaim sudah dibayarkan, sebagian perusahaan asuransi merasa kewajibannya selesai sepenuhnya. Namun, dari perspektif etika bisnis, tanggung jawab komunikasi purna klaim tetap penting. Kurangnya penjelasan pasca pencairan klaim membuat nasabah merasa diabaikan. Sengketa pun kerap muncul hanya karena pihak asuransi tidak menyediakan jalur komunikasi aktif untuk menjelaskan rincian pembayaran.

Aspek lain sengketa pasca klaim adalah dugaan diskriminasi atau perlakuan tidak adil. Nasabah sering membandingkan kasusnya dengan klaim lain yang menurut mereka dibayar lebih tinggi dalam kondisi serupa. Ketika perusahaan asuransi tidak memiliki dokumentasi yang jelas atau tidak menjelaskan dasar perbedaan penilaian risiko, persepsi ketidakadilan akan terus bergaung.

Untuk mencegah sengketa jenis ini, perusahaan asuransi perlu memperkuat dokumentasi komunikasi sepanjang siklus klaim hingga pencairan, termasuk penjelasan rinci tentang cara perhitungan manfaat. Nasabah pun perlu memahami bahwa kewajiban administratif tidak berhenti ketika klaim cair; rekonsiliasi data dan dokumen tetap menjadi tanggung jawab bersama.

5. Sengketa Hubungan Pasca Pemutusan Kontrak

Sengketa hubungan pasca pemutusan kontrak muncul ketika polis sudah secara resmi ditutup atau dibatalkan, tetapi masih ada kewajiban administratif, kewajiban keuangan, atau hak yang belum diselesaikan. Salah satu penyebab utama sengketa jenis ini adalah kebingungan nasabah mengenai hak pengembalian premi atau nilai tunai setelah polis dihentikan. Banyak nasabah yang beranggapan bahwa semua premi harus dikembalikan secara penuh, padahal polis asuransi jiwa unit link dan produk serupa memiliki ketentuan biaya akuisisi yang signifikan. Ketika menerima pengembalian jauh lebih kecil dari total premi yang sudah dibayar, nasabah merasa dirugikan.

Sengketa juga timbul ketika pembatalan polis dilakukan secara sepihak oleh perusahaan asuransi karena premi tidak dibayar dalam periode grace period yang ditetapkan. Nasabah

yang tidak sadar polisnya batal akan merasa terkejut saat kemudian mencoba mengajukan klaim. Perbedaan persepsi mengenai status polis menjadi akar konflik yang panjang. Kurangnya pemberitahuan resmi atau komunikasi yang tercatat secara sah membuat sengketa jenis ini sulit diselesaikan dengan cepat.

Pada asuransi kesehatan kumpulan, pemutusan kontrak oleh perusahaan klien sering memicu sengketa karena karyawan individu tidak diberi kesempatan melanjutkan perlindungan secara pribadi. Akibatnya, ketika risiko muncul setelah masa perlindungan berakhir, karyawan merasa kehilangan hak secara tidak adil. Sengketa semacam ini kerap membawa konsekuensi reputasi yang serius bagi perusahaan asuransi maupun perusahaan pemberi kerja.

Sengketa hubungan pasca pemutusan kontrak juga muncul dalam konteks pinjaman bank yang dilindungi asuransi kredit. Banyak peminjam tidak memahami bahwa penghentian polis asuransi berarti kehilangan perlindungan atas risiko kematian atau cacat total. Ketika risiko terjadi, ahli waris menolak melunasi pinjaman dengan alasan tertanggung memiliki polis asuransi. Perselisihan pun berkembang menjadi konflik antara keluarga tertanggung, bank, dan perusahaan asuransi.

Aspek lain sengketa pasca pemutusan polis adalah sengketa komisi antara agen dan perusahaan asuransi. Ketika polis batal dalam waktu singkat, perusahaan asuransi biasanya menarik kembali komisi yang sudah dibayarkan kepada agen. Agen sering kali menggugat kebijakan ini, terutama jika mereka merasa pembatalan terjadi bukan karena kesalahan pemasaran, melainkan kebijakan internal perusahaan. Sengketa internal semacam ini sering berujung pada proses hukum perdata.

Dalam produk asuransi investasi, sengketa juga muncul ketika nasabah merasa tidak diberi penjelasan memadai mengenai risiko kerugian modal. Setelah polis dihentikan, nilai investasi yang sudah turun menjadi kerugian riil. Sengketa pun timbul karena nasabah merasa perusahaan tidak cukup transparan dalam menjelaskan risiko pasar. Persoalan ini menjadi semakin pelik di tengah rendahnya literasi investasi masyarakat Indonesia.

Ketika hubungan kontrak putus, perusahaan asuransi cenderung mengalihkan perhatian pada polis aktif. Nasabah yang sudah keluar sering merasa diabaikan, padahal masih ada hak administratif yang seharusnya dilayani. Sengketa semacam ini muncul akibat lemahnya standar pelayanan purna kontrak, terutama dalam memberikan penjelasan akhir polis secara tertulis.

Sengketa hubungan pasca pemutusan kontrak juga muncul dari konflik internal keluarga. Misalnya, salah satu ahli waris membatalkan polis tanpa sepengetahuan pihak lain. Ketika klaim terjadi, ahli waris lain merasa haknya dicabut secara tidak sah. Proses verifikasi kepemilikan hak sering kali memakan waktu lama dan memicu ketegangan yang berlarut-larut.

Untuk mencegah sengketa pasca pemutusan kontrak, perusahaan asuransi wajib membangun sistem dokumentasi yang detail dan jalur komunikasi yang mudah diakses. Proses penutupan polis harus disertai penjelasan komprehensif dan bukti tertulis bahwa nasabah memahami semua konsekuensi. Edukasi nasabah secara proaktif menjadi kunci agar konflik serupa tidak terus berulang.

27.4 101 Penyebab Sengketa Asuransi

Penyebab dari Sisi Tertanggung

1. Tidak mengungkapkan fakta material secara jujur saat pengisian aplikasi polis (misrepresentasi)

Salah satu penyebab sengketa yang paling sering terjadi adalah kegagalan tertanggung mengungkapkan fakta material secara jujur saat mengisi aplikasi polis. Dalam asuransi, fakta material berarti segala informasi yang dapat mempengaruhi keputusan perusahaan asuransi dalam menerima risiko atau menetapkan premi. Misalnya, riwayat penyakit tertentu, kebiasaan merokok, pekerjaan berisiko tinggi, atau penggunaan kendaraan di luar keperluan pribadi. Ketika calon tertanggung sengaja atau lalai tidak mencantumkan informasi tersebut, perusahaan asuransi memiliki hak hukum untuk menolak klaim atau membatalkan polis. Sengketa pun timbul karena nasabah merasa sudah membayar premi, sementara perusahaan merasa ditipu.

Kejadian semacam ini kerap bermula dari anggapan keliru bahwa “kalau tidak ditanya, tidak perlu cerita.” Padahal, kewajiban disclosure dalam asuransi bersifat proaktif. Artinya, calon tertanggung wajib mengungkapkan semua kondisi yang relevan, meski petugas tidak secara eksplisit bertanya. Di Indonesia, banyak nasabah yang belum memahami prinsip ini, sehingga mereka menganggap informasi yang disembunyikan tidak menjadi masalah. Namun saat klaim diajukan, perusahaan akan melakukan investigasi menyeluruh yang kerap menemukan ketidaksesuaian data. Akibatnya, rasa kecewa bercampur marah pun muncul karena klaim ditolak.

Contoh sederhana, seseorang membeli asuransi jiwa dan mencentang “tidak” pada pertanyaan tentang kebiasaan merokok, padahal ia merokok satu bungkus per hari. Premi yang dikenakan lebih murah karena profil risiko dinilai lebih sehat. Saat meninggal dunia akibat serangan jantung, klaim diajukan oleh ahli waris. Hasil investigasi medis menunjukkan ada rekam jejak kebiasaan merokok kronis. Perusahaan asuransi pun membatalkan polis berdasarkan prinsip utmost good faith, dengan alasan ada misrepresentasi material. Ahli waris merasa tidak adil, padahal akar masalahnya adalah ketidakjujuran saat pengisian formulir.

Secara hukum, KUHD Pasal 251 mengatur bahwa setiap keterangan tidak benar atau tidak lengkap yang sedemikian rupa sehingga jika diketahui oleh penanggung perjanjian tidak akan dibuat atau akan dibuat dengan syarat lain, mengakibatkan batalnya perjanjian. Artinya, tidak jujur dalam mengisi aplikasi sama saja dengan memberi perusahaan alasan sah untuk menolak tanggung jawab. Karena itu, edukasi tentang kewajiban disclosure wajib menjadi prioritas, agar tertanggung tidak terjebak dalam ilusi “asal bayar premi, klaim pasti cair”. Setelah adanya keputusan Mahkamah Konstitusi pada awal tahun 2025 terkait Pasal 251 KUHD, yang telah dibahas pada bab sebelumnya, maka perusahaan asuransi tidak diperkenankan membatalkan polis dan menolak klaim menggunakan dasar hukum ini.

Ilustrasi sederhana:

Bayangkan Anda ingin meminjam sepeda motor teman. Anda bilang akan memakainya hanya sebentar ke warung, padahal sebenarnya mau bepergian jauh ke luar kota. Ketika motor itu rusak di perjalanan, teman Anda tentu akan marah karena

merasa dibohongi. Dalam asuransi, ketidakjujuran semacam ini menjadi alasan sah untuk membatalkan perlindungan, karena risiko yang dijamin ternyata lebih besar dari yang dilaporkan.

2. Memberikan data palsu atau dimanipulasi untuk memperoleh premi lebih murah

Berbeda dengan sekadar lalai, memberikan data palsu adalah tindakan aktif untuk menipu sistem penilaian risiko perusahaan asuransi. Tujuannya jelas: agar premi yang dikenakan lebih rendah daripada yang seharusnya. Misalnya, calon tertanggung sengaja mencantumkan usia lebih muda, pekerjaan lebih aman, atau status kesehatan lebih baik. Praktik manipulasi data ini menjadi penyebab sengketa yang serius karena perusahaan asuransi akan melakukan verifikasi detail saat klaim diajukan. Begitu ditemukan kebohongan, perusahaan biasanya membatalkan polis secara retroaktif dan menolak klaim. Bagi nasabah, konsekuensinya bukan hanya kehilangan hak klaim, tetapi juga kehilangan semua premi yang sudah dibayarkan.

Fenomena ini sering terjadi dalam asuransi kendaraan bermotor. Banyak orang mendaftarkan mobil sebagai kendaraan pribadi padahal digunakan untuk taksi online. Tujuannya supaya premi lebih murah. Namun ketika terjadi kecelakaan dalam perjalanan mengangkut penumpang, klaim pun ditolak karena polis dinilai tidak berlaku. Nasabah merasa diperlakukan tidak adil, padahal kebohongan sejak awal menjadi akar masalah. Sama halnya pada asuransi kesehatan, calon tertanggung yang mengaku “sehat total” padahal baru saja menjalani rawat inap untuk penyakit serius bisa dipastikan akan menghadapi sengketa klaim di kemudian hari.

Manipulasi data juga bisa berupa pemalsuan dokumen pendukung, seperti surat keterangan sehat palsu, slip gaji palsu untuk memperbesar nilai pertanggungan, atau surat izin kendaraan palsu. Praktik semacam ini tidak hanya memicu sengketa, tetapi juga berpotensi menjadi tindak pidana penipuan. Sayangnya, banyak calon tertanggung yang berpikir tindakan ini sepele dan tidak akan diperiksa. Padahal, prosedur klaim modern melibatkan pemeriksaan rekam medis elektronik, investigasi pihak ketiga, dan verifikasi data silang yang mendetail.

Dalam perspektif perusahaan asuransi, tindakan manipulasi data menjadi ancaman serius bagi keberlangsungan bisnis. Karena itu, perusahaan biasanya mengambil langkah tegas. Sengketa pun menjadi tak terelakkan karena tertanggung merasa dipermalukan dan diperlakukan tidak manusiawi ketika klaimnya ditolak. Padahal, perusahaan asuransi hanya menjalankan hak hukum berdasarkan polis.

Ilustrasi sederhana:

Bayangkan seseorang mengaku umur 25 tahun padahal sebenarnya 35 tahun, supaya biaya keanggotaan gym lebih murah. Setelah cedera saat latihan, pihak gym memeriksa data KTP asli dan menemukan kebohongan. Klaim asuransi gym ditolak, keanggotaan dibatalkan, dan reputasi orang itu rusak. Hal serupa berlaku dalam asuransi: kebohongan kecil di awal bisa menjadi masalah besar di akhir.

3. Tidak membaca polis dengan teliti, sehingga tidak memahami manfaat dan pengecualian

Salah satu akar sengketa yang paling sering terjadi berasal dari kebiasaan tertanggung yang tidak membaca polis secara detail. Banyak orang berpikir polis asuransi hanyalah formalitas

administrasi. Mereka lebih fokus pada brosur promosi atau ucapan agen ketimbang isi kontrak resmi. Akibatnya, ketika risiko terjadi, nasabah baru menyadari ada syarat, pengecualian, atau batas manfaat yang tidak sesuai ekspektasi. Konflik pun muncul karena tertanggung merasa perusahaan asuransi sengaja menipu. Padahal, sebagian besar ketentuan sudah tertulis dengan jelas dalam polis, hanya tidak pernah dibaca secara cermat.

Fenomena ini terjadi pada semua jenis produk, mulai dari asuransi jiwa, kesehatan, kendaraan, hingga properti. Misalnya, dalam asuransi kesehatan, polis sering mencantumkan masa tunggu 30-90 hari sebelum klaim penyakit tertentu dapat diajukan. Banyak nasabah yang tidak mengetahui ini karena hanya membaca ringkasan manfaat. Ketika klaim ditolak dengan alasan masa tunggu, nasabah merasa dirugikan. Padahal, perusahaan asuransi hanya menjalankan kontrak yang disepakati.

Pengecualian risiko juga kerap menjadi sumber sengketa. Contoh nyata: polis kendaraan bermotor yang tidak menjamin kerusakan akibat balapan atau uji kecepatan. Karena tidak membaca ketentuan ini, pemilik kendaraan marah saat klaim ditolak setelah kecelakaan di sirkuit latihan. Situasi serupa muncul pada asuransi properti yang mengecualikan risiko kebakaran akibat kelalaian berat, seperti menyalakan lilin tanpa pengawasan. Ketika rumah terbakar, klaim pun ditolak, memicu konflik panjang.

Kurangnya kebiasaan membaca polis mencerminkan rendahnya literasi asuransi di masyarakat. Banyak nasabah tidak memahami bahwa polis adalah kontrak hukum yang mengikat kedua pihak. Semua hak dan kewajiban hanya dapat ditentukan oleh dokumen polis, bukan janji agen. Oleh karena itu,

perusahaan asuransi dan regulator perlu lebih aktif mengedukasi masyarakat untuk membaca dan memahami kontrak sebelum menandatangani.

Ilustrasi sederhana:

Bayangkan Anda membeli tiket pesawat promo yang harganya murah, tapi ternyata tidak bisa dibatalkan atau diubah jadwal. Karena hanya membaca harga di brosur, Anda tidak sadar ada syarat ketat. Ketika tiba-tiba ingin mengubah jadwal, Anda marah tiket hangus. Padahal, semua ketentuan sudah tertulis. Hal yang sama terjadi dalam polis: jika tidak dibaca, risiko salah paham sangat besar.

4. Tidak melaporkan perubahan risiko (contoh: renovasi rumah, pindah pekerjaan berbahaya)

Banyak sengketa muncul karena tertanggung menganggap kewajibannya selesai setelah polis diterbitkan. Mereka lupa bahwa perubahan keadaan risiko selama masa pertanggungan wajib dilaporkan. Misalnya, ketika rumah direnovasi menjadi lebih besar, risiko kebakaran atau kerusakan bertambah. Atau ketika seseorang berpindah pekerjaan dari karyawan kantor menjadi pekerja lapangan yang risikonya lebih tinggi. Ketika risiko terjadi, perusahaan asuransi berhak meninjau ulang premi atau bahkan membatasi jaminan. Sengketa pun timbul karena nasabah merasa premi sudah rutin dibayar, padahal profil risikonya berubah.

Kurangnya pemahaman ini diperburuk oleh sikap pasif tertanggung yang jarang membaca ketentuan polis. Banyak yang mengira tidak perlu memberitahukan perubahan apa pun kecuali diminta. Padahal, prinsip keterbukaan menuntut inisiatif proaktif. Ketika perusahaan menemukan ketidaksesuaian data

saat klaim, konflik seketika muncul. Sebagian nasabah menuduh perusahaan berlebihan, padahal kewajiban melaporkan perubahan risiko tercantum jelas dalam kontrak.

Perubahan risiko juga berdampak pada perhitungan premi yang seharusnya disesuaikan. Premi awal dirancang berdasarkan profil risiko saat aplikasi. Jika profil berubah signifikan, perusahaan perlu menyesuaikan tarif. Jika tidak ada pemberitahuan, kontrak kehilangan keseimbangan yang menjadi dasar keadilan. Sengketa seringkali menjadi akumulasi kelalaian kecil yang tidak dikomunikasikan secara terbuka.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda menyewa gudang kecil dengan biaya murah, lalu diam-diam memperluasnya dua kali lipat tanpa memberitahukan pemilik. Ketika kebakaran terjadi, pemilik mempertanyakan mengapa ruangannya melebihi perjanjian awal. Tanpa transparansi, konflik sulit dihindari.

5. Menunda pembayaran premi hingga polis *lapse* tanpa disadari

Kegagalan membayar premi tepat waktu juga menjadi penyebab sengketa yang sering diremehkan. Banyak tertanggung menganggap keterlambatan beberapa hari tidak masalah. Padahal, kebijakan *grace period* hanya memberi tenggat tertentu, dan bila tetap tidak dibayar, polis otomatis *lapse*. Ketika risiko muncul setelah polis tidak aktif, klaim ditolak. Nasabah pun kaget dan menganggap perusahaan mencari-cari alasan untuk menghindari kewajiban.

Situasi ini diperburuk jika nasabah berpikir sistem autodebet selalu berhasil, padahal rekening kosong atau limit transaksi habis. Tidak sedikit pula yang menganggap bukti pembayaran tidak perlu disimpan, sehingga saat terjadi perbedaan data, mereka tidak bisa menunjukkan konfirmasi setoran premi. Sengketa pun menjadi tak terhindarkan karena bukti administrasi tidak lengkap.

Dalam kontrak asuransi, premi adalah prasyarat mutlak perlindungan. Tanpa pembayaran premi, tidak ada jaminan risiko. Namun kebiasaan menunda atau melupakan pembayaran menciptakan celah konflik yang seharusnya bisa dihindari dengan disiplin dan pencatatan yang rapi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti langganan layanan internet yang otomatis terputus saat pembayaran terlambat. Jika Anda butuh akses darurat, penyedia layanan tidak akan membuka blokir sebelum tagihan lunas. Begitu pula asuransi: tanpa premi aktif, proteksi berhenti bekerja.

6. Mengajukan klaim fiktif atau nilai kerugian yang dilebihkan

Sebagian tertanggung mencoba memanfaatkan momen musibah untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai kenyataan. Ada yang sengaja memperbesar nilai kerugian atau menciptakan bukti fiktif demi mendapatkan uang pertanggungan lebih besar. Perusahaan asuransi memiliki kewajiban melakukan verifikasi detail terhadap klaim. Ketika terbukti tidak sah, klaim ditolak dan polis bisa dibatalkan. Sengketa pun muncul karena tertanggung merasa dipermalukan dan haknya dicabut.

Klaim fiktif juga menimbulkan efek domino. Jika praktik ini dibiarkan, perusahaan akan mengalami kerugian yang pada akhirnya menaikkan premi semua nasabah. Karena itu, perusahaan menanggapi tindakan ini secara serius. Namun, bagi tertanggung yang terbiasa berpikir "asuransi pasti bayar," hasil investigasi yang menemukan ketidakjujuran menjadi pukulan berat yang memicu konflik panjang.

Tindakan klaim fiktif sebenarnya bertolak belakang dengan prinsip itikad baik. Selain merugikan perusahaan, ia merusak reputasi tertanggung sendiri. Banyak kasus sengketa yang pada awalnya bermula dari klaim kecil, kemudian berkembang menjadi perseteruan hukum akibat unsur pemalsuan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti seseorang yang pura-pura kehilangan dompet agar dikasihani teman. Ketika kebohongan terbongkar, bukan hanya bantuan yang hilang, tetapi juga kepercayaan semua orang.

7. Tidak melengkapi dokumen klaim sesuai ketentuan polis

Sengketa juga kerap terjadi karena tertanggung tidak menyerahkan dokumen pendukung klaim secara lengkap. Polis asuransi menetapkan dokumen wajib, misalnya formulir klaim, bukti kepemilikan, laporan kerugian, atau keterangan medis. Tertanggung sering menganggap persyaratan ini berbelit dan tidak penting. Akibatnya, perusahaan asuransi tidak bisa memproses klaim tepat waktu atau terpaksa menolak karena bukti tidak memadai.

Persoalan ini diperparah oleh kebiasaan tidak mencatat dan menyimpan dokumen sejak awal. Ketika perusahaan meminta data, nasabah menunda pengumpulan atau bahkan tidak

merespons. Ketika akhirnya klaim tidak disetujui, rasa frustasi berubah menjadi kemarahan dan tuduhan tidak adil. Padahal, semua syarat sudah ditentukan secara tertulis.

Tertanggung perlu memahami bahwa dokumen klaim adalah landasan hukum bagi perusahaan asuransi untuk memastikan klaim sah dan valid. Tanpa itu, risiko penyalahgunaan dana klaim sangat tinggi. Disiplin administrasi menjadi tanggung jawab yang tidak bisa dialihkan kepada petugas asuransi semata.

Ilustrasi sederhana:

Seperti ingin mencairkan tabungan tetapi lupa membawa buku rekening dan kartu identitas. Bank tidak akan mencairkan dana hanya karena pengakuan lisan. Begitu pula klaim asuransi: bukti dokumen adalah syarat mutlak.

8. Menyembunyikan kondisi kesehatan dalam asuransi jiwa atau kesehatan

Kebiasaan menyembunyikan kondisi kesehatan saat mendaftar polis kesehatan atau jiwa menjadi salah satu penyebab sengketa yang paling sering terjadi. Banyak tertanggung merasa malu atau takut premi naik jika mengungkapkan riwayat penyakit tertentu. Mereka pun memilih tidak mencantumkan informasi lengkap. Ketika klaim diajukan, perusahaan asuransi melakukan investigasi rekam medis dan menemukan data yang tidak sesuai. Akibatnya, klaim ditolak atau polis dibatalkan.

Perilaku ini menciptakan ketegangan serius. Nasabah merasa sudah membayar premi dengan rutin, sementara perusahaan berpegang pada prinsip keterbukaan informasi. Sengketa pun menjadi tak terhindarkan. Padahal, sejak awal kewajiban menyampaikan kondisi kesehatan secara jujur sudah tercantum dalam polis.

Kondisi kesehatan adalah salah satu variabel risiko paling penting dalam asuransi jiwa. Jika informasi tidak lengkap, premi yang dikenakan tidak sesuai risiko aktual. Akibatnya, keadilan kontrak hilang. Dalam jangka panjang, praktik menyembunyikan kondisi kesehatan juga merugikan nasabah sendiri.

Ilustrasi sederhana:

Bayangkan Anda membeli baju dan bilang ukuran badan lebih kecil dari sebenarnya. Saat baju tiba, tentu tidak muat. Dalam asuransi, kebohongan tentang kesehatan juga membuat proteksi tidak "muat" saat diperlukan.

9. Mengubah data ahli waris tanpa notifikasi resmi kepada perusahaan asuransi

Sengketa sering terjadi saat tertanggung mengganti nama ahli waris secara lisan atau hanya lewat surat informal, tanpa prosedur resmi yang diatur perusahaan asuransi. Ketika klaim diajukan, perusahaan hanya bisa mengacu pada dokumen terakhir yang sah. Akibatnya, keluarga atau pihak lain yang merasa berhak akan keberatan. Sengketa pun berkembang menjadi konflik internal keluarga yang rumit.

Perubahan data ahli waris bukan sekadar administrasi ringan. Ia menentukan siapa yang sah menerima uang pertanggungan. Jika tertanggung tidak mengikuti prosedur perubahan data secara tertulis, perusahaan asuransi tidak memiliki dasar hukum mengakomodasi permintaan. Konflik yang terjadi sering kali berkepanjangan dan melibatkan proses hukum perdata.

Tertanggung perlu disiplin mengupdate data penerima manfaat agar klaim tidak memicu pertikaian. Semua perubahan wajib disertai formulir resmi dan bukti penerimaan oleh

perusahaan. Jika lalai, sengketa hampir pasti terjadi saat klaim dicairkan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membuat surat warisan tetapi tidak pernah mendaftarkan revisi ke notaris. Ketika warisan dibagikan, semua orang bingung mana yang sah. Dalam asuransi, perubahan ahli waris yang tidak resmi akan memicu kebingungan serupa.

10. Tidak menyimpan dokumen polis dan bukti pembayaran premi dengan baik

Kebiasaan meremehkan penyimpanan dokumen polis dan bukti pembayaran premi sering menjadi biang sengketa. Banyak nasabah menganggap polis sekadar kertas formalitas yang tidak penting untuk disimpan. Begitu juga dengan struk transfer premi yang dianggap "nanti pasti tercatat di sistem." Ketika terjadi klaim atau perbedaan data, nasabah tidak bisa menunjukkan dokumen pendukung. Akibatnya, proses klarifikasi menjadi panjang dan melelahkan, memicu kekecewaan yang berubah menjadi konflik terbuka.

Sengketa ini mudah terjadi karena perusahaan asuransi hanya bisa memproses klaim berdasarkan bukti tertulis yang valid. Jika dokumen hilang, status polis, riwayat pembayaran premi, atau perubahan data penerima manfaat menjadi sulit dibuktikan. Dalam situasi darurat, nasabah merasa tertekan, lalu menganggap perusahaan sengaja mempersulit proses. Padahal, sumber persoalan hanyalah ketiadaan dokumen dasar yang seharusnya dijaga baik-baik.

Sikap kurang disiplin dalam pencatatan administrasi kerap muncul karena persepsi asuransi bukan kontrak serius.

Banyak orang lebih rajin menyimpan kuitansi pembelian barang elektronik ketimbang polis yang nilainya puluhan atau ratusan juta. Rendahnya kebiasaan mendokumentasikan kontrak membuat potensi sengketa tidak bisa dianggap remeh.

Penting bagi setiap tertanggung menyiapkan arsip rapi: hard copy polis, tanda terima, slip pembayaran, dan salinan digital di tempat aman. Dengan begitu, saat risiko muncul, semua data tersedia dan proses klaim lebih cepat. Kebiasaan kecil ini mencegah pertengkaran panjang yang sebetulnya tidak perlu.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli rumah tapi lupa menyimpan sertifikat kepemilikan. Ketika ada sengketa tanah, Anda tak punya dokumen pembuktian. Dalam asuransi, hilangnya dokumen polis ibarat kehilangan "kunci rumah" perlindungan finansial Anda sendiri.

11. Menganggap asuransi sebagai tabungan pasti cair, bukan proteksi berbasis risiko

Banyak sengketa lahir dari persepsi keliru bahwa asuransi sama dengan tabungan yang suatu saat pasti cair. Pandangan ini membuat nasabah kecewa ketika klaim ditolak karena risiko tidak dijamin. Mereka merasa "ditipu," padahal produk asuransi memang tidak dimaksudkan untuk menjamin pembayaran pasti seperti deposito bank. Asuransi berbasis prinsip pengalihan risiko ketidakpastian. Tanpa kejadian yang sesuai syarat polis, manfaat tidak akan dibayarkan.

Salah kaprah ini sering diperkuat oleh cara pemasaran yang terlalu menjanjikan imbal hasil. Nasabah lupa membaca penjelasan risiko, masa tunggu, dan pengecualian. Begitu klaim

tidak memenuhi ketentuan, rasa marah memuncak karena merasa hak dirampas. Sengketa menjadi konsekuensi langsung dari ekspektasi keliru yang dibiarkan tumbuh sejak awal.

Perusahaan asuransi berkewajiban menjelaskan perbedaan asuransi dengan tabungan. Namun, tanggung jawab tidak berhenti di pihak perusahaan. Nasabah juga wajib mencari informasi akurat agar tidak membangun harapan palsu. Tanpa pemahaman yang tepat, kontrak asuransi rawan menjadi bom waktu konflik.

Sikap menganggap premi sebagai "uang kembali" seharusnya diganti pola pikir bahwa premi adalah biaya proteksi. Ketika risiko tidak terjadi, tidak ada pembayaran klaim—itulah bukti fungsi proteksi berjalan baik. Menyadari filosofi dasar ini akan mengurangi kekecewaan dan meminimalkan sengketa.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membayar premi keanggotaan gym. Jika Anda sehat dan tidak pernah pakai layanan darurat, biaya itu tidak dikembalikan. Premi asuransi pun sama: Anda membayar perlindungan risiko, bukan jaminan pencairan dana otomatis.

12. Kurang literasi hukum kontrak asuransi, sehingga mudah salah tafsir

Sengketa sering muncul karena rendahnya pemahaman hukum kontrak asuransi. Banyak nasabah tidak mengerti posisi polis sebagai perjanjian mengikat yang tunduk pada prinsip hukum perdata. Mereka hanya percaya pada perkataan agen atau brosur ringkasan. Ketika klaim diajukan, semua perbedaan tafsir harus merujuk pada dokumen polis resmi. Ketidaktahuan ini membuat nasabah merasa dizalimi saat menemukan kenyataan yang tidak sesuai harapan.

Literasi kontrak seharusnya menjadi bekal wajib sebelum membeli asuransi. Kontrak mencakup hak, kewajiban, masa tunggu, pengecualian, dan prosedur klaim. Tanpa memahami pasal-pasal penting, tertanggung rentan menuntut hak yang sebenarnya tidak pernah dijanjikan dalam polis. Sengketa pun muncul dari kesalahpahaman sederhana yang diabaikan sejak awal.

Kurangnya literasi hukum membuat nasabah juga tidak tahu jalur penyelesaian sengketa yang benar. Alih-alih menggunakan kanal mediasi resmi, banyak yang meluapkan amarah di media sosial. Situasi ini mempersulit komunikasi konstruktif dengan perusahaan asuransi dan sering memperkeruh suasana.

Peningkatan literasi hukum tidak hanya tugas perusahaan atau regulator. Nasabah juga perlu meluangkan waktu memahami kontrak yang akan mereka tanda tangani. Kontrak asuransi bukan sekadar kertas formalitas, melainkan dokumen hukum yang menentukan segalanya saat risiko datang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda menandatangani perjanjian sewa rumah tanpa membaca pasal denda. Ketika pindah sebelum masa kontrak selesai, Anda kaget harus membayar penalti. Ketidaktahuan tidak membatalkan konsekuensi hukum—demikian pula dalam asuransi.

13. Tidak memperbarui data kontak, sehingga gagal menerima pemberitahuan penting

Kecerobohan tidak memperbarui alamat atau nomor telepon menjadi penyebab sengketa yang sangat sering terjadi. Banyak nasabah pindah rumah, berganti nomor HP, atau tutup email,

tetapi tidak memberi tahu perusahaan asuransi. Akibatnya, surat pengingat pembayaran premi atau pemberitahuan perubahan polis tidak pernah diterima. Ketika polis lapse atau klaim ditolak karena status tidak aktif, nasabah merasa diperlakukan tidak adil.

Dalam proses klaim, data kontak juga menjadi jalur komunikasi utama. Jika tertanggung tidak bisa dihubungi, perusahaan kesulitan memverifikasi informasi atau meminta dokumen tambahan. Sengketa pun mudah berkembang karena tertanggung menuduh perusahaan tidak transparan, padahal sumber masalah adalah data yang usang.

Pembaruan data kontak sebenarnya tanggung jawab tertanggung. Banyak perusahaan menyediakan formulir sederhana yang bisa dikirim email atau diisi lewat aplikasi digital. Namun, kebiasaan menunda sering membuat perubahan data tertunda hingga muncul masalah besar.

Disiplin administratif menjadi kebiasaan sederhana yang menyelamatkan dari konflik. Dengan memastikan alamat surat menyurat dan kontak selalu valid, tertanggung membantu perusahaan menjalankan kewajiban pemberitahuan dengan baik.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kantor pos mengirim surat penting ke alamat lama Anda. Jika Anda tidak pernah melapor pindah rumah, surat itu hilang. Dalam asuransi, data yang tidak diperbarui membuat informasi vital tidak pernah sampai.

14. Menggunakan jasa calo klaim yang menjanjikan pencairan lebih cepat tanpa prosedur resmi

Sebagian tertanggung tergoda memakai jasa calo klaim yang menawarkan janji manis: klaim cair cepat tanpa repot dokumen. Praktik ini sering melanggar prosedur perusahaan asuransi dan membuka celah penyalahgunaan dokumen. Ketika klaim tersendat atau terbukti tidak sah, sengketa muncul karena nasabah merasa dijanjikan layanan yang tidak pernah diakui perusahaan.

Calo klaim biasanya menarik biaya tinggi yang dibayar di muka. Ketika klaim gagal diproses, nasabah kehilangan uang dan rasa percaya. Celakanya, banyak calo menggunakan dokumen palsu atau mengisi formulir tanpa persetujuan tertanggung. Praktik ini bukan hanya berbahaya, tetapi juga rentan menimbulkan tuntutan hukum.

Sengketa makin rumit karena calo sering menghilang setelah masalah muncul. Nasabah terpaksa menghadapi perusahaan asuransi sendirian, tanpa dokumen yang rapi atau kronologi yang jelas. Akhirnya, perusahaan asuransi pun tidak bisa memproses klaim karena prosedur sudah dilanggar sejak awal.

Tertanggung perlu memahami bahwa proses klaim hanya sah jika dilakukan melalui jalur resmi perusahaan asuransi. Jika perlu bantuan, gunakan jasa konsultan legal yang berizin, bukan perantara informal yang tidak memiliki pertanggungjawaban jelas.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda mau membuat paspor lalu bayar calo yang berjanji proses sehari jadi. Ketika tertipu, kantor imigrasi tidak

bisa membantu. Dalam asuransi, calo klaim menciptakan risiko yang sama besar.

15. Mengabaikan peringatan tertulis perusahaan asuransi, termasuk *reminder* pembayaran

Penyebab sengketa yang sering disepelekan adalah kebiasaan mengabaikan surat peringatan. Ketika perusahaan asuransi mengirim reminder pembayaran premi atau notifikasi perubahan polis, banyak nasabah menunda membaca atau menilai itu hanya spam. Ketika risiko muncul, polis ternyata sudah lapse, atau ketentuan baru berlaku tanpa disadari. Nasabah pun marah, merasa tidak pernah diberi tahu, padahal semua pemberitahuan sudah dikirim sesuai prosedur.

Peringatan tertulis adalah kewajiban perusahaan sekaligus hak tertanggung untuk memastikan status polis tetap aktif. Jika tertanggung tidak membaca atau tidak peduli, perusahaan tidak bisa disalahkan sepenuhnya. Sengketa kerap terjadi karena persepsi “tidak pernah ada informasi,” padahal masalahnya hanya ketidakacuhan.

Kebiasaan menunda membuka surat atau email menciptakan celah konflik yang sebetulnya sangat mudah dicegah. Disiplin memeriksa notifikasi, membaca isi surat dengan teliti, dan menyimpan dokumen menjadi langkah sederhana untuk mencegah sengketa.

Tanggung jawab komunikasi selalu dua arah. Perusahaan wajib mengirim pemberitahuan, tertanggung wajib membacanya. Tanpa kerja sama ini, kontrak asuransi kehilangan keseimbangan yang membuatnya adil bagi kedua pihak.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda diingatkan membayar tagihan listrik lewat SMS, tapi tidak pernah membukanya. Ketika listrik diputus, Anda protes padahal peringatan sudah jelas dikirim. Dalam asuransi, mengabaikan peringatan menimbulkan risiko sama besar.

Penyebab dari Sisi Penanggung

16. Proses *underwriting* yang ceroboh tanpa verifikasi data memadai

Salah satu biang kerok sengketa adalah underwriting yang dilakukan serampangan. *Underwriting* seharusnya menjadi proses seleksi risiko yang teliti, memastikan semua informasi calon tertanggung akurat. Namun, ketika perusahaan asuransi tergesa-gesa mengejar target produksi, banyak dokumen aplikasi hanya diperiksa sepintas. Data penting tidak diklarifikasi, tanda-tanda manipulasi diabaikan, dan hasil verifikasi lapangan dilewati. Akibatnya, kontrak diterbitkan dengan asumsi yang rapuh, sehingga sengketa mudah muncul saat klaim diajukan.

Kecerobohan *underwriting* juga menimbulkan ketidakadilan bagi nasabah yang sudah jujur mengisi data. Karena proses seleksi lemah, perusahaan kemudian menemukan ketidaksesuaian setelah risiko terjadi. Akibatnya, klaim ditolak atau polis dibatalkan sepihak. Nasabah pun merasa dipermalukan dan menuduh perusahaan mencari celah untuk lari dari tanggung jawab. Padahal, jika sejak awal underwriting lebih ketat, sengketa semacam ini bisa dihindari.

Proses *underwriting* seharusnya mencakup klarifikasi data medis, verifikasi kondisi objek pertanggungan, dan pengecekan dokumen resmi. Semua langkah ini tidak hanya prosedur

administratif, melainkan fondasi yang menjamin kontrak berjalan adil bagi kedua pihak. Ketika underwriting ceroboh, perusahaan asuransi merusak integritasnya sendiri.

Sengketa akibat *underwriting* buruk akan selalu mengundang pertanyaan: mengapa kontrak diterbitkan tanpa pengecekan? Jika perusahaan gagal membuktikan sudah bekerja profesional, reputasi mereka akan tercoreng. Dalam jangka panjang, hal ini membuat kepercayaan publik runtuh.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank yang memberi pinjaman tanpa survei usaha. Ketika debitur gagal bayar, bank sibuk menuduh kebohongan, padahal sejak awal tak ada verifikasi. Dalam asuransi, underwriting ceroboh menciptakan jebakan konflik serupa.

17. Menunda penerbitan polis tanpa penjelasan yang memadai

Penundaan penerbitan polis juga kerap memicu sengketa. Banyak perusahaan asuransi menerima premi pertama dan janji kontrak aktif, tetapi proses pencetakan polis berjalan lambat tanpa alasan jelas. Sementara itu, nasabah merasa sudah resmi terlindungi. Jika risiko terjadi dalam masa tunggu tersebut, muncul kebingungan: apakah pertanggungan berlaku atau belum?

Kurangnya komunikasi mengenai status penerbitan membuat nasabah merasa ditelantarkan. Beberapa perusahaan berdalih polis dalam proses, namun tidak memberikan surat konfirmasi sementara. Ketika klaim muncul, mereka menolak dengan alasan kontrak belum efektif. Sengketa pun menjadi tak terhindarkan karena persepsi “uang sudah diterima, tapi janji perlindungan diulur-ulur.”

Penerbitan polis yang lambat sering kali terkait kurangnya koordinasi antar departemen. Bagian underwriting sudah menyetujui, tetapi divisi administrasi terlambat memproses. Minimnya notifikasi status membuat nasabah frustrasi. Prosedur ideal seharusnya mencakup pemberitahuan tertulis bahwa aplikasi diterima, status pemeriksaan, dan estimasi waktu penerbitan polis.

Keterlambatan semacam ini bukan hanya masalah teknis, melainkan risiko reputasi. Nasabah yang merasa dipermainkan akan kehilangan kepercayaan, dan sengketa mudah melebar ke publik. Profesionalisme penerbitan polis menjadi salah satu indikator kualitas layanan perusahaan asuransi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli tiket konser, sudah bayar, tapi tidak kunjung menerima konfirmasi e-ticket. Ketika hari H tiba, Anda tidak diizinkan masuk karena tiket belum terbit. Dalam asuransi, penundaan penerbitan polis menimbulkan ketidakpastian yang memicu konflik.

18. Menyimpan dokumen tertanggung secara tidak aman, sehingga data hilang atau rusak

Kewajiban perusahaan asuransi adalah menjaga dokumen nasabah dengan penuh kehati-hatian. Namun, di banyak kasus, arsip fisik dan digital disimpan tanpa standar keamanan yang layak. Kebocoran data, kehilangan dokumen asli, atau kerusakan arsip akibat bencana kantor menjadi sumber sengketa serius. Ketika nasabah mengajukan klaim atau pembaruan data, perusahaan tidak mampu menunjukkan dokumen lengkap. Akhirnya, klaim ditolak atau dipersulit.

Masalah ini diperburuk dengan sistem pengarsipan manual yang rawan human error. File sering tercecer, salah tempat, atau tidak diperbarui. Ketika terjadi audit internal atau pemeriksaan klaim, perusahaan kesulitan menemukan rekam jejak transaksi. Nasabah pun menilai perusahaan tidak profesional. Sengketa pun berkembang menjadi tuduhan wanprestasi atau pelanggaran perlindungan data pribadi.

Penyimpanan dokumen tidak aman juga meningkatkan risiko penyalahgunaan oleh oknum internal. Data nasabah bisa dipakai membuka jalur klaim palsu atau transaksi ilegal. Begitu masalah terungkap, perusahaan asuransi terpaksa menanggung kerugian finansial dan reputasi.

Investasi pada digitalisasi arsip dan sistem backup menjadi mutlak. Perusahaan yang lalai menjaga data tidak hanya menghadapi risiko gugatan hukum, tetapi juga kehilangan kepercayaan pasar. Sengketa akibat kecerobohan ini sebetulnya sangat bisa dicegah dengan prosedur sederhana.

Ilustrasi sederhana:

Seperti menitipkan surat berharga di bank, lalu dokumen Anda hilang karena lemari arsip bocor. Ketika hendak mencairkan hak, petugas hanya bilang “data sudah rusak.” Dalam asuransi, kehilangan dokumen nasabah menimbulkan luka kepercayaan yang sulit dipulihkan.

19. Tidak proaktif memberi informasi status premi (aktif/*lapse*)

Perusahaan asuransi memiliki kewajiban memastikan nasabah mengetahui status preminya. Sayangnya, banyak perusahaan hanya mengandalkan pengiriman surat sekali, tanpa

upaya konfirmasi lain. Jika premi terlambat atau saldo tidak cukup untuk autodebet, nasabah tidak menerima peringatan memadai. Ketika risiko muncul, polis sudah lapse. Sengketa pun bermula dari ketidaktahuan yang seharusnya bisa dihindari.

Kurangnya komunikasi proaktif menimbulkan kesan perusahaan sengaja membiarkan polis mati agar bisa menolak klaim. Persepsi ini memicu rasa tidak adil yang sulit dikoreksi, walaupun secara hukum perusahaan sudah mengirimkan pemberitahuan. Namun, satu surat tanpa tindak lanjut jelas tidak cukup di era digital yang menuntut transparansi layanan.

Sistem notifikasi *multi-channel* (SMS, email, WhatsApp) seharusnya menjadi standar layanan. Jika nasabah benar-benar tidak merespons, perusahaan memiliki bukti sudah berupaya maksimal. Banyak sengketa muncul hanya karena perusahaan bersikap pasif, padahal sedikit inisiatif bisa mencegah kesalahpahaman besar.

Komunikasi status premi juga penting dalam menjaga hubungan jangka panjang. Ketika nasabah merasa diawasi dan diingatkan, mereka lebih percaya perusahaan mengutamakan perlindungan ketimbang mencari celah untuk menolak klaim.

Ilustrasi sederhana:

Seperti penyedia listrik hanya mengirim satu surat tagihan, tanpa SMS atau telepon, lalu tiba-tiba memutus aliran. Pelanggan merasa diperlakukan semena-mena. Dalam asuransi, tidak proaktif mengingatkan status premi menciptakan konflik yang sama.

20. Tidak melakukan klarifikasi jika data aplikasi meragukan

Underwriting profesional harus memastikan semua data calon tertanggung valid. Namun, banyak perusahaan asuransi melewatkan langkah klarifikasi ketika menemukan data meragukan. Alih-alih menunda penerbitan polis sambil meminta konfirmasi, mereka memilih menerbitkan polis dulu, dengan harapan masalah "nanti diperbaiki." Ketika klaim muncul, data yang belum diverifikasi akhirnya menjadi alasan penolakan. Sengketa pun tumbuh dari kesalahan prosedural perusahaan sendiri.

Kegagalan melakukan klarifikasi menunjukkan lemahnya kontrol internal. Padahal, satu surat permintaan informasi tambahan bisa menghindarkan sengketa. Tertanggung berhak diberi kesempatan menjelaskan ketidaksesuaian data sebelum kontrak diterbitkan. Ketika hak ini diabaikan, nasabah merasa dijebak dalam kontrak yang tidak adil.

Masalah semakin rumit ketika bagian pemasaran tergesa-gesa mengejar target penjualan. Mereka kerap mendesak underwriting "mengalah," demi cepat terbit. Dalam jangka pendek, cara ini meningkatkan produksi premi. Namun, dalam jangka panjang, sengketa akan menimbulkan kerugian lebih besar.

Langkah klarifikasi bukan hanya formalitas. Ia adalah fondasi kesepahaman risiko. Ketika diabaikan, kontrak kehilangan integritasnya. Sengketa klaim hanyalah konsekuensi logis dari awal yang rapuh.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank menemukan slip gaji nasabah palsu, tapi tetap mencairkan pinjaman. Ketika nasabah gagal bayar, bank menuntut. Nasabah pun balik menuduh: mengapa tidak dicek sejak awal? Dalam asuransi, kegagalan klarifikasi memicu pertanyaan serupa.

21. Prosedur klaim yang bertele-tele dengan banyak persyaratan tambahan

Banyak perusahaan asuransi memberlakukan prosedur klaim yang panjang, berbelit, dan tidak ramah pengguna. Nasabah kerap dihadapkan pada daftar persyaratan dokumen yang tidak hanya banyak, tapi juga sering berubah-ubah. Prosedur semacam ini menciptakan rasa frustasi karena klaim yang seharusnya sederhana berubah menjadi beban administratif yang memakan waktu. Sengketa pun mudah muncul saat nasabah merasa perusahaan sengaja mempersulit pencairan manfaat yang sah.

Prosedur klaim yang bertele-tele sering tidak disertai petunjuk yang jelas. Banyak nasabah bingung bagaimana cara mengisi formulir, atau tidak tahu dokumen mana yang wajib dilegalisasi. Ketika pengajuan klaim dikembalikan karena alasan teknis, nasabah merasa tidak dihargai. Padahal, kesulitan ini hanya perlu diatasi dengan instruksi sederhana dan layanan bantuan yang responsif.

Kelemahan lain prosedur klaim yang rumit adalah tidak adanya jalur percepatan untuk klaim mendesak. Misalnya, klaim asuransi kesehatan untuk biaya rawat inap yang harus segera dibayar. Ketika prosedur standar diterapkan tanpa fleksibilitas, nasabah merasa kebutuhan daruratnya diabaikan. Sengketa pun tumbuh dari rasa tidak adil yang terakumulasi.

Prosedur yang tidak praktis juga menunjukkan kurangnya inovasi digital. Padahal, sistem klaim daring atau aplikasi mobile bisa memangkas separuh hambatan administratif. Jika perusahaan lambat beradaptasi, mereka menciptakan risiko sengketa yang sebetulnya bisa dihindari dengan teknologi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda ingin mencairkan tabungan, tapi petugas bank meminta dokumen tambahan setiap kali datang. Setelah tiga kali bolak-balik, Anda marah dan merasa dipermainkan. Dalam asuransi, klaim yang bertele-tele menciptakan pengalaman serupa.

22. Penilaian klaim yang bias atau tidak objektif

Sengketa sering terjadi ketika penilaian klaim tidak dilakukan secara adil. Beberapa perusahaan asuransi masih memiliki kebiasaan menilai klaim dengan asumsi negatif, seolah semua nasabah berniat menipu. Sikap bias ini menciptakan ketegangan sejak awal proses verifikasi. Tertanggung merasa diragukan integritasnya, meskipun klaim diajukan secara sah.

Penilaian klaim yang tidak objektif juga terjadi karena kurangnya standar baku dalam menetapkan nilai kerugian. Dua klaim serupa bisa mendapatkan perlakuan berbeda, tergantung siapa petugas yang menangani. Ketidakadilan ini membuat nasabah meragukan integritas perusahaan. Sengketa pun menjadi lebih sulit diselesaikan karena nasabah kehilangan rasa percaya.

Kurangnya transparansi dalam pertimbangan klaim membuat nasabah sulit memahami alasan keputusan. Perusahaan hanya memberikan jawaban singkat tanpa bukti atau penjelasan detail.

Akibatnya, nasabah merasa ditolak secara sepihak tanpa dasar yang kuat.

Standar penilaian klaim seharusnya jelas, terdokumentasi, dan konsisten. Ketika prosedur ini diabaikan, perusahaan asuransi menyiapkan panggung sengketa yang bisa merusak reputasi jangka panjang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti dua pelanggan restoran memesan menu yang sama, tetapi satu mendapat porsi lebih kecil tanpa penjelasan. Pelanggan yang dirugikan akan marah dan merasa diperlakukan tidak adil. Dalam asuransi, klaim yang bias menimbulkan ketidakpuasan serupa.

23. Kurangnya empati dan komunikasi selama proses klaim

Tidak sedikit sengketa yang sebetulnya bermula dari sikap petugas klaim yang kaku, dingin, dan kurang empati. Proses klaim sering terjadi dalam situasi sulit: kehilangan orang tercinta, kebakaran rumah, atau sakit berat. Ketika perusahaan hanya berfokus pada prosedur tanpa menunjukkan kepedulian, nasabah merasa diperlakukan sebagai angka, bukan manusia. Rasa kecewa pun berkembang menjadi kemarahan terbuka.

Kurangnya empati juga membuat komunikasi jadi tegang. Petugas hanya mengirim surat penolakan tanpa penjelasan yang hangat. Tertanggung merasa dihakimi, bukan didampingi. Dalam jangka panjang, atmosfer negatif semacam ini memperbesar peluang sengketa karena kepercayaan sudah retak sejak awal.

Komunikasi yang buruk memperparah keadaan. Banyak perusahaan tidak memberikan update berkala mengenai status

klaim. Nasabah terpaksa menebak-nebak kapan klaim selesai diproses. Ketidakpastian ini membuat nasabah cemas, lalu frustrasi. Sengketa pun tumbuh di lahan ketidakpedulian.

Empati bukan sekadar sikap ramah; ia menciptakan kejelasan dan ketenangan dalam proses klaim. Perusahaan yang mampu menunjukkan empati akan lebih mudah membina pengertian ketika klaim harus ditolak atau ditunda.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda datang ke rumah sakit dalam keadaan panik, lalu resepsionis berbicara kaku tanpa membantu. Meskipun prosedur sama, cara penyampaian membuat Anda merasa terabaikan. Dalam klaim asuransi, empati adalah jembatan yang mencegah konflik.

24. Tidak menginformasikan perubahan syarat polis atau ketentuan produk

Perusahaan asuransi memiliki tanggung jawab memberi tahu tertanggung jika ada perubahan syarat atau ketentuan produk. Namun, banyak perusahaan hanya mencantumkan perubahan dalam dokumen tambahan tanpa komunikasi proaktif. Ketika nasabah tidak memahami perubahan tersebut, klaim yang diajukan bisa ditolak. Sengketa pun muncul karena nasabah merasa aturan baru diterapkan secara sepihak.

Perubahan ketentuan polis bisa berkaitan dengan masa tunggu baru, penyesuaian manfaat, atau klausul pengecualian tambahan. Jika tidak dijelaskan dengan bahasa sederhana dan saluran komunikasi yang jelas, nasabah akan merasa terjebak dalam kontrak yang tidak transparan.

Kurangnya edukasi tentang perubahan syarat membuat perusahaan tampak tidak etis. Nasabah berhak mendapatkan informasi lengkap dalam format yang mudah dipahami. Ketika hak ini diabaikan, sengketa menjadi konsekuensi yang wajar.

Komunikasi perubahan seharusnya dilakukan lewat surat resmi, email, dan salinan ringkasan yang mudah diakses. Perusahaan yang hanya bergantung pada satu media informasi menempatkan nasabah dalam risiko kebingungan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti operator seluler mengganti tarif paket data tanpa pemberitahuan, lalu memotong pulsa Anda. Saat protes, Anda diberi dokumen yang tak pernah dibaca. Dalam asuransi, perubahan syarat tanpa komunikasi memicu konflik sama.

25. Menolak klaim secara sepihak tanpa bukti kuat

Penolakan klaim tanpa dasar yang jelas menjadi salah satu penyebab sengketa paling merusak reputasi. Banyak perusahaan asuransi hanya memberikan surat singkat yang menyatakan klaim ditolak tanpa lampiran bukti pendukung. Tindakan ini membuat nasabah merasa haknya dilanggar. Sengketa pun meluas menjadi laporan ke media, pengaduan ke regulator, atau gugatan hukum.

Penolakan klaim seharusnya disertai hasil investigasi rinci, dokumen pendukung, dan penjelasan pasal polis yang relevan. Jika perusahaan menghindar menjelaskan, nasabah akan menganggap penolakan bersifat sewenang-wenang. Rasa marah yang timbul sulit didamaikan hanya dengan imbauan “silakan baca polis.”

Tindakan menolak klaim secara sepihak juga menunjukkan lemahnya budaya pelayanan. Ketika perusahaan tidak mau berdiskusi, tertanggung merasa tidak dihargai. Sengketa yang awalnya kecil pun menjadi besar karena cara komunikasi yang buruk.

Setiap klaim yang ditolak wajib diakhiri dengan penjelasan lengkap. Ketika perusahaan menolak memberikan transparansi, nasabah berhak meragukan integritas keputusan tersebut.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda mengajukan klaim garansi elektronik, lalu toko hanya bilang “klaim ditolak” tanpa alasan. Anda tentu merasa dipermainkan. Dalam asuransi, penolakan klaim tanpa bukti menciptakan ketidakpercayaan yang sama.

26. Memproses pembatalan polis secara tidak transparan

Prosedur pembatalan polis yang tidak transparan sering menimbulkan sengketa. Banyak perusahaan asuransi hanya mengirim surat pemberitahuan singkat tanpa rincian alasan pembatalan. Tertanggung pun merasa diperlakukan semena-mena. Padahal, pembatalan kontrak seharusnya didasarkan pada ketentuan hukum yang jelas, disertai penjelasan tertulis.

Kurangnya transparansi membuat nasabah bingung mengenai nasib premi yang sudah dibayarkan atau hak pengembalian nilai tunai. Ketika pertanyaan tidak dijawab dengan detail, kecurigaan muncul bahwa perusahaan hanya ingin menghindar dari tanggung jawab. Sengketa pun menjadi tidak terhindarkan.

Prosedur pembatalan polis seharusnya melibatkan konfirmasi tertulis kepada nasabah, kesempatan klarifikasi, dan pemberian salinan dokumen pembatalan. Jika langkah-langkah ini diabaikan, perusahaan dianggap tidak profesional.

Transparansi bukan hanya soal regulasi, melainkan tentang membangun kepercayaan. Ketika pembatalan dilakukan sepihak tanpa komunikasi, reputasi perusahaan runtuh dalam sekejap.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak sewa rumah diputus mendadak tanpa penjelasan. Anda terpaksa pindah tanpa tahu apa kesalahan Anda. Dalam asuransi, pembatalan polis tanpa transparansi memicu konflik yang sama.

27. Tidak memberikan ringkasan polis (*policy summary*) yang mudah dipahami

Banyak perusahaan masih menganggap ringkasan polis hanya formalitas. Padahal, policy summary adalah alat penting agar nasabah memahami pokok-pokok kontrak. Ketika ringkasan tidak disediakan atau ditulis dalam bahasa rumit, nasabah kesulitan mengetahui apa yang dijamin dan apa yang dikecualikan. Sengketa pun muncul saat klaim ditolak dengan alasan yang tidak pernah dipahami nasabah.

Ringkasan polis yang baik harus memuat informasi kunci: masa tunggu, syarat pengecualian, cara klaim, dan ketentuan pembatalan. Jika perusahaan hanya memberikan dokumen ratusan halaman tanpa ringkasan, nasabah tidak punya pegangan praktis. Ketidaktahuan ini menjadi akar konflik saat terjadi risiko.

Kewajiban memberikan ringkasan polis sebenarnya sudah menjadi praktik internasional. Banyak negara mewajibkan dokumen satu halaman yang ringkas dan mudah dibaca. Ketika perusahaan mengabaikan standar ini, mereka menempatkan diri dalam risiko sengketa yang tinggi.

Ringkasan polis juga mempermudah agen menjelaskan produk dengan konsisten. Tanpa ringkasan, setiap agen bisa menafsirkan polis berbeda, menciptakan kerancuan yang membingungkan nasabah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli gadget tanpa petunjuk penggunaan ringkas. Anda hanya diberi buku manual 500 halaman dalam bahasa asing. Ketika produk rusak, Anda tidak tahu cara klaim. Dalam asuransi, ringkasan polis yang jelas adalah kunci menghindari kebingungan.

28. Penolakan klaim hanya berdasarkan interpretasi internal, tanpa klarifikasi dengan nasabah

Sengketa juga muncul saat perusahaan menolak klaim hanya mengandalkan tafsir internal terhadap polis, tanpa pernah mengundang nasabah untuk klarifikasi. Tindakan ini menunjukkan kurangnya itikad baik dalam menyelesaikan perbedaan pendapat. Nasabah merasa diputuskan sepihak tanpa kesempatan menjelaskan bukti atau memberikan penjelasan tambahan.

Klaim yang ditolak secara internal tanpa diskusi menciptakan persepsi perusahaan bersikap arogan. Ketika keputusan hanya datang dalam bentuk surat final, nasabah tidak memiliki ruang dialog. Sengketa pun menjadi konflik terbuka yang sulit diselesaikan secara damai.

Prosedur penolakan klaim seharusnya mencakup kesempatan bagi nasabah untuk mengajukan keberatan resmi, memberikan klarifikasi, atau menghadiri mediasi internal. Jika proses ini dilewatkan, perusahaan berisiko dianggap tidak fair.

Setiap interpretasi polis harus diuji dengan perspektif tertanggung agar keputusan tidak bias. Transparansi proses akan menciptakan rasa keadilan, meskipun hasil akhirnya penolakan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti hakim menjatuhkan vonis tanpa mempersilakan terdakwa membela diri. Dalam asuransi, penolakan klaim tanpa klarifikasi menciptakan ketidakadilan yang serupa.

29. Tidak menyelesaikan komplain sesuai SLA yang ditetapkan OJK

Banyak perusahaan asuransi menetapkan Standar Layanan Minimum (Service Level Agreement – SLA) dalam penanganan pengaduan. Namun, dalam praktiknya, tidak sedikit yang mengabaikan tenggat waktu tersebut. Nasabah yang sudah melapor secara resmi tidak memperoleh jawaban dalam jangka waktu yang dijanjikan. Ketika pertanyaan dibiarkan menggantung selama berminggu-minggu, nasabah merasa disepelekan. Sengketa pun muncul karena perusahaan tidak menunjukkan komitmen menyelesaikan masalah secara profesional.

Ketidakpatuhan pada SLA menunjukkan lemahnya budaya pelayanan. Padahal, OJK sudah menetapkan batas waktu maksimal tertentu untuk merespons dan menyelesaikan pengaduan. Jika perusahaan tidak mematuhi ketentuan ini, kepercayaan publik runtuh. Dalam jangka panjang, reputasi perusahaan bisa hancur hanya karena kebiasaan menunda jawaban.

Masalah semakin pelik ketika nasabah mengadu berulang kali, tetapi tidak ada satu pun jawaban tertulis yang memadai. Banyak nasabah akhirnya membawa masalah ke media massa atau mengajukan pengaduan ke regulator. Konflik yang seharusnya bisa selesai secara internal pun melebar ke ranah publik.

SLA bukan sekadar aturan administrasi, melainkan janji layanan yang wajib ditepati. Jika perusahaan tidak punya sistem monitoring yang baik, pengaduan nasabah akan tercecer di tumpukan berkas. Sengketa pun menjadi bom waktu yang bisa meledak kapan saja.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda lapor kerusakan listrik ke penyedia layanan yang berjanji datang 2 hari, tetapi seminggu kemudian tak ada kabar. Anda merasa tidak dihargai dan kehilangan kepercayaan. Dalam asuransi, pengaduan yang diabaikan menciptakan luka kepercayaan yang sama.

30. Kurang sosialisasi kanal pengaduan resmi seperti LAPS SJK

Sengketa juga timbul karena nasabah tidak tahu jalur resmi untuk mengadukan masalah. Banyak perusahaan asuransi tidak proaktif menjelaskan keberadaan Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) sebagai opsi mediasi. Akibatnya, nasabah yang kecewa hanya bergantung pada jalur internal yang sering tidak transparan. Ketika klaim atau komplain tak kunjung dijawab, nasabah merasa jalan buntu dan frustrasi.

Kurangnya sosialisasi kanal pengaduan resmi menciptakan ketidaksetaraan informasi. Padahal, regulasi mewajibkan perusahaan memberi tahu secara tertulis hak nasabah untuk mengajukan sengketa ke LAPS SJK. Banyak nasabah baru mengetahui opsi ini setelah konflik sudah membesar. Situasi semacam ini memperpanjang proses penyelesaian dan meningkatkan rasa tidak adil.

Perusahaan seharusnya mencantumkan informasi pengaduan resmi dalam polis, situs web, dan surat keputusan klaim. Sikap terbuka akan mengurangi persepsi bahwa perusahaan sengaja mempersulit nasabah. Transparansi menjadi kunci agar nasabah merasa haknya diakui.

Kegagalan memberikan sosialisasi tidak hanya menunjukkan kelalaian prosedur, tapi juga melemahkan reputasi perusahaan. Ketika sengketa sampai ke regulator atau media, perusahaan tidak lagi punya ruang klarifikasi yang nyaman.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda membeli produk elektronik, lalu rusak, tetapi toko tidak pernah menjelaskan cara klaim garansi. Anda pun kebingungan ke mana harus mengadu. Dalam asuransi, kurang sosialisasi kanal pengaduan membuat nasabah kehilangan pegangan saat bermasalah.

Penyebab dari Proses Distribusi dan Pemasaran

31. Pemasaran yang hanya mengejar target produksi, bukan kebutuhan nasabah

Penyebab sengketa yang paling mendasar adalah budaya pemasaran yang hanya fokus mengejar target produksi premi. Banyak perusahaan asuransi memberikan tekanan luar biasa

pada agen untuk mencetak angka penjualan sebanyak mungkin. Imbalan bonus, promosi jabatan, dan pengakuan prestasi membuat agen lebih tertarik menutup transaksi ketimbang memahami kebutuhan perlindungan nasabah secara tulus. Akibatnya, produk sering dijual tidak sesuai kebutuhan, menciptakan potensi sengketa saat klaim atau pembatalan polis terjadi.

Pendekatan ini juga menciptakan hubungan transaksional jangka pendek. Agen tidak membangun kepercayaan, hanya mendorong calon nasabah menandatangani aplikasi secepat mungkin. Ketika risiko muncul, nasabah baru sadar produk yang dibeli tidak sesuai ekspektasi. Sengketa pun muncul karena tertanggung merasa dijadikan sasaran penjualan, bukan mitra proteksi.

Pemasaran berbasis target produksi yang agresif melemahkan edukasi nasabah. Penjelasan manfaat, risiko, dan ketentuan kontrak hanya menjadi formalitas, padahal edukasi adalah pondasi persetujuan yang sah. Ketika aspek ini diabaikan, kontrak asuransi kehilangan makna perlindungan.

Budaya penjualan semacam ini juga merusak citra industri perasuransian secara keseluruhan. Masyarakat semakin skeptis karena merasa agen hanya peduli komisi. Untuk mengubah situasi ini, perusahaan perlu mengalihkan fokus dari volume produksi semata menjadi kualitas layanan dan keberlanjutan relasi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti dokter yang hanya peduli menjual obat paling mahal tanpa memeriksa kebutuhan pasien. Pasien akhirnya sakit

lebih parah. Dalam asuransi, pemasaran yang mengejar target produksi menciptakan risiko sama: ketidakcocokan perlindungan.

32. Ilustrasi manfaat yang menyesatkan, terutama pada produk unit link

Produk unit link yang menggabungkan proteksi dan investasi sangat rentan menjadi sumber sengketa karena ilustrasi manfaat yang menyesatkan. Banyak agen hanya menonjolkan potensi hasil investasi tinggi, tanpa menjelaskan risiko fluktuasi pasar. Ilustrasi dibuat tampak menggiurkan, dengan angka pertumbuhan yang seolah pasti tercapai. Ketika kenyataan investasi tidak sesuai harapan, nasabah merasa tertipu. Sengketa pun tak terhindarkan.

Ilustrasi manfaat seharusnya bersifat estimasi, bukan janji. Namun, cara penyajiannya seringkali tidak proporsional. Angka pertumbuhan optimistis dicetak tebal, sedangkan catatan risiko hanya dicantumkan kecil di halaman belakang. Praktik ini membuat nasabah tidak sadar bahwa nilai tunai bisa saja turun drastis.

Ketika kinerja investasi negatif, banyak nasabah marah karena merasa dijanjikan hasil tertentu. Padahal, perusahaan asuransi hanya berkewajiban memastikan manfaat asuransi dasar, bukan menjamin return investasi. Ketidakseimbangan informasi menjadi sumber konflik yang paling banyak terjadi pada produk *hybrid*.

Perusahaan harus memastikan ilustrasi disertai penjelasan risiko yang setara dengan potensi keuntungan. Transparansi adalah satu-satunya cara mencegah sengketa jangka panjang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti brosur apartemen yang menjanjikan pemandangan laut indah, padahal di belakangnya ada gedung tinggi. Setelah membeli, Anda kecewa. Dalam asuransi unit link, ilustrasi manfaat menyesatkan menciptakan kekecewaan serupa.

33. Tidak menjelaskan risiko investasi dalam produk *hybrid*

Poin ini berkaitan erat dengan ilustrasi menyesatkan, tetapi berbeda aspek. Banyak agen tidak memberikan penjelasan memadai mengenai risiko pasar yang melekat pada produk asuransi hybrid. Mereka hanya mempromosikan kata-kata positif seperti "potensi pertumbuhan" atau "jaminan masa depan," tanpa menjelaskan bahwa nilai unit dapat turun. Ketika dana investasi anjlok, nasabah baru sadar proteksi dan investasi tidak sama.

Kurangnya penjelasan risiko membuat nasabah merasa produk dijual dengan janji palsu. Sengketa menjadi semakin kompleks karena agen tidak meninggalkan bukti tertulis atau rekaman percakapan yang bisa digunakan sebagai klarifikasi. Akhirnya, sengketa berubah menjadi saling tuduh yang sulit diselesaikan secara damai.

Penjelasan risiko harus menjadi bagian wajib dalam proses pemasaran. Bahkan, OJK mewajibkan agen menjelaskan bahwa unit link bukan tabungan, serta tidak ada jaminan keuntungan investasi. Jika penjelasan ini diabaikan, perusahaan asuransi akan dianggap lalai dalam edukasi nasabah.

Produk hybrid menuntut tingkat literasi keuangan lebih tinggi. Ketika nasabah hanya diberi gambaran setengah matang, potensi sengketa meningkat drastis.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli saham atas saran teman tanpa tahu harga bisa naik turun. Ketika rugi, Anda marah karena tidak pernah diberi tahu risiko. Dalam asuransi hybrid, ketidaktahuan risiko menciptakan luka kepercayaan yang sama.

34. Tidak melakukan analisis kebutuhan asuransi sebelum penawaran produk (Gagal lakukan KYC dengan benar)

Setiap penjualan asuransi seharusnya diawali analisis kebutuhan yang mendalam. Agen wajib bertanya: risiko apa yang ingin dilindungi? Berapa penghasilan? Apakah calon nasabah sudah memiliki proteksi lain? Namun, dalam praktiknya, banyak agen melewati tahap ini dan langsung menawarkan produk tertentu. Penjualan tanpa analisis kebutuhan sering menghasilkan polis yang tidak relevan. Ketika klaim terjadi atau nasabah mengevaluasi manfaat, kekecewaan pun muncul. Sengketa menjadi tak terhindarkan.

Analisis kebutuhan bukan sekadar formalitas, melainkan dasar pembenaran bahwa produk yang ditawarkan tepat guna. Ketika proses ini dilewati, perusahaan asuransi gagal menunjukkan kepatuhan prinsip fit and proper. Kontrak asuransi kehilangan integritas.

Pelanggaran prosedur ini juga menciptakan celah bagi nasabah untuk membatalkan polis secara hukum. Mereka bisa berargumen bahwa kontrak ditandatangani tanpa pemahaman memadai. Sengketa yang seharusnya bisa dicegah akhirnya menjadi sengketa hukum yang panjang.

OJK telah mewajibkan formulir analisis kebutuhan yang ditandatangani bersama calon nasabah. Perusahaan yang tidak

mematuhi ketentuan ini menempatkan reputasi dan legalitas produk dalam risiko besar.

Ilustrasi sederhana:

Seperti dokter meresepkan obat tanpa memeriksa gejala pasien. Ketika efek samping muncul, pasien merasa menjadi korban kelalaian. Dalam asuransi, penjualan tanpa analisis kebutuhan menciptakan luka kepercayaan serupa.

35. Menggunakan materi promosi tidak terverifikasi divisi kepatuhan

Penyebab sengketa lain adalah penggunaan materi promosi yang tidak diverifikasi divisi kepatuhan. Banyak agen mencetak selebaran, brosur, atau presentasi sendiri, seringkali berisi janji berlebihan. Materi tidak resmi ini membuat calon nasabah memiliki ekspektasi yang salah tentang manfaat produk. Ketika kontrak resmi tidak sesuai, nasabah merasa ditipu. Sengketa pun menjadi dampak tak terhindarkan dari ketidakteraturan ini.

Materi promosi seharusnya melalui tinjauan hukum dan kepatuhan perusahaan. Tanpa proses verifikasi, informasi produk menjadi liar dan tidak konsisten. Perusahaan asuransi akan kesulitan membela diri karena tidak punya kendali terhadap janji yang dibuat agen.

Ketidakteraturan materi promosi juga menunjukkan lemahnya pengawasan internal. Banyak perusahaan membiarkan agen berkreasi tanpa pedoman yang jelas. Akibatnya, satu produk bisa memiliki banyak versi cerita yang tidak sinkron.

Praktik ini tidak hanya melanggar regulasi, tetapi juga merusak reputasi perusahaan. Ketika sengketa muncul, publik akan menilai perusahaan tidak punya standar yang profesional.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran yang membiarkan pelayan mencetak menu sendiri, lalu menjanjikan bonus gratis yang tidak diakui manajemen. Saat pelanggan protes, manajemen hanya bilang "itu tidak resmi." Dalam asuransi, masalah ini menciptakan konflik serupa.

36. Janji pengembalian premi yang tidak sesuai fakta

Salah satu sumber sengketa paling sering muncul adalah janji pengembalian premi yang tidak berdasar. Banyak agen mengatakan "premi Anda pasti kembali 100% kalau tidak klaim," padahal kebijakan polis tidak menjamin pengembalian semacam itu. Nasabah yang percaya janji manis akhirnya kecewa ketika polis tidak mencantumkan klausul pengembalian premi. Saat mereka menuntut haknya, perusahaan hanya merujuk kontrak, tanpa mempertimbangkan cara produk dipasarkan.

Janji pengembalian premi sering digunakan sebagai taktik agresif untuk menutup penjualan. Padahal, produk dengan fitur nilai tunai atau pengembalian premi memiliki syarat khusus, seperti jangka waktu tertentu atau premi lebih mahal. Jika penjelasan tidak jujur, nasabah berasumsi semua produk asuransi berfungsi seperti tabungan. Sengketa pun tumbuh saat realitas tidak sesuai harapan.

Masalah ini diperparah oleh rendahnya dokumentasi. Banyak agen tidak mencatat janji pengembalian premi secara tertulis. Akibatnya, ketika nasabah mengadu, perusahaan tidak bisa memastikan kebenaran percakapan. Situasi menjadi saling tuduh yang melemahkan kepercayaan.

Pemasaran asuransi wajib berlandaskan fakta kontrak. Janji tambahan apa pun hanya boleh diberikan jika benar-benar diatur

dalam ketentuan polis. Jika tidak, perusahaan akan dianggap membiarkan praktik misleading yang merugikan tertanggung.

Ilustrasi sederhana:

Seperti toko elektronik yang menjanjikan “uang kembali 100%” bila TV rusak dalam setahun, padahal syaratnya hanya berlaku jika membeli asuransi tambahan. Saat klaim ditolak, pelanggan merasa ditipu. Dalam asuransi, janji pengembalian premi menciptakan konflik serupa.

37. Penekanan secara psikologis agar calon nasabah segera tanda tangan aplikasi

Tekanan psikologis menjadi taktik umum pemasaran yang agresif. Agen sering menggunakan kalimat mendesak seperti “promo ini hanya berlaku hari ini” atau “kalau Bapak tidak cepat tanda tangan, akan rugi besar.” Cara semacam ini membuat calon nasabah tidak sempat berpikir jernih atau berdiskusi dengan keluarga. Ketika kemudian produk tidak sesuai harapan, nasabah menyesal dan merasa dipaksa. Sengketa pun muncul dari rasa ditekan secara tidak adil.

Tekanan psikologis bukan hanya etis bermasalah, tetapi juga dapat dianggap pelanggaran prinsip persetujuan sukarela. Kontrak asuransi adalah kesepakatan jangka panjang. Nasabah berhak mendapatkan waktu cukup untuk membaca dan mempertimbangkan semua ketentuan polis.

Banyak perusahaan menutup mata terhadap praktik ini karena agen yang paling agresif biasanya mencetak produksi tinggi. Namun, dalam jangka panjang, pola kerja semacam ini merusak reputasi perusahaan. Nasabah yang kecewa akan menyebarkan cerita buruk, menciptakan citra negatif pada produk asuransi secara umum.

Menghindari tekanan psikologis adalah bagian dari pemasaran beretika. Penjelasan produk seharusnya dilakukan secara sabar, terbuka, dan tanpa intimidasi halus.

Ilustrasi sederhana:

Seperti sales mobil yang menakut-nakuti calon pembeli dengan cerita harga naik besok, padahal promosi tetap berlaku bulan depan. Ketika pembeli menyesal, ia merasa diperdaya. Dalam asuransi, tekanan psikologis menimbulkan luka kepercayaan yang sama.

38. Agen asuransi yang tidak kompeten atau tidak tersertifikasi

Sumber sengketa yang sering diabaikan adalah kompetensi agen. Banyak perusahaan merekrut agen tanpa pelatihan memadai atau sertifikasi resmi. Agen yang tidak menguasai produk akan cenderung menyampaikan informasi setengah matang. Ketika nasabah bertanya detail, jawaban yang diberikan tidak akurat atau bahkan salah total. Sengketa pun menjadi konsekuensi langsung dari ketidakprofesionalan ini.

Agen yang tidak tersertifikasi sering menjual produk hanya berdasarkan materi promosi seadanya. Mereka tidak memahami cara kerja polis, perbedaan manfaat, atau prosedur klaim. Akibatnya, ekspektasi nasabah dibangun di atas pondasi yang rapuh. Ketika risiko muncul, realitas kontrak tidak sesuai cerita agen.

Kurangnya sertifikasi juga membuat agen tidak memahami etika penjualan. Mereka lebih fokus menutup transaksi daripada memastikan nasabah paham risiko. Dalam industri yang berbasis kepercayaan, agen tak terlatih ibarat bom waktu yang siap meledak kapan saja.

Perusahaan yang ingin mengurangi sengketa wajib menerapkan standar kompetensi tinggi. Pelatihan berkala dan sertifikasi wajib menjadi prioritas sebelum agen diizinkan menjual produk.

Ilustrasi sederhana:

Seperti apoteker ilegal yang memberi obat tanpa izin. Pasien mungkin membeli, tetapi ketika masalah muncul, tidak ada yang bisa dimintai pertanggungjawaban. Dalam asuransi, agen tidak kompeten menciptakan risiko sengketa sama besar.

39. Kurangnya dokumentasi rekaman percakapan pemasaran

Banyak konflik antara nasabah dan perusahaan terjadi karena tidak adanya rekaman pembicaraan pemasaran. Ketika klaim ditolak atau manfaat produk tidak sesuai harapan, nasabah menuduh agen menjanjikan sesuatu. Perusahaan pun tidak memiliki bukti pembanding. Situasi menjadi sengketa kata melawan kata yang sulit diselesaikan secara objektif.

Dokumentasi rekaman percakapan sebenarnya adalah langkah sederhana yang sangat penting. Percakapan telepon, presentasi tatap muka, atau konsultasi daring harus dicatat minimal dalam bentuk ringkasan tertulis yang ditandatangani kedua pihak. Dengan bukti ini, sengketa bisa diurai berdasarkan fakta, bukan asumsi.

Kurangnya rekaman juga melemahkan posisi perusahaan di mata regulator. OJK menilai dokumentasi penawaran sebagai salah satu bukti kepatuhan terhadap prinsip transparansi. Jika perusahaan tidak memiliki arsip komunikasi, tuduhan mis-selling menjadi sulit dibantah.

Transparansi dalam komunikasi bukan hanya kewajiban moral, tetapi juga perlindungan hukum bagi semua pihak. Ketika agen, perusahaan, dan nasabah memiliki bukti rekaman yang jelas, potensi sengketa turun drastis.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak kerja yang hanya diomongkan tanpa surat tertulis. Ketika terjadi perselisihan gaji, masing-masing pihak merasa benar. Dalam asuransi, tidak adanya rekaman pembicaraan menimbulkan kebingungan serupa.

40. Tanda tangan dokumen kosong yang akan "diisi belakangan."

Praktik yang sangat berbahaya dan sayangnya masih sering terjadi adalah agen meminta nasabah menandatangani formulir kosong, dengan janji "nanti saya bantu lengkapi datanya." Ketika dokumen diisi tanpa persetujuan, risiko manipulasi data sangat besar. Nasabah bisa dituliskan jawaban berbeda dari yang diinginkan. Saat klaim diajukan, data ini menjadi senjata perusahaan untuk menolak. Sengketa pun terjadi karena nasabah merasa diperdaya sejak awal.

Penandatanganan dokumen kosong melanggar prinsip kesepakatan sukarela. Nasabah kehilangan kendali atas informasi yang tercantum dalam aplikasi. Banyak sengketa menjadi rumit karena perusahaan menganggap dokumen sudah sah, sementara nasabah tidak pernah membaca isinya.

Budaya kerja terburu-buru dan orientasi produksi membuat banyak agen melakukan praktik ini demi mempercepat penutupan polis. Namun, dalam jangka panjang, kerugian reputasi dan risiko hukum jauh lebih besar daripada keuntungan sementara.

Perusahaan harus membuat kebijakan tegas: dokumen hanya boleh ditandatangani setelah lengkap diisi. Edukasi nasabah juga penting, agar mereka berani menolak praktik tanda tangan kosong.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda menandatangani kontrak sewa rumah kosong tanpa detail harga dan masa kontrak. Pemilik bebas menulis syarat sesuka hati. Dalam asuransi, tanda tangan dokumen kosong menciptakan ketidakadilan sama besar.

41. Tidak memberikan *cooling off period* dengan penjelasan lengkap

Cooling off period adalah hak nasabah untuk mempelajari polis dan membatalkan kontrak dalam jangka waktu tertentu tanpa penalti. Namun, banyak agen tidak menjelaskan hak ini dengan benar. Bahkan, ada yang sengaja menyembunyikan informasi agar nasabah tidak punya kesempatan berpikir ulang. Ketika nasabah akhirnya membaca polis dan merasa tidak sesuai, periode cooling off sudah habis. Sengketa pun muncul karena nasabah merasa dipaksa menerima kontrak.

Penjelasan cooling off bukan formalitas. Ini adalah bagian penting untuk memastikan keputusan nasabah benar-benar sadar. Jika hak ini diabaikan, kontrak kehilangan legitimasi moral.

Kurangnya informasi juga menunjukkan lemahnya edukasi. Banyak nasabah baru sadar ada hak cooling off setelah mencari informasi sendiri. Situasi ini menciptakan kekecewaan mendalam.

Cooling off period seharusnya dijelaskan tertulis dan lisan. Jika nasabah memilih melanjutkan kontrak, perusahaan punya bukti bahwa proses berjalan sesuai prosedur.

Ilustrasi sederhana:

Seperti toko online yang tidak menjelaskan hak pengembalian barang. Setelah produk datang dan ternyata rusak, Anda tidak tahu cara mengembalikan. Dalam asuransi, tidak memberi cooling off menciptakan kebingungan serupa.

42. Tidak menjelaskan hak pembatalan dalam periode *free look*

Free look period memberi kesempatan nasabah meninjau polis dengan teliti dan membatalkan kontrak jika tidak sesuai kebutuhan. Banyak agen tidak menjelaskan hak ini secara terbuka. Nasabah sering menganggap kontrak langsung mengikat tanpa jalan keluar. Ketika mereka akhirnya ingin membatalkan, periode sudah lewat. Sengketa pun muncul karena rasa tertipu.

Hak pembatalan free look adalah mekanisme perlindungan konsumen. Ketika perusahaan tidak mensosialisasikan, mereka melemahkan posisi nasabah secara tidak adil.

Kurangnya edukasi free look menunjukkan kegagalan perusahaan menciptakan budaya transparansi. Padahal, OJK sudah mengatur ketentuan ini sebagai standar minimum layanan.

Penjelasan hak pembatalan harus dilakukan tertulis dan dikonfirmasi secara lisan. Jika tidak, nasabah punya dasar kuat menuduh praktik penjualan tidak etis.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli gadget dengan garansi 14 hari pengembalian, tetapi penjual tidak pernah memberitahu Anda. Ketika barang ternyata cacat, Anda kehilangan hak pengembalian. Dalam asuransi, situasi ini menciptakan rasa tidak adil yang sama.

43. Menjanjikan persetujuan klaim mutlak tanpa syarat

Banyak agen menjanjikan klaim pasti disetujui tanpa menjelaskan syarat dan pengecualian polis. Janji semacam ini menciptakan ekspektasi palsu. Ketika klaim ditolak karena alasan sah, nasabah merasa ditipu. Sengketa pun muncul dari perbedaan harapan dan kenyataan.

Janji persetujuan klaim mutlak adalah bentuk mis-selling yang paling parah. Tidak ada polis asuransi yang menjamin pembayaran tanpa syarat. Semua klaim tunduk pada verifikasi dokumen, pengecualian risiko, dan masa tunggu.

Perusahaan harus menindak tegas agen yang membuat klaim palsu. Jika dibiarkan, praktik ini menciptakan risiko hukum yang serius.

Penjelasan prosedur klaim harus mencakup kemungkinan klaim ditolak jika tidak memenuhi ketentuan. Transparansi adalah kunci membangun kepercayaan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti mekanik yang menjanjikan mobil Anda “tidak akan pernah mogok,” padahal semua mesin punya risiko rusak. Dalam asuransi, janji klaim mutlak menimbulkan harapan palsu yang sulit diperbaiki.

44. Mengabaikan profil risiko calon tertanggung

Pemasaran profesional wajib menyesuaikan produk dengan profil risiko calon nasabah. Namun, banyak agen hanya menawarkan produk yang memberikan komisi besar, tanpa mempertimbangkan apakah sesuai kebutuhan. Ketika risiko muncul, perlindungan tidak memadai. Nasabah pun merasa dikhianati.

Profil risiko mencakup pendapatan, kondisi kesehatan, pekerjaan, dan tujuan perlindungan. Jika data ini diabaikan, kontrak asuransi menjadi sekadar transaksi, bukan solusi proteksi.

Mengabaikan profil risiko juga menciptakan celah bagi sengketa hukum. Nasabah bisa berargumen kontrak batal karena tidak melalui proses analisis yang wajar.

Perusahaan wajib memastikan setiap proposal penawaran memiliki lampiran analisis kebutuhan dan profil risiko. Ini bukan hanya regulasi, tetapi etika bisnis.

Ilustrasi sederhana:

Seperti dokter meresepkan obat paling mahal padahal pasien hanya butuh vitamin. Dalam asuransi, ketidakpedulian pada profil risiko menciptakan kekecewaan yang sama besar.

45. Pemberian bonus atau *cashback ilegal* di luar ketentuan perusahaan

Beberapa agen menawarkan bonus atau *cashback* yang tidak resmi untuk menarik nasabah. Praktik ini tidak hanya melanggar ketentuan perusahaan, tetapi juga menciptakan ekspektasi yang tidak bisa dipenuhi. Ketika nasabah menagih bonus, perusahaan menolak mengakui. Sengketa pun muncul karena nasabah merasa ditipu.

Pemberian bonus *ilegal* sering dilakukan diam-diam tanpa dokumen pendukung. Saat terjadi konflik, agen pun menghilang. Nasabah hanya bisa menuntut perusahaan, meskipun perusahaan tidak pernah memberi otorisasi.

Praktik ini menciptakan risiko hukum dan reputasi yang sangat besar. OJK melarang bentuk promosi tidak resmi karena merusak integritas pasar asuransi.

Perusahaan wajib mengawasi penawaran produk secara ketat. Setiap janji bonus harus melalui persetujuan tertulis dan dokumentasi resmi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti sales apartemen yang menjanjikan furniture gratis, padahal pengembang tidak pernah setuju. Ketika unit diserahterimakan kosong, pembeli kecewa. Dalam asuransi, bonus ilegal menimbulkan masalah sama.

Penyebab dari Polis atau Dokumen Kontrak

46. Bahasa polis yang terlalu legalistik, sulit dipahami awam

Salah satu penyebab sengketa klasik dalam asuransi adalah bahasa polis yang sangat formal dan legalistik. Banyak kontrak ditulis menggunakan istilah hukum yang rumit, dengan kalimat panjang yang sulit dimengerti oleh orang awam. Akibatnya, nasabah hanya membaca sekilas tanpa memahami kewajiban dan haknya secara utuh. Ketika klaim diajukan, nasabah baru kaget menemukan syarat dan pengecualian yang tidak pernah dipahami.

Bahasa polis yang rumit menciptakan jurang antara perusahaan dan nasabah. Rasa tidak aman dan kebingungan membuat nasabah enggan bertanya lebih detail. Padahal, kontrak polis adalah dokumen yang mengatur seluruh hak perlindungan keuangan mereka. Sengketa pun tumbuh dari ketidaktahuan

yang sebenarnya bisa dihindari dengan penyusunan bahasa lebih sederhana.

Perusahaan asuransi sering berdalih bahwa bahasa legalistik diperlukan untuk mencegah celah interpretasi. Namun, tanpa ringkasan praktis, polis menjadi kontrak sepihak yang hanya bisa dipahami ahli hukum. Nasabah merasa tak punya posisi tawar saat menandatangani dokumen.

Penggunaan bahasa sederhana bukan hanya bentuk keramahan, tetapi kewajiban moral untuk memastikan nasabah memahami apa yang mereka beli. Ketika perusahaan gagal menyederhanakan bahasa polis, potensi konflik meningkat berkali-kali lipat.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak sewa rumah yang ditulis dengan jargon hukum Latin, penyewa akhirnya menandatangani tanpa tahu detail. Ketika masalah muncul, ia tak paham haknya. Dalam asuransi, bahasa rumit menciptakan kebingungan yang sama.

47. Ketidaksesuaian antara aplikasi polis dan polis final yang diterbitkan

Seringkali terjadi perbedaan antara informasi yang diisi calon nasabah dalam formulir aplikasi dan data yang tercantum pada polis final. Misalnya, nasabah memilih paket pertanggungan tertentu, tetapi polis memuat paket berbeda. Ketidaksesuaian ini menciptakan kebingungan dan sengketa ketika klaim diajukan berdasarkan data aplikasi.

Penyebab ketidaksesuaian bisa bermacam-macam: entri data yang ceroboh, proses underwriting yang berubah di tengah jalan, atau ketidaktelitian agen dalam memeriksa hasil cetak

polis. Sayangnya, jarang ada proses konfirmasi yang transparan sebelum polis dikirim ke nasabah.

Ketika nasabah menyadari selisih data, mereka sering bingung prosedur koreksinya. Beberapa baru menyadari perbedaan saat klaim, di mana perusahaan menolak pembayaran karena polis final yang berlaku berbeda dengan pemahaman nasabah. Sengketa pun tidak terhindarkan.

Konfirmasi data akhir sebelum penerbitan polis adalah langkah sederhana yang bisa mencegah konflik. Perusahaan seharusnya mengirimkan draft final dan meminta persetujuan tertulis dari nasabah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti memesan tiket pesawat kelas ekonomi tetapi boarding pass yang keluar kelas bisnis—atau sebaliknya. Ketika akan terbang, Anda baru menyadari ketidakcocokan. Dalam asuransi, selisih data aplikasi dan polis bisa merugikan nasabah secara serius.

48. Kesalahan cetak data (nama, tanggal lahir, nilai pertanggungan) yang tidak dikoreksi

Kesalahan cetak dalam polis, meskipun tampak sepele, sering menjadi pemicu sengketa. Nama tertanggung yang salah eja, tanggal lahir keliru, atau nilai pertanggungan yang tidak sesuai aplikasi bisa membuat klaim tertolak. Ketika data administrasi tidak akurat, nasabah terpaksa berdebat panjang untuk membuktikan identitas atau haknya.

Sayangnya, banyak perusahaan hanya menganggap kesalahan cetak sebagai masalah administrasi, bukan risiko hukum. Akibatnya, tidak ada proses verifikasi detail sebelum

polis dikirim. Tanggung jawab pembetulan dilempar ke nasabah tanpa mekanisme yang mudah.

Kesalahan data juga bisa berdampak serius pada perhitungan premi atau pengelolaan investasi. Misalnya, nilai pertanggungan yang lebih kecil dari yang diinginkan membuat proteksi menjadi tidak memadai. Sengketa akan muncul saat risiko terjadi dan manfaat asuransi tidak mencukupi kebutuhan.

Verifikasi cetak polis harus menjadi prosedur wajib dengan tanda tangan persetujuan final. Jika perusahaan tidak melakukan langkah ini, mereka menempatkan nasabah dalam risiko kerugian yang sebenarnya bisa dicegah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti buku tabungan bank yang salah mencetak saldo Anda. Ketika menarik dana, petugas menolak karena saldo tak sesuai sistem. Dalam asuransi, kesalahan cetak data menciptakan kerugian yang sama nyata.

49. Tidak ada ringkasan manfaat dan pengecualian yang ringkas

Ringkasan manfaat dan pengecualian adalah cara efektif membantu nasabah memahami polis tanpa harus membaca ratusan halaman. Namun, banyak perusahaan tidak menyediakan dokumen ini secara jelas. Nasabah hanya menerima dokumen panjang yang sulit dicerna, sehingga tidak pernah tahu batasan proteksi secara ringkas.

Ketika klaim diajukan, nasabah merasa dirugikan karena pengecualian tertentu belum pernah dijelaskan secara praktis. Sengketa pun muncul karena perbedaan persepsi: nasabah

menganggap semua risiko dijamin, sedangkan perusahaan merujuk pasal-pasal tersembunyi dalam dokumen utama.

Ketiadaan ringkasan manfaat membuat posisi nasabah sangat lemah. Mereka tidak punya acuan singkat yang mudah diingat. Padahal, ringkasan satu halaman dapat menjadi pengingat hak dan kewajiban utama.

Praktik internasional mewajibkan ringkasan manfaat sebagai lampiran wajib setiap kontrak asuransi. Jika perusahaan mengabaikan ini, potensi sengketa akan terus berulang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli gadget tanpa kartu garansi ringkas yang menjelaskan masa berlaku dan pengecualian. Ketika rusak, Anda kebingungan apakah garansi masih aktif. Dalam asuransi, ketiadaan ringkasan manfaat menciptakan kebingungan serupa.

50. Ketentuan pengecualian yang samar atau multitafsir

Pengecualian dalam polis harus dirumuskan secara jelas dan spesifik. Namun, banyak perusahaan menggunakan bahasa yang multitafsir, sehingga nasabah tidak bisa menilai risiko dengan pasti. Misalnya, frasa “tindakan ilegal” tanpa definisi rinci. Ketika klaim terjadi, perusahaan menginterpretasikan secara sepihak untuk menolak pembayaran.

Ketidakjelasan pengecualian menciptakan konflik karena nasabah merasa dijebak. Mereka menganggap klausul sengaja dibuat kabur agar perusahaan bebas menolak klaim kapan saja. Sengketa pun menjadi pertarungan interpretasi yang panjang dan melelahkan.

Penulisan klausul pengecualian seharusnya diuji publik untuk memastikan tidak menimbulkan kebingungan. Jika perusahaan enggan menjelaskan secara tertulis, mereka memelihara potensi konflik jangka panjang.

Pengecualian yang samar melemahkan prinsip kepastian hukum. Padahal, nasabah berhak memahami risiko apa yang dikecualikan secara tegas sebelum menandatangani kontrak.

Ilustrasi sederhana:

Seperti peraturan apartemen yang melarang "aktivitas mengganggu," tetapi tidak menjelaskan contoh. Penghuni bisa dituduh melanggar hanya karena memutar musik. Dalam asuransi, pengecualian multitafsir menciptakan ketidakadilan serupa.

51. Perbedaan antara proposal ilustrasi dan kontrak polis

Banyak sengketa bermula dari ketidaksamaan informasi antara proposal ilustrasi yang diserahkan saat penawaran dan polis final yang diterbitkan. Proposal ilustrasi sering dibuat semenarik mungkin untuk menarik minat calon nasabah. Angka proyeksi manfaat tinggi dicantumkan besar-besar, sedangkan batasan atau risiko hanya tertulis kecil di bagian bawah. Ketika kontrak polis final diterbitkan, manfaat riil tidak sesuai dengan proyeksi. Nasabah pun merasa ditipu.

Ketidaksesuaian ini sebetulnya mudah dihindari jika perusahaan mewajibkan agen menjelaskan perbedaan ilustrasi dan kontrak. Namun, dalam praktiknya, banyak agen hanya menekankan potensi hasil maksimal tanpa memastikan nasabah memahami bahwa kontrak polis adalah dokumen yang mengikat secara hukum, bukan ilustrasi.

Kesenjangan antara ilustrasi dan kontrak menciptakan ilusi proteksi yang tidak realistis. Ketika klaim muncul atau manfaat lebih kecil dari proyeksi, nasabah merasa perusahaan sengaja mengelabui. Sengketa pun menjadi pertikaian interpretasi yang rumit.

Proposal ilustrasi wajib selalu diberikan bersamaan dengan ringkasan manfaat, pengecualian, dan simulasi risiko terburuk. Transparansi sejak awal akan mengurangi potensi konflik.

Ilustrasi sederhana:

Seperti brosur mobil yang mencantumkan konsumsi bensin super irit, tetapi di catatan kaki tertulis “hanya untuk kecepatan konstan 40 km/jam.” Saat dipakai sehari-hari, konsumsi bensin jauh lebih boros. Dalam asuransi, ketidaksesuaian ilustrasi dan polis menimbulkan kekecewaan serupa.

52. Kurangnya ketentuan tertulis mengenai hak pengembalian premi

Tidak sedikit nasabah membeli polis dengan keyakinan premi akan dikembalikan jika tidak ada klaim atau jika polis dibatalkan dalam jangka waktu tertentu. Namun, banyak kontrak polis tidak mencantumkan ketentuan ini secara eksplisit. Ketika nasabah mengajukan pengembalian premi, perusahaan menolak karena tidak ada klausul resmi. Sengketa pun muncul dari perbedaan harapan dan dokumen.

Kurangnya ketentuan tertulis menciptakan ruang interpretasi yang berbahaya. Nasabah yang percaya ucapan agen merasa dibohongi. Perusahaan yang hanya berpegang pada polis final juga tampak tidak peduli pada ekspektasi yang terbangun saat pemasaran.

Ketentuan pengembalian premi harus dijelaskan secara tertulis, lengkap dengan syarat dan batas waktu. Jika tidak, nasabah akan menuntut hak yang sebenarnya tidak pernah dijanjikan secara resmi.

Ketiadaan klausul pengembalian premi bukan hanya masalah teknis, tetapi menunjukkan lemahnya tata kelola komunikasi produk. Praktik yang tidak transparan inilah yang sering mencoreng nama baik industri perasuransian.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran yang mengiklankan "uang kembali jika tidak puas," tetapi tidak pernah mencantumkan prosedur tertulis. Ketika pelanggan komplain, manajer menolak mengembalikan uang. Dalam asuransi, ketiadaan klausul pengembalian premi menimbulkan kekecewaan yang sama.

53. Tidak mencantumkan dengan jelas masa tunggu atau *grace period*

Masa tunggu (*waiting period*) dan *grace period* adalah dua hal krusial dalam kontrak asuransi. Masa tunggu menentukan kapan perlindungan mulai berlaku, sedangkan *grace period* mengatur tenggat waktu pembayaran premi sebelum polis *lapse*. Banyak polis tidak menjelaskan dua hal ini secara gamblang di bagian depan. Akibatnya, nasabah sering salah paham, mengira perlindungan berlaku sejak premi pertama dibayar.

Ketika risiko muncul dalam masa tunggu, klaim ditolak sesuai ketentuan polis. Namun, karena penjelasan tidak transparan, nasabah merasa dirugikan. Sengketa pun berkembang dari persepsi "asuransi hanya mencari-cari alasan menolak klaim."

Grace period yang tidak jelas juga menyebabkan kebingungan. Nasabah sering tidak tahu kapan tepatnya status polis menjadi *lapse*. Kurangnya informasi memadai membuat mereka merasa perusahaan bertindak semena-mena saat menolak klaim setelah keterlambatan pembayaran.

Penjelasan masa tunggu dan *grace period* seharusnya selalu diberikan secara tertulis, ringkas, dan dikonfirmasi tanda tangan nasabah. Langkah sederhana ini akan menghindari konflik di masa depan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti asrama yang baru bisa ditempati dua minggu setelah membayar, tetapi pengelola tidak memberi tahu. Saat datang lebih awal, penghuni ditolak masuk. Dalam asuransi, masa tunggu tak dijelaskan membuat nasabah merasa diperlakukan tidak adil.

54. Dokumen tambahan yang tidak dijelaskan saat penutupan polis

Ketika polis diterbitkan, sering ada lampiran tambahan yang mengatur detail syarat manfaat, pengecualian, atau klausul khusus. Banyak agen tidak menjelaskan keberadaan dokumen ini, sehingga nasabah hanya membaca polis utama. Ketika klaim terjadi, perusahaan merujuk lampiran yang tidak pernah dipahami nasabah. Sengketa pun muncul dari ketidaktahuan yang sebenarnya bisa dihindari.

Lampiran klausul tambahan seharusnya selalu dijelaskan dan dikonfirmasi tanda terima. Namun, dalam praktiknya, dokumen ini sering diselipkan di tumpukan kertas yang nasabah tandatangani secara terburu-buru. Ketika ketentuan lampiran digunakan untuk menolak klaim, nasabah merasa diperdaya.

Kurangnya edukasi mengenai dokumen tambahan melemahkan transparansi. Nasabah yang tidak paham batasan proteksi akan selalu merasa dicurangi saat risiko terjadi.

Perusahaan harus membuat sistem distribusi dokumen yang jelas, lengkap dengan bukti penerimaan. Ini bukan hanya bentuk kepatuhan, tetapi fondasi kepercayaan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti membeli paket wisata dengan brosur utama yang indah, tetapi ada lampiran kecil yang mengecualikan banyak fasilitas. Saat perjalanan dimulai, Anda baru tahu kenyataan. Dalam asuransi, lampiran tak dijelaskan menciptakan kerugian serupa.

55. Lampiran klausul tambahan yang tidak pernah diserahkan

Lebih parah dari poin sebelumnya, dalam beberapa kasus lampiran klausul tambahan bahkan tidak pernah diberikan kepada nasabah. Ketika klaim muncul, perusahaan tiba-tiba merujuk dokumen yang nasabah tidak pernah lihat atau tanda tangani. Sengketa pun menjadi konflik fundamental yang menguji itikad baik perusahaan.

Klausul tambahan yang tidak diserahkan menimbulkan ketidakadilan. Nasabah tidak memiliki kesempatan membaca, memahami, atau mempertimbangkan konsekuensinya. Akibatnya, dasar hukum perusahaan untuk menolak klaim menjadi lemah.

OJK secara tegas mewajibkan perusahaan memberikan semua dokumen kontrak secara lengkap. Jika tidak, nasabah

berhak mengajukan keberatan resmi. Sengketa semacam ini sering menjadi alasan utama pengaduan ke LAPS SJK.

Penyediaan dokumen bukan formalitas, melainkan hak nasabah yang tidak bisa ditawar. Transparansi distribusi dokumen adalah bagian integral etika industri perasuransian.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak jual beli rumah yang tiba-tiba merujuk "Lampiran B" padahal Anda tidak pernah menerima lampiran itu. Dalam asuransi, praktik ini menciptakan rasa ketidakadilan yang sama besar.

56. Ketidakkonsistenan format polis antar produk dalam satu perusahaan

Polis yang diterbitkan oleh satu perusahaan sering memiliki format berbeda antarproduk. Bahasa hukum, cara penulisan manfaat, dan struktur pengecualian tidak konsisten. Ketidakkonsistenan ini membingungkan nasabah, terutama jika mereka memiliki lebih dari satu polis. Sengketa muncul karena perbedaan interpretasi atas ketentuan yang mirip, tetapi ditulis berbeda.

Kurangnya standarisasi format menciptakan celah multitafsir. Apa yang diatur secara tegas dalam satu polis bisa tampak kabur di polis lain. Ketika klaim diajukan, nasabah mempertanyakan mengapa ketentuan bisa berbeda padahal produk serupa.

Perusahaan sering menganggap format polis hanya soal estetika. Padahal, konsistensi dokumen adalah bagian dari akuntabilitas kontrak. Tanpa format baku, potensi konflik akan selalu ada.

Standarisasi dokumen akan membantu agen menjelaskan produk lebih konsisten dan memudahkan nasabah membandingkan manfaat secara objektif.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank yang menerbitkan buku tabungan dengan desain dan istilah berbeda, padahal layanan sama. Nasabah kebingungan membaca ketentuan. Dalam asuransi, format tak konsisten membuat nasabah merasa dipermainkan.

57. Kurang bukti tanda terima polis oleh nasabah

Dalam banyak sengketa, perusahaan mengklaim sudah mengirim polis lengkap. Namun, nasabah menegaskan tidak pernah menerima. Ketiadaan bukti tanda terima membuat konflik sulit diselesaikan secara objektif. Sengketa pun berubah menjadi saling tuduh tanpa dasar yang jelas.

Bukti tanda terima polis adalah dokumen penting yang memastikan nasabah telah memperoleh hak informasinya. Tanpa bukti ini, perusahaan rentan disalahkan jika nasabah merasa tidak diberi kesempatan membaca kontrak.

Pengiriman polis seharusnya menggunakan mekanisme yang tercatat, baik melalui tanda tangan penerimaan fisik, email konfirmasi, atau sistem tracking resmi. Sayangnya, banyak perusahaan menganggap pengiriman sudah cukup dengan menitipkan pada agen.

Ketika sengketa muncul, perusahaan harus membuktikan bahwa nasabah sudah menerima dokumen. Kegagalan menyediakan bukti akan membuat posisi hukum perusahaan lemah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti toko online yang hanya bilang “paket sudah dikirim,” tetapi tidak ada resi pengiriman. Saat barang hilang, pembeli tidak percaya. Dalam asuransi, bukti tanda terima polis punya peran vital yang sama.

58. Formulir pengajuan klaim yang rumit dan tidak standar

Formulir klaim sering menjadi momok bagi nasabah. Banyak perusahaan menciptakan formulir yang bertele-tele, panjang, dan tidak konsisten antarproduk. Syarat pengisian tidak jelas, kolom duplikat, dan istilah hukum sulit dimengerti. Akibatnya, nasabah sering salah mengisi, lalu klaim tertunda atau ditolak. Sengketa pun tumbuh dari frustasi yang seharusnya tidak perlu terjadi.

Formulir klaim seharusnya menjadi alat mempermudah proses, bukan menghalangi. Standar internasional menekankan formulir sederhana, ringkas, dan mudah dipahami. Namun, di banyak perusahaan, formulir justru menjadi tembok birokrasi yang memicu konflik.

Kurangnya petunjuk pengisian dan tidak adanya layanan bantuan memperburuk keadaan. Nasabah merasa sendirian menghadapi proses administrasi yang rumit.

Penyederhanaan formulir klaim adalah langkah strategis menurunkan sengketa. Proses yang transparan akan menciptakan kepercayaan jangka panjang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti mengajukan visa dengan formulir 20 halaman tanpa panduan. Setiap kesalahan membuat aplikasi ditolak. Dalam asuransi, formulir klaim rumit menciptakan tekanan serupa.

59. Syarat pembaruan data yang tidak jelas prosedurnya

Pembaruan data seperti alamat, nomor rekening, atau ahli waris seharusnya mudah dilakukan. Namun, banyak perusahaan tidak menyediakan prosedur yang jelas. Nasabah kebingungan bagaimana cara memperbarui data dan dokumen apa yang diperlukan. Akibatnya, data menjadi usang, dan ketika klaim diajukan, terjadi perbedaan informasi yang memicu sengketa.

Ketidakjelasan prosedur menunjukkan lemahnya manajemen data perusahaan. Nasabah merasa tidak dibantu dalam menjaga akurasi informasinya sendiri.

Proses pembaruan data seharusnya sederhana, transparan, dan terdokumentasi. Jika tidak, kesalahan data akan terus terakumulasi hingga memicu konflik serius saat klaim.

Perusahaan harus membuat panduan pembaruan data yang ringkas, lengkap dengan saluran layanan konsumen yang responsif.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank yang tidak jelas prosedur ubah alamat. Ketika kartu debit dikirim ke alamat lama, Anda merasa ditelantarkan. Dalam asuransi, masalah ini menciptakan sengketa yang sama.

60. Ketidakcocokan ketentuan polis dengan regulasi terbaru

Polis yang tidak diperbarui sesuai regulasi terbaru menimbulkan risiko hukum tinggi. Ketika OJK atau otoritas lain mengeluarkan aturan baru, perusahaan wajib menyesuaikan kontrak. Jika tidak, ketidaksesuaian ini menjadi celah sengketa, karena nasabah berhak memperoleh perlindungan berdasarkan peraturan terkini.

Banyak perusahaan menunda pembaruan dokumen karena alasan teknis atau biaya cetak ulang. Namun, kelambatan ini menciptakan kerancuan hak dan kewajiban. Ketika terjadi klaim, nasabah merasa dirugikan karena polisnya ketinggalan zaman.

Ketidakcocokan regulasi membuat nasabah bingung: mana yang berlaku, polis lama atau aturan baru? Sengketa pun berubah menjadi masalah hukum yang rumit.

Penyesuaian polis seharusnya dilakukan proaktif dan disosialisasikan secara tertulis. Transparansi perubahan akan memperkuat kepercayaan nasabah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak kerja yang tidak diperbarui setelah undang-undang baru. Ketika terjadi perselisihan, pihak yang dirugikan menuntut hak sesuai aturan terbaru. Dalam asuransi, ketidaksesuaian regulasi menciptakan risiko serupa.

Penyebab dari Proses Klaim dan *Loss Adjusting*

61. Penilaian kerugian oleh *loss adjuster* yang tidak objektif

Penilaian kerugian oleh *loss adjuster* seharusnya menjadi tahap paling adil dalam proses klaim. Namun, dalam banyak kasus, *loss adjuster* tidak sepenuhnya independen. Beberapa bekerja terlalu dekat dengan perusahaan asuransi sehingga cenderung menilai kerugian serendah mungkin demi menghemat pembayaran klaim. Ketika hasil penilaian tidak sesuai ekspektasi nasabah, sengketa pun bermula.

Kurangnya objektivitas menciptakan rasa ketidakadilan. Nasabah merasa perjuangan panjang mengajukan klaim

berakhir pada keputusan sepihak. Proses yang seharusnya menjadi jembatan solusi malah menjadi pemicu konflik.

Masalah ini sering diperburuk oleh tidak adanya ruang klarifikasi. Ketika nasabah mempertanyakan metode perhitungan, *loss adjuster* tidak memberi penjelasan rinci. Transparansi menjadi hilang, dan ketidakpercayaan semakin tumbuh.

Independensi *loss adjuster* wajib dijaga melalui kode etik yang ketat dan pemantauan perusahaan. Tanpa itu, proses klaim kehilangan kredibilitas.

Ilustrasi sederhana:

Seperti hakim yang seharusnya netral tetapi ternyata berteman dekat dengan penggugat. Keputusan yang diambil tidak lagi obyektif. Dalam asuransi, penilaian tidak adil oleh *loss adjuster* menciptakan kekecewaan serupa.

62. Kurangnya transparansi perhitungan nilai ganti rugi

Banyak sengketa klaim muncul karena perusahaan atau *loss adjuster* tidak menjelaskan secara terbuka bagaimana nilai ganti rugi ditentukan. Nasabah hanya menerima angka final tanpa rincian metode perhitungan. Ketika selisih klaim terlalu jauh dari estimasi pribadi nasabah, rasa curiga dan marah pun muncul.

Transparansi perhitungan ganti rugi bukan hanya bentuk profesionalisme, tetapi hak nasabah yang diatur dalam ketentuan regulasi perlindungan konsumen. Tanpa penjelasan detail, nasabah merasa keputusan dibuat secara sepihak.

Proses klarifikasi juga sering diabaikan. Banyak perusahaan tidak menyediakan jalur diskusi agar nasabah bisa memahami

dasar penghitungan secara logis. Akibatnya, perbedaan persepsi menjadi konflik berkepanjangan.

Penjelasan detail perhitungan ganti rugi dapat menurunkan potensi sengketa signifikan. Nasabah lebih mudah menerima hasil jika merasa diberi pengetahuan yang adil.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran yang hanya memberi tagihan akhir tanpa struk rinci menu yang dipesan. Anda pasti mempertanyakan kebenaran total harga. Dalam asuransi, perhitungan ganti rugi yang gelap menciptakan kecurigaan yang sama.

63. Dokumen klaim yang hilang atau tidak terdokumentasi dengan baik

Proses klaim yang panjang sering melibatkan banyak dokumen pendukung. Sayangnya, tidak sedikit perusahaan asuransi yang lalai menyimpan dokumen secara rapi. Ketika dokumen hilang atau tercecer, proses klaim terhenti atau terpaksa diulang. Nasabah merasa dipermainkan dan sengketa pun muncul karena keterlambatan yang tidak perlu.

Kehilangan dokumen bukan hanya kesalahan administratif. Ini menunjukkan lemahnya manajemen klaim dan tidak adanya sistem penyimpanan yang profesional. Apalagi jika nasabah sudah menyerahkan dokumen asli yang sulit diganti.

Kekeliruan ini sering membuat nasabah frustrasi, karena mereka harus kembali mencari bukti transaksi atau laporan kerugian. Setiap keterlambatan memperburuk suasana hati dan merusak reputasi perusahaan.

Perusahaan wajib memiliki sistem pengarsipan digital atau konfirmasi penerimaan dokumen secara elektronik. Tanpa langkah ini, risiko sengketa akan terus berulang.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kantor imigrasi yang kehilangan paspor Anda saat pengajuan visa. Anda pun harus mengurus ulang dari awal. Dalam asuransi, hilangnya dokumen klaim menciptakan rasa tidak aman yang sama.

64. Proses klaim yang melebihi SLA tanpa penjelasan

Standar Layanan Minimum (*Service Level Agreement*) untuk proses klaim sudah diatur OJK dengan batas waktu tertentu. Namun, banyak perusahaan melebihi tenggat tanpa memberikan alasan jelas. Nasabah pun hanya bisa menunggu dalam ketidakpastian. Ketika proses berlarut-larut tanpa kepastian, rasa frustrasi berubah menjadi sengketa.

Kurangnya komunikasi selama keterlambatan membuat nasabah merasa diabaikan. Apalagi jika nilai klaim cukup besar atau risiko yang dialami mengakibatkan kerugian ekonomi serius.

Setiap keterlambatan seharusnya dijelaskan secara resmi, lengkap dengan estimasi waktu tambahan. Namun, banyak perusahaan hanya menjawab singkat bahwa klaim “masih dalam proses,” tanpa kepastian yang menenangkan.

Pelanggaran SLA berulang kali akan membuat nasabah kehilangan kepercayaan. Mereka akan mempertanyakan apakah perusahaan sengaja memperlambat pembayaran.

Ilustrasi sederhana:

Seperti rumah sakit yang berjanji hasil tes keluar 3 hari, tetapi seminggu kemudian belum ada kabar. Anda pun cemas dan merasa tidak dihargai. Dalam asuransi, SLA yang dilanggar menciptakan ketidakpuasan serupa.

65. Permintaan dokumen tambahan berkali-kali tanpa batas waktu jelas

Dalam beberapa kasus, petugas klaim meminta dokumen tambahan secara bertahap, tanpa menyebut batas waktu permintaan. Nasabah sudah menyerahkan berkas, tetapi kemudian diminta dokumen lain yang belum disebutkan sebelumnya. Proses ini bisa terjadi berkali-kali sehingga klaim tidak pernah selesai. Sengketa pun muncul karena nasabah merasa dipermainkan.

Permintaan dokumen yang tidak terstruktur menunjukkan lemahnya perencanaan dan profesionalisme. Padahal, daftar dokumen yang diperlukan seharusnya sudah diinformasikan lengkap sejak awal.

Setiap permintaan tambahan harus disertai alasan tertulis dan batas waktu yang jelas. Tanpa kepastian, proses klaim menjadi labirin tak berujung yang menguras energi dan emosi nasabah.

Perusahaan yang membiarkan praktik ini akan kehilangan reputasi di mata publik. Nasabah yang kecewa akan menceritakan pengalaman buruk mereka, menciptakan citra negatif industri perasuransian.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kantor pajak yang meminta dokumen berbeda setiap minggu tanpa daftar lengkap. Anda pun merasa disandera prosedur yang tidak profesional. Dalam asuransi, pengalaman ini menciptakan frustrasi yang sama.

66. Penolakan klaim dengan alasan yang tidak tertulis di polis

Penolakan klaim hanya sah jika berdasarkan ketentuan kontrak tertulis. Namun, dalam praktiknya, ada perusahaan yang menolak klaim dengan alasan yang tidak tercantum dalam polis. Misalnya, klaim ditolak karena “tidak sesuai kebijakan internal,” padahal kebijakan itu tidak pernah diinformasikan nasabah. Sengketa pun muncul karena keputusan dianggap sewenang-wenang.

Setiap alasan penolakan wajib mengacu pada pasal polis yang jelas. Jika perusahaan menciptakan dalih baru, posisi hukumnya menjadi lemah.

Alasan tidak tertulis juga menunjukkan budaya layanan yang buruk. Nasabah merasa klaim dipersulit tanpa dasar yang adil.

Praktik ini adalah salah satu penyebab sengketa yang paling sulit dimediasi. Ketika nasabah menemukan bahwa kontraknya tidak dihormati, kepercayaan pun runtuh total.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran yang menolak diskon dengan alasan “aturan manajer,” padahal syarat diskon tidak pernah ditulis. Dalam asuransi, penolakan tanpa dasar tertulis menimbulkan kemarahan serupa.

67. Kurangnya bukti komunikasi tertulis saat klaim

Setiap proses klaim seharusnya memiliki jejak komunikasi tertulis yang terdokumentasi dengan baik. Namun, banyak perusahaan asuransi hanya mengandalkan percakapan telepon atau obrolan lisan antara petugas klaim dan nasabah. Ketika terjadi perbedaan persepsi mengenai informasi yang sudah diberikan, tidak ada bukti tertulis yang bisa dijadikan referensi. Sengketa pun muncul karena masing-masing pihak merasa versinya yang benar.

Kurangnya bukti komunikasi menunjukkan lemahnya manajemen proses klaim. Nasabah kehilangan rasa aman karena tidak tahu apakah permintaan atau penjelasannya benar-benar dicatat. Dalam situasi tekanan emosional, ingatan bisa kabur, sehingga dokumen tertulis menjadi satu-satunya pegangan.

Dokumentasi komunikasi bukan hanya prosedur administratif, tetapi juga bentuk transparansi. Nasabah merasa lebih percaya jika setiap langkah proses klaim disertai catatan email, surat resmi, atau notulensi yang bisa dibaca kembali.

Ketika sengketa naik ke jalur hukum atau mediasi, bukti tertulis menjadi dasar argumen yang kuat. Ketiadaannya membuat penyelesaian konflik menjadi jauh lebih sulit.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kontrak kerja yang hanya diomongkan tanpa surat perjanjian. Saat terjadi perselisihan gaji, Anda dan atasan hanya saling klaim siapa yang benar. Dalam asuransi, komunikasi lisan yang tak terdokumentasi menciptakan kebingungan yang sama.

68. Audit retrospektif yang memicu pengembalian klaim

Audit retrospektif terjadi ketika perusahaan asuransi melakukan pemeriksaan ulang terhadap klaim yang sudah dibayar. Jika ditemukan ketidaksesuaian data atau dugaan kecurangan, perusahaan bisa menuntut pengembalian uang klaim. Prosedur ini sering memicu sengketa karena nasabah merasa sudah menyelesaikan kewajibannya.

Audit retrospektif yang tidak transparan membuat nasabah terkejut. Mereka biasanya tidak pernah diberi tahu bahwa klaim akan ditinjau ulang setelah pembayaran. Ketika surat penagihan datang, nasabah merasa haknya dilanggar.

Praktik ini harus diatur jelas dalam polis dan dijelaskan sejak awal. Audit retrospektif seharusnya hanya dilakukan jika ada indikasi kuat fraud, bukan untuk mencari-cari kesalahan administratif.

Ketika audit dijalankan tanpa prosedur yang akuntabel, nasabah kehilangan kepercayaan pada perusahaan. Sengketa pun berubah menjadi konflik hukum berkepanjangan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kantor pajak yang menagih pajak tambahan bertahun-tahun setelah Anda membayar, tanpa pernah menjelaskan alasannya. Dalam asuransi, audit retrospektif tanpa transparansi menimbulkan kemarahan serupa.

69. Perbedaan penafsiran masa tunggu klaim

Masa tunggu klaim (*waiting period*) sering menjadi sumber kebingungan. Nasabah mengira perlindungan sudah aktif penuh sejak premi pertama dibayar. Namun, perusahaan asuransi

menolak klaim karena risiko terjadi dalam masa tunggu tertentu. Perbedaan penafsiran inilah yang kemudian menjadi sengketa.

Seringkali polis tidak menjelaskan masa tunggu secara tegas atau menyebutkan pengecualian tambahan yang tidak dijelaskan saat penutupan. Akibatnya, nasabah merasa perusahaan menciptakan aturan baru hanya untuk menolak klaim.

Poin masa tunggu wajib dijelaskan secara tertulis, dengan contoh kasus praktis agar nasabah memahami konsekuensinya. Tanpa edukasi ini, potensi sengketa akan terus tinggi.

Ketika terjadi klaim yang ditolak karena masa tunggu, komunikasi harus disertai bukti ketentuan dalam polis. Jika perusahaan tidak memiliki rekaman penjelasan, posisi hukum mereka menjadi lemah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti asuransi perjalanan yang ternyata baru aktif 24 jam setelah pembelian, tetapi Anda tak pernah diberi tahu. Ketika koper hilang di bandara, klaim Anda ditolak. Dalam asuransi jiwa atau kesehatan, situasinya menimbulkan kekecewaan serupa.

70. Penerapan pengecualian secara sewenang-wenang

Pengecualian dalam polis hanya boleh diterapkan sesuai teks kontrak. Namun, ada perusahaan yang memaknai klausul pengecualian terlalu luas. Contohnya, semua risiko yang "berkaitan" dengan penyakit bawaan ditolak, meskipun tidak ada bukti langsung. Sikap sewenang-wenang seperti ini membuat nasabah merasa dihakimi secara tidak adil.

Penerapan pengecualian seharusnya disertai bukti medis atau dokumen yang mendukung alasan penolakan. Jika hanya berdasar interpretasi internal, sengketa menjadi tak terelakkan.

Perusahaan wajib memiliki proses klarifikasi dan ruang keberatan yang terbuka. Sengketa sering menjadi lebih panas karena nasabah tidak diberi kesempatan menjelaskan posisinya.

Klausul pengecualian yang multitafsir harus diuji publik dan disederhanakan bahasanya. Sikap fair dalam menafsirkan pasal adalah dasar kredibilitas perusahaan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bengkel yang menolak garansi dengan alasan "kerusakan akibat penggunaan tidak wajar," padahal mobil hanya dipakai normal. Dalam asuransi, penafsiran sepihak menciptakan rasa ketidakadilan yang sama.

71. Petugas klaim yang tidak empatik dan kurang terlatih

Nasabah mengajukan klaim biasanya dalam kondisi sulit: sakit berat, kehilangan harta, atau berduka. Namun, petugas klaim sering bersikap kaku, dingin, dan tidak empatik. Ketika pertanyaan dijawab sekenanya atau nada bicara terdengar sinis, rasa sakit hati nasabah semakin dalam. Sengketa pun muncul bukan hanya karena substansi klaim, tetapi cara perusahaan memperlakukan nasabah.

Kurangnya pelatihan empati membuat petugas klaim tidak siap menghadapi emosi nasabah. Mereka lebih fokus pada checklist prosedur ketimbang mendengarkan keluhan. Padahal, sentuhan kemanusiaan sering menjadi penawar ketegangan.

Petugas klaim profesional harus mampu menjelaskan proses dengan sabar, tanpa defensif. Komunikasi yang baik bisa menenangkan nasabah bahkan ketika klaim terpaksa ditolak.

Ketika petugas bersikap arogan, nasabah akan merasa dilecehkan. Sengketa yang sebetulnya bisa diselesaikan dengan dialog berubah menjadi konflik besar.

Ilustrasi sederhana:

Seperti resepsionis rumah sakit yang menegur pasien dengan nada kasar di ruang UGD. Rasa sakit fisik bercampur dengan sakit hati. Dalam klaim asuransi, sikap tidak empatik menciptakan luka sama dalam.

72. Sengketa identitas ahli waris saat pencairan klaim

Dalam asuransi jiwa, pencairan klaim hanya bisa dilakukan kepada ahli waris sah. Namun, sering kali terjadi konflik antaranggota keluarga mengenai siapa yang berhak menerima. Ketika data ahli waris di polis tidak diperbarui, perusahaan terjebak dalam sengketa internal keluarga yang rumit.

Kurangnya edukasi untuk memperbarui data ahli waris membuat situasi semakin sulit. Nasabah sering tidak sadar pentingnya pembaruan, apalagi setelah pernikahan atau perceraian. Ketika klaim diajukan, muncul gugatan hukum dari pihak yang merasa lebih berhak.

Sengketa ahli waris sering memakan waktu panjang dan memperburuk kondisi emosional keluarga. Perusahaan asuransi pun terpaksa menunda pembayaran sampai ada putusan resmi.

Penyelesaian sengketa ini membutuhkan komunikasi yang sabar dan dokumentasi lengkap agar semua pihak memahami prosedur hukum.

Ilustrasi sederhana:

Seperti keluarga yang berebut warisan tanpa surat wasiat jelas. Proses menjadi panjang, melelahkan, dan memicu permusuhan. Dalam asuransi, klaim jiwa yang tidak tertib data ahli waris menciptakan konflik serupa.

73. Ketidakjelasan jalur eskalasi pengaduan klaim

Ketika klaim ditolak atau diproses lama, nasabah harus tahu jalur pengaduan resmi. Namun, banyak perusahaan tidak menjelaskan prosedur keberatan secara transparan. Nasabah kebingungan: harus mengadu ke siapa, dalam format apa, dan berapa lama waktu penyelesaian.

Ketidakjelasan jalur eskalasi membuat nasabah merasa diabaikan. Ketika frustrasi memuncak, mereka langsung melapor ke regulator atau media, memperbesar konflik yang seharusnya bisa diselesaikan internal.

Jalur pengaduan wajib disampaikan tertulis dalam polis dan website perusahaan. Ketiadaan informasi ini mencerminkan lemahnya sistem layanan pelanggan.

Prosedur keberatan yang jelas akan membantu menurunkan ketegangan. Nasabah merasa diberi ruang untuk menjelaskan keluhannya secara terhormat.

Ilustrasi sederhana:

Seperti toko yang menolak retur barang tanpa petunjuk ke mana konsumen harus mengadu. Ketika pembeli tak punya pilihan, mereka hanya bisa marah. Dalam asuransi, ketidakjelasan jalur eskalasi menciptakan kebuntuan serupa.

74. Tidak ada jalur komunikasi digital klaim yang responsif

Di era digital, nasabah berharap proses klaim bisa dipantau secara daring. Namun, banyak perusahaan asuransi tidak menyediakan platform digital yang transparan dan responsif. Nasabah pun terpaksa menelepon berkali-kali hanya untuk menanyakan status klaim.

Ketiadaan jalur digital membuat proses menjadi lamban dan tidak praktis. Padahal, klaim sering diajukan dalam kondisi darurat yang membutuhkan kecepatan. Platform digital seharusnya bisa mencatat dokumen, status klaim, dan update secara real-time. Ketika perusahaan lamban berinovasi, potensi sengketa meningkat karena nasabah merasa dipersulit.

Transparansi digital bukan sekadar fasilitas modern, tetapi bagian dari akuntabilitas layanan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti ekspedisi pengiriman yang tak punya aplikasi tracking. Anda hanya bisa menebak-nebak kapan paket tiba. Dalam asuransi, proses klaim tanpa jalur digital menciptakan rasa frustrasi yang sama.

75. Lambatnya investigasi klaim kompleks tanpa laporan perkembangan

Klaim besar seperti kebakaran pabrik, kehilangan kargo, atau kecelakaan jiwa sering membutuhkan investigasi mendalam. Namun, banyak perusahaan tidak memberikan laporan perkembangan secara berkala. Nasabah hanya menerima kabar “masih dalam proses” tanpa detail kapan investigasi selesai.

Kurangnya update menciptakan ketidakpastian yang membuat nasabah frustrasi. Mereka tidak tahu apakah dokumen sudah lengkap atau apa langkah berikutnya. Proses investigasi yang transparan akan memberi rasa aman, meskipun klaim memakan waktu panjang. Nasabah yang merasa diperhatikan lebih mudah bersabar menunggu hasil.

Setiap keterlambatan wajib disertai alasan tertulis dan estimasi jadwal penyelesaian. Tanpa langkah ini, ketegangan berubah menjadi sengketa.

Ilustrasi sederhana:

Seperti polisi yang menangani laporan pencurian tetapi tak pernah memberi kabar perkembangan. Anda hanya bisa menunggu tanpa kepastian. Dalam asuransi, investigasi lambat tanpa laporan menciptakan ketidaknyamanan sama.

Penyebab dari Faktor Eksternal dan *Force Majeure*

76. Perubahan regulasi yang mempengaruhi syarat pembayaran klaim

Dalam industri perasuransian, regulasi sering diperbarui untuk menyesuaikan kondisi ekonomi dan perlindungan konsumen. Namun, perubahan aturan kadang terjadi mendadak dan langsung berdampak pada prosedur pembayaran klaim. Nasabah yang sudah mengajukan klaim merasa dirugikan jika syarat pencairan tiba-tiba berubah di tengah proses. Sengketa pun muncul karena ketidakpastian aturan.

Masalah ini semakin kompleks jika perusahaan tidak segera mensosialisasikan perubahan tersebut. Nasabah merasa klaim mereka diulur-ulur dengan alasan “menunggu petunjuk baru.”

Ketika proses berlarut tanpa kepastian, rasa frustrasi pun memuncak.

Perubahan regulasi juga dapat memengaruhi nilai pertanggungan atau dokumen yang wajib disertakan. Jika perusahaan tidak sigap memberikan panduan resmi, nasabah terpaksa menebak sendiri cara memenuhi syarat baru. Situasi semacam ini menunjukkan pentingnya komunikasi proaktif dan edukasi berkala. Setiap perubahan kebijakan seharusnya dijelaskan tertulis agar tidak menimbulkan persepsi perusahaan berupaya menghindari kewajiban.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda sudah antre lama untuk mengurus dokumen, tetapi saat giliran tiba, petugas bilang “aturannya baru berubah,” tanpa ada pengumuman. Dalam asuransi, perubahan regulasi mendadak membuat nasabah merasa dirugikan.

77. Krisis ekonomi yang membuat perusahaan menunda pembayaran klaim massal

Krisis ekonomi nasional atau global bisa memukul likuiditas perusahaan asuransi. Saat banyak klaim muncul bersamaan, perusahaan terpaksa menunda pembayaran. Nasabah yang sudah lama menunggu merasa haknya dilanggar, padahal sumber masalahnya di luar kendali individu. Sengketa pun terjadi karena nasabah tidak mau menerima alasan “kondisi ekonomi sulit.”

Penundaan klaim massal sering disertai komunikasi yang minim. Perusahaan hanya memberikan penjelasan umum tanpa transparansi jadwal penyelesaian. Hal ini memicu kecurigaan dan kepanikan, terutama di era media sosial.

Krisis ekonomi memang tak terhindarkan, tetapi perusahaan wajib memiliki dana cadangan dan rencana kontingensi yang jelas. Jika langkah mitigasi tidak siap, reputasi akan runtuh dalam sekejap. Nasabah lebih mudah menerima kabar buruk jika penjelasan disampaikan terbuka dengan timeline yang masuk akal. Ketertutupan hanya akan mempercepat eskalasi sengketa ke regulator atau jalur hukum.

Ilustrasi sederhana:

Seperti koperasi yang kesulitan membayar simpanan anggota saat resesi, lalu hanya memberikan jawaban "tunggu saja." Dalam asuransi, krisis ekonomi tanpa penjelasan rinci menimbulkan kepanikan serupa.

78. Penutupan kantor cabang yang memutus komunikasi klaim

Ketika perusahaan menutup kantor cabang secara tiba-tiba, banyak nasabah kehilangan jalur komunikasi. Berkas klaim yang sebelumnya diajukan di cabang bisa tercecer atau terlantar. Nasabah pun kebingungan ke mana harus mengajukan pertanyaan atau konfirmasi status klaim. Sengketa muncul karena rasa ditinggalkan.

Penutupan kantor cabang sering terjadi dalam proses efisiensi biaya atau merger. Namun, jika transisi tidak disertai prosedur pemindahan dokumen yang jelas, pelayanan akan lumpuh.

Perusahaan harus memberi pemberitahuan tertulis kepada seluruh nasabah yang terdampak, termasuk jalur kontak baru dan prosedur klaim selanjutnya. Jika tidak, proses klaim berhenti di tengah jalan. Nasabah yang merasa haknya terbengkalai akan mudah membawa masalah ke jalur hukum atau publikasi negatif.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda datang ke kantor pelayanan yang sudah kosong tanpa kabar, padahal dokumen penting masih di sana. Dalam asuransi, penutupan cabang tanpa transisi rapi menciptakan kebingungan serupa.

79. Bencana alam yang menghancurkan dokumen fisik polis

Bencana alam seperti banjir, gempa bumi, atau kebakaran bisa menghancurkan dokumen polis asli yang disimpan nasabah. Ketika klaim diajukan, perusahaan sering meminta salinan asli sebagai syarat verifikasi. Nasabah pun berada dalam dilema: bagaimana membuktikan kepemilikan jika dokumen sudah lenyap? Sengketa pun menjadi pertarungan bukti yang rumit.

Perusahaan yang tidak memiliki sistem digital backup akan kesulitan membantu nasabah membuktikan status kepesertaan. Proses klaim pun terhambat berbulan-bulan hanya karena ketiadaan dokumen fisik. Padahal, asuransi adalah instrumen perlindungan risiko—ironis jika risiko bencana justru membuat perlindungan tidak bisa diakses.

Perusahaan wajib menyiapkan sistem arsip elektronik dan kebijakan klaim khusus untuk situasi force majeure. Ini bukan sekadar tanggung jawab teknis, tetapi bentuk empati kepada nasabah yang terdampak.

Ilustrasi sederhana:

Seperti sertifikat rumah yang terbakar bersama bangunan. Ketika Anda mengurus penggantian, semua prosedur menjadi lebih rumit. Dalam asuransi, hilangnya polis fisik menciptakan tekanan serupa.

80. Perselisihan keluarga mengenai hak waris

Perselisihan keluarga adalah salah satu faktor eksternal paling sering memicu sengketa klaim jiwa. Ketika ahli waris sah tidak jelas atau ada lebih dari satu pihak yang mengklaim hak, perusahaan asuransi terpaksa menunda pembayaran sampai ada putusan resmi.

Persoalan ini semakin rumit jika data ahli waris di polis belum diperbarui setelah perceraian, pernikahan baru, atau meninggalnya salah satu ahli waris. Proses klaim pun menjadi medan konflik keluarga yang sensitif.

Perusahaan asuransi berada di posisi sulit: membayar klaim tanpa dasar yang kuat berisiko tuntutan hukum, sedangkan menunda pembayaran memicu kemarahan pihak yang merasa paling berhak. Nasabah sering tidak menyadari pentingnya pembaruan data ahli waris secara berkala. Ketika musibah datang, masalah administratif berubah menjadi konflik emosional.

Ilustrasi sederhana:

Seperti perebutan warisan rumah tanpa surat wasiat yang jelas. Semua pihak merasa benar. Dalam asuransi, sengketa ahli waris menciptakan kebuntuan serupa.

81. Pemalsuan dokumen oleh pihak ketiga (makelar/ penipu)

Penipuan oleh makelar atau pihak ketiga menjadi faktor eksternal yang sulit dikendalikan perusahaan maupun nasabah. Dokumen polis, kuitansi pembayaran premi, atau surat keterangan kesehatan bisa dipalsukan untuk mendapatkan uang klaim secara ilegal. Ketika kecurangan terungkap, klaim ditolak dan nasabah asli merasa menjadi korban.

Pemalsuan dokumen sering memakan waktu lama untuk diinvestigasi. Nasabah yang tidak terlibat pun terjebak dalam proses klarifikasi yang melelahkan. Sengketa pun muncul karena perusahaan bersikap hati-hati, sementara nasabah menuntut proses cepat.

Pihak ketiga yang bertindak sebagai calo atau makelar juga kerap menjanjikan klaim "pasti cair," padahal tidak memiliki otoritas apa pun. Ketika janji palsu itu gagal, reputasi perusahaan ikut tercoreng. Pencegahan harus dimulai dari edukasi nasabah agar tidak menggunakan jasa pihak yang tidak resmi. Verifikasi dokumen secara ketat juga wajib dilakukan sebelum pencairan klaim.

Ilustrasi sederhana:

Seperti orang yang mengurus paspor lewat calo, lalu dokumennya palsu. Ketika ditolak di imigrasi, Anda merasa ditipu dua kali. Dalam asuransi, pemalsuan dokumen menciptakan luka serupa.

82. Sengketa hukum antara perusahaan asuransi dengan reasuransi

Dalam banyak polis, risiko keuangan perusahaan asuransi dibagi dengan perusahaan reasuransi. Namun, sengketa antara dua entitas ini sering berdampak langsung pada nasabah. Misalnya, reasuransi menolak menanggung kerugian karena menganggap klaim tidak valid atau melanggar ketentuan perjanjian. Ketika perusahaan asuransi kesulitan menagih klaim ke reasuransi, pencairan klaim ke nasabah pun ikut tertunda.

Nasabah yang tidak memahami hubungan ini merasa kebingungan. Mereka mengira klaim ditolak karena alasan

sepihak, padahal masalahnya adalah sengketa internal yang tidak pernah dijelaskan. Sengketa semacam ini menunjukkan lemahnya sistem komunikasi industri. Jika perusahaan asuransi tidak menjelaskan secara transparan, nasabah akan menilai perusahaan tidak profesional atau sengaja memperlambat pembayaran.

Idealnya, urusan internal perusahaan dengan reasuransi tidak boleh memengaruhi hak nasabah. Namun, kenyataannya, banyak klaim besar yang tertunda berbulan-bulan hanya karena perdebatan legal antarlembaga.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran yang bilang *voucher* diskon Anda "belum disetujui pusat," padahal masalahnya adalah vendor dan manajemen berkonflik. Dalam asuransi, sengketa perusahaan dan reasuransi menciptakan kebuntuan yang sama.

83. Serangan siber yang mencuri data polis dan klaim

Era digital membuat data asuransi rentan dicuri atau dirusak oleh serangan siber. Ketika sistem perusahaan diretas, data polis, bukti premi, dan dokumen klaim bisa hilang atau dimanipulasi. Nasabah yang mengajukan klaim pun terhambat karena perusahaan harus melakukan pemulihan data. Sengketa muncul ketika status polis atau bukti pembayaran tidak bisa diverifikasi.

Serangan siber juga menimbulkan ketakutan bahwa data pribadi nasabah akan disalahgunakan. Reputasi perusahaan langsung turun drastis jika respons penanganannya lambat atau tidak transparan.

Masalah ini memperlihatkan pentingnya sistem keamanan siber yang tangguh dan rencana pemulihan darurat. Banyak perusahaan belum siap menghadapi skenario kebocoran data masif. Ketika nasabah tidak diberi kabar perkembangan investigasi, rasa frustrasi akan berubah menjadi tuduhan bahwa perusahaan tidak peduli. Sengketa hukum dan gugatan kerahasiaan data pun menjadi konsekuensi tak terelakkan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank yang servernya dibobol, lalu saldo rekening Anda tiba-tiba kosong. Ketika mengadu, jawaban hanya "sedang diselidiki." Dalam asuransi, serangan siber menciptakan keresahan yang sama mendalam.

84. *Force majeure* (perang, kerusuhan) yang menghambat klaim

Force majeure adalah keadaan luar biasa di luar kendali manusia, seperti perang, kerusuhan besar, atau embargo ekonomi. Dalam situasi ini, perusahaan asuransi bisa kesulitan memproses klaim karena akses fisik, sistem pembayaran, atau komunikasi lumpuh total.

Nasabah sering tidak memahami dampak *force majeure* secara praktis. Ketika klaim terhenti, mereka mengira perusahaan sengaja mencari-cari alasan untuk menolak. Sengketa pun berkembang karena perbedaan persepsi dan keterbatasan komunikasi.

Kontrak polis biasanya mencantumkan klausul *force majeure*, tetapi jarang dijelaskan detail dalam penutupan polis. Padahal, pengetahuan mengenai hal ini penting agar nasabah tidak terkejut ketika risiko terjadi. Kunci mengurangi konflik

adalah komunikasi terbuka. Perusahaan harus tetap mengirim pembaruan berkala meskipun proses klaim terhambat.

Ilustrasi sederhana:

Seperti pengiriman barang yang tertunda karena pelabuhan ditutup akibat kerusuhan. Penjual dan pembeli sama-sama tak berdaya. Dalam asuransi, *force majeure* menciptakan kebuntuan serupa.

85. Perubahan kebijakan pajak manfaat asuransi

Pemerintah sewaktu-waktu dapat menetapkan kebijakan baru mengenai pajak atas manfaat asuransi. Misalnya, nilai klaim tertentu yang sebelumnya bebas pajak tiba-tiba dikenakan pajak final. Nasabah yang tidak diberi edukasi lebih dulu merasa manfaat klaimnya berkurang secara sepihak. Sengketa pun muncul karena ekspektasi nilai bersih yang tidak terpenuhi.

Perubahan pajak seharusnya disertai sosialisasi yang rinci, termasuk simulasi perhitungan nilai klaim setelah pajak. Namun, banyak perusahaan hanya mengumumkan singkat tanpa penjelasan dampak praktis.

Nasabah yang merasa haknya terpotong akan menilai perusahaan tidak transparan, meskipun kewajiban pajak sepenuhnya kebijakan pemerintah. Perusahaan yang proaktif menyediakan informasi lengkap akan lebih dipercaya, sekalipun situasi tidak menyenangkan bagi nasabah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti gaji Anda tiba-tiba dipotong pajak tambahan tanpa pemberitahuan. Anda pasti kebingungan dan marah. Dalam asuransi, perubahan pajak manfaat menciptakan kejutan serupa.

86. Kebijakan pemerintah dalam karantina wilayah yang menghambat pelayanan klaim

Saat terjadi wabah atau bencana, pemerintah sering menetapkan kebijakan karantina wilayah. Kantor asuransi tutup, pengiriman dokumen terhenti, dan pemeriksaan klaim tidak bisa berjalan. Nasabah yang sedang mengurus klaim merasa ditelantarkan. Sengketa pun muncul karena komunikasi perusahaan minim.

Karantina memang tidak bisa dikendalikan perusahaan, tetapi jalur komunikasi digital harus tetap dibuka. Jika seluruh layanan berhenti total, nasabah akan mencari solusi sendiri yang belum tentu resmi.

Ketiadaan saluran pengaduan selama karantina juga menambah ketegangan. Nasabah yang tertekan secara finansial tidak tahu kapan klaim akan diproses. Transparansi menjadi kunci. Perusahaan yang rajin memberikan kabar perkembangan akan lebih dihormati meskipun situasi sulit.

Ilustrasi sederhana:

Seperti kantor pajak tutup saat pandemi, tetapi Anda tak tahu kapan buka kembali. Ketidakpastian ini membuat stres. Dalam asuransi, karantina yang tak disertai informasi menciptakan kekhawatiran serupa.

87. Ketidaksesuaian aturan pusat dan daerah mengenai penanganan klaim

Indonesia memiliki keragaman kebijakan daerah yang kadang tidak sinkron dengan aturan pusat. Dalam beberapa kasus, kantor cabang asuransi mengikuti peraturan lokal yang berbeda dari kebijakan perusahaan nasional. Nasabah pun

kebingungan: mana yang berlaku? Sengketa muncul karena ketidaksamaan prosedur.

Misalnya, pemerintah daerah mengatur batas waktu pelaporan kerugian lebih singkat dari pusat. Jika nasabah tidak diberi tahu, klaimnya bisa ditolak karena dianggap lewat tenggat. Ketidaksesuaian aturan membuat perusahaan tampak tidak profesional. Nasabah akan berpikir prosedur diatur sesuka hati.

Solusinya adalah harmonisasi kebijakan dan petunjuk tertulis yang diserahkan kepada nasabah. Jika tidak, perbedaan aturan akan terus memicu kebingungan dan konflik.

Ilustrasi sederhana:

Seperti SIM yang berlaku nasional, tetapi kantor samsat daerah punya aturan tambahan yang tidak pernah dijelaskan. Dalam asuransi, ketidaksesuaian aturan pusat-daerah menciptakan kebingungan yang sama.

88. Sengketa aset perusahaan asuransi yang pailit

Ketika perusahaan asuransi pailit, seluruh asetnya menjadi objek sengketa dengan kreditur lain. Nasabah yang sudah mengajukan klaim pun harus menunggu proses hukum yang panjang. Padahal, mereka merasa polis adalah kontrak pasti yang dijamin negara.

Kebangkrutan perusahaan menciptakan trauma dan kekecewaan mendalam. Nasabah tidak hanya kehilangan perlindungan, tetapi juga merasa perjuangan membayar premi sia-sia. OJK memang memiliki mekanisme penjaminan terbatas, tetapi nilainya sering tidak mencakup semua kerugian. Sengketa pun terjadi karena nasabah tidak paham batas tanggung jawab pemerintah.

Transparansi komunikasi perusahaan sebelum pailit sangat penting. Nasabah yang diberi informasi lebih awal bisa mempersiapkan diri secara mental dan finansial.

Ilustrasi sederhana:

Seperti bank yang bangkrut sehingga tabungan Anda jadi sengketa likuidasi. Dalam asuransi, kebangkrutan perusahaan menciptakan rasa kehilangan yang sama.

89. Kebijakan OJK yang membekukan operasional perusahaan

OJK memiliki wewenang membekukan operasional perusahaan asuransi yang dianggap bermasalah. Kebijakan ini sering diambil mendadak untuk melindungi konsumen. Namun, proses pembekuan membuat klaim terhenti total. Nasabah pun panik karena tidak tahu kapan hak mereka diproses.

Ketika perusahaan tidak menjelaskan prosedur pasca-pembekuan, sengketa pun bermunculan. Nasabah merasa uang premi hilang atau klaim akan lenyap begitu saja.

Perusahaan wajib berkoordinasi dengan OJK dan menjelaskan status klaim serta potensi solusi. Jika komunikasi terputus, ketidakpercayaan akan cepat menyebar. OJK juga harus lebih aktif membuat jalur informasi publik yang mudah diakses. Ketidakpastian hanya memperbesar kepanikan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti sekolah anak Anda ditutup mendadak karena izin operasional dicabut. Anda bingung mencari kepastian uang sekolah. Dalam asuransi, pembekuan izin menciptakan keresahan serupa.

90. Gangguan operasional akibat pandemi berkepanjangan

Pandemi berkepanjangan seperti COVID-19 menciptakan gangguan masif pada operasional asuransi. Pemeriksaan klaim menjadi lambat, audit lapangan terhambat, dan banyak pegawai bekerja jarak jauh tanpa sistem yang stabil. Nasabah yang mengajukan klaim dalam situasi darurat merasa ditelantarkan.

Ketika perusahaan tidak memiliki jalur komunikasi daring yang responsif, ketegangan meningkat. Nasabah hanya bisa mengirim email yang tak kunjung dibalas. Pandemi juga memicu perubahan kebijakan prosedur klaim yang belum tersosialisasi. Nasabah merasa kebingungan menghadapi proses yang tidak konsisten.

Solusi terbaik adalah menyediakan sistem digital yang tetap aktif meskipun kantor fisik tutup. Empati dalam komunikasi menjadi kunci agar nasabah memahami situasi.

Ilustrasi sederhana:

Seperti rumah sakit penuh pasien pandemi sehingga antrean operasi tertunda. Ketidakpastian itu membuat pasien cemas. Dalam asuransi, pandemi menciptakan ketidaknyamanan yang sama.

Penyebab Tambahan (Lain-Lain yang Sering Muncul di Praktik)

91. Kurangnya literasi asuransi masyarakat secara umum

Literasi asuransi di Indonesia masih rendah. Banyak masyarakat belum memahami prinsip dasar kontrak asuransi, seperti premi, klaim, pengecualian, dan masa tunggu. Akibatnya,

ketika risiko terjadi, nasabah mengira semua kerugian akan diganti, padahal polis memiliki batasan yang jelas.

Kurangnya pemahaman ini membuat ekspektasi nasabah sering tidak realistis. Mereka merasa perusahaan asuransi "mencari-cari alasan" menolak klaim, padahal memang risiko tersebut dikecualikan.

Selain itu, literasi yang lemah juga menyebabkan calon tertanggung mudah percaya pada janji manis agen tanpa memverifikasi kebenarannya. Saat polis diterbitkan, barulah mereka menyadari perbedaan informasi. Rendahnya pengetahuan juga membuat nasabah tidak terbiasa membaca seluruh isi polis. Mereka menandatangani dokumen panjang tanpa sempat memeriksa detail.

Sengketa yang muncul sebetulnya sering bisa dicegah jika literasi dasar lebih kuat. Edukasi publik dan sosialisasi reguler akan menjadi solusi jangka panjang. Kebiasaan menganggap asuransi mirip tabungan juga menciptakan kebingungan. Banyak orang berharap premi pasti kembali meski tidak ada risiko yang terjadi. Literasi rendah membuat industri perasuransian rentan disalahpahami. Reputasi perusahaan menjadi buruk karena harapan nasabah tidak sesuai fakta kontrak.

Ilustrasi sederhana:

Seperti seseorang yang membeli obat resep dokter tanpa membaca petunjuk dosis. Ketika efek samping muncul, ia menuduh apotek yang salah, padahal dirinya tidak paham cara pakai.

92. Ketidakpahaman tertanggung terhadap hak pengaduan ke LAPS SJK

Sebagian besar nasabah tidak tahu bahwa mereka memiliki hak untuk mengadukan sengketa ke LAPS SJK (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan). Ketidakpahaman ini membuat banyak orang hanya pasrah ketika klaim ditolak.

Kurangnya sosialisasi jalur pengaduan membuat nasabah merasa perusahaan asuransi adalah satu-satunya pengambil keputusan mutlak. Padahal, ada mekanisme mediasi netral yang bisa diakses. Perusahaan juga jarang secara proaktif memberikan brosur atau tautan informasi mengenai prosedur pengaduan resmi. Akibatnya, nasabah hanya mengandalkan informasi dari agen yang belum tentu netral.

Ketika nasabah baru mengetahui haknya setelah frustasi berkepanjangan, sengketa menjadi semakin emosional. Hak pengaduan seharusnya dijelaskan sejak polis diterbitkan. Edukasi mengenai mediasi akan memberi kepercayaan bahwa proses klaim bisa diawasi pihak ketiga yang independen.

Kurangnya pemahaman ini menciptakan persepsi seakan-akan perusahaan memiliki kuasa penuh tanpa pengawasan regulator. Perusahaan yang transparan dalam menjelaskan jalur pengaduan biasanya memiliki tingkat sengketa lebih rendah.

Ilustrasi sederhana:

Seperti warga yang tidak tahu mereka bisa mengadu ke Ombudsman jika pelayanan publik buruk. Akhirnya, keluhan hanya berhenti di meja petugas yang sama.

93. Perbedaan persepsi antara kantor cabang dan kantor pusat

Sering terjadi ketidaksinkronan komunikasi antara kantor cabang dan kantor pusat perusahaan asuransi. Cabang memberikan informasi tertentu kepada nasabah, sementara pusat memiliki kebijakan berbeda.

Perbedaan persepsi ini membuat nasabah kebingungan. Ketika klaim diajukan, kantor pusat menolak dengan alasan yang tidak pernah dijelaskan cabang. Sengketa pun bermula dari kesalahpahaman internal perusahaan sendiri.

Masalah ini biasanya muncul karena lemahnya koordinasi SOP antarunit kerja. Setiap cabang merasa memiliki cara sendiri dalam menjelaskan produk atau memproses klaim. Akibatnya, jawaban yang diterima nasabah tidak konsisten.

Ketidakselarasan informasi menciptakan ketidakpercayaan. Nasabah merasa perusahaan tidak profesional dan berkelit dengan alasan yang dibuat-buat. Solusi jangka panjang adalah standarisasi komunikasi produk dan klaim antarwilayah, serta pelatihan internal yang rutin.

Nasabah juga perlu diberi jalur eskalasi jika terjadi kebingungan antara dua kantor.

Ilustrasi sederhana:

Seperti satu kantor imigrasi bilang paspor bisa selesai 3 hari, sementara pusat bilang 2 minggu. Anda hanya bisa pasrah menghadapi dua jawaban berbeda.

94. Sengketa komisi antara agen dan perusahaan yang berdampak ke nasabah

Agen dan perusahaan sering berselisih mengenai perhitungan komisi penjualan. Sengketa ini terkadang menjalar ke pelayanan nasabah. Misalnya, perusahaan menahan komisi agen, lalu agen tidak lagi membantu proses klaim nasabah.

Situasi ini membuat nasabah merasa menjadi korban konflik internal yang seharusnya tidak terkait dengan hak mereka. Sengketa komisi juga memengaruhi motivasi agen. Agen yang kecewa cenderung enggan melayani pertanyaan nasabah dengan sepenuh hati.

Padahal, bagi nasabah, agen adalah perwakilan utama perusahaan. Ketika agen tidak lagi kooperatif, reputasi perusahaan langsung menurun.

Permasalahan ini seharusnya diselesaikan secara internal tanpa menyeret nasabah. Nasabah berhak mendapat layanan profesional apa pun konflik antara agen dan perusahaan. Kurangnya kebijakan yang memisahkan sengketa komisi dan hak nasabah menjadi penyebab sengketa tak perlu.

Perusahaan perlu memiliki aturan baku agar hak nasabah tetap diutamakan meskipun ada masalah internal.

Ilustrasi sederhana:

Seperti sales mobil yang marah komisinya tidak dibayar, lalu tidak mau membantu pembeli mengurus STNK. Pembeli yang tidak tahu apa-apa ikut dirugikan.

95. Kurangnya supervisi internal terhadap prosedur klaim

Supervisi internal yang lemah membuat proses klaim rawan kesalahan prosedur. Misalnya, dokumen klaim tidak diverifikasi dengan cermat, masa tunggu diabaikan, atau pengecualian salah diterapkan.

Kesalahan ini bisa memicu sengketa besar karena nasabah merasa proses klaim tidak akuntabel. Supervisi seharusnya memastikan setiap klaim melalui jalur pemeriksaan berlapis. Namun, di banyak perusahaan, beban kerja petugas klaim terlalu tinggi sehingga supervisi dilakukan secara serampangan.

Kurangnya pengawasan juga membuat petugas yang tidak kompeten terus melakukan kesalahan berulang. Dalam jangka panjang, kelalaian supervisi menjadi sumber sengketa yang sulit dikendalikan.

Sistem audit internal wajib dibuat ketat dan berkala. Jika supervisi kuat, banyak sengketa bisa dicegah di tahap awal.

Ilustrasi sederhana:

Seperti restoran tanpa kepala dapur yang mengecek kualitas masakan, sehingga makanan sering salah pesanan.

96. Tidak adanya rekam jejak digital proses penawaran dan klaim

Di era digital, rekam jejak data menjadi bukti paling penting saat sengketa muncul. Sayangnya, banyak perusahaan belum memiliki sistem yang mencatat alur komunikasi dan proses klaim secara elektronik.

Ketika nasabah menanyakan status klaim, jawaban yang diberikan hanya berdasar ingatan petugas. Sengketa pun muncul karena tidak ada catatan detail. Rekam jejak digital seharusnya mencakup tanggal penerimaan dokumen, status verifikasi, dan komunikasi dengan nasabah.

Ketiadaan sistem ini juga membuat proses investigasi sengketa lebih lama dan melelahkan. Nasabah akan menilai perusahaan tidak profesional jika setiap informasi harus diulang berkali-kali.

Pembangunan sistem digital bukan hanya tren, tetapi keharusan untuk menjaga kepercayaan publik. Tanpa data yang rapi, perusahaan rentan disalahkan meski sebenarnya sudah bekerja sesuai prosedur.

Ilustrasi sederhana:

Seperti toko online yang tidak punya histori transaksi Anda. Ketika paket hilang, Anda tak bisa membuktikan pembelian.

97. Kurang sosialisasi kebijakan terbaru produk

Perusahaan asuransi rutin memperbarui produk atau kebijakan internal. Namun, pembaruan ini sering tidak disosialisasikan dengan baik kepada nasabah maupun agen.

Ketika klaim diajukan, nasabah merasa terkejut karena syaratnya sudah berubah tanpa pemberitahuan. Sengketa pun muncul karena kesenjangan informasi. Kurangnya sosialisasi juga membuat agen memberi informasi lama yang sudah tidak berlaku.

Pemberitahuan kebijakan harus dilakukan tertulis melalui email, surat, dan publikasi resmi. Tanpa upaya sosialisasi menyeluruh, perusahaan tampak tidak transparan.

Nasabah akan lebih menerima kebijakan baru jika diberikan penjelasan logis dan cukup waktu adaptasi. Sengketa komunikasi semacam ini mudah dicegah jika perusahaan proaktif.

Ilustrasi sederhana:

Seperti supermarket yang mengganti kebijakan garansi tetapi tidak menempelkan pengumuman di kasir.

98. Komunikasi *multi-channel* yang tidak konsisten antar divisi

Perusahaan modern melayani nasabah melalui berbagai jalur: *call center*, *email*, *chat*, media sosial. Namun, tidak jarang jawaban yang diberikan setiap kanal berbeda-beda.

Ketidakkonsistenan ini membuat nasabah bingung: mana informasi yang benar? Sengketa pun muncul karena data yang diterima tidak sinkron. Koordinasi antardivisi menjadi kunci keberhasilan komunikasi multi-channel.

Setiap jawaban harus berbasis sistem pusat yang sama agar akurat dan seragam. Tanpa manajemen informasi terpadu, perusahaan terlihat amatir. Sengketa akibat kebingungan informasi biasanya terjadi pada klaim yang kompleks.

Konsistensi adalah pilar profesionalisme yang tak bisa ditawar.

Ilustrasi sederhana:

Seperti Anda menanyakan promo di restoran, kasir bilang “ada,” supervisor bilang “tidak ada,” dan media sosial bilang “akan dicek.”

99. Perbedaan standar layanan antar daerah/cabang

Cabang perusahaan di daerah sering memiliki standar pelayanan berbeda dengan kantor pusat. Misalnya, waktu respons klaim lebih lama atau prosedur pengajuan tidak seragam.

Perbedaan ini membuat nasabah merasa ada diskriminasi layanan. Ketika proses klaim dibandingkan antarwilayah, ketidakpuasan akan makin besar. Standar layanan harus seragam agar reputasi perusahaan tetap konsisten. Pelatihan staf di daerah menjadi kunci mengurangi ketimpangan.

Sengketa akan lebih mudah muncul jika perbedaan standar dianggap bentuk ketidakadilan. Nasabah dari daerah pun cenderung lebih sensitif karena akses informasi terbatas.

Ilustrasi sederhana:

Seperti jaringan minimarket yang di kota besar ramah, tetapi di daerah pelayanannya buruk.

100. Kurangnya pengawasan regulator terhadap perusahaan asuransi nakal

Ketika pengawasan OJK lemah, perusahaan yang tidak patuh bisa terus beroperasi. Nasabah tidak tahu perusahaan bermasalah sampai klaim mereka ditolak.

Kurangnya pengawasan membuat praktik tidak etis terus berkembang. Sengketa pun muncul karena perusahaan tidak takut konsekuensi hukum. OJK harus lebih agresif melakukan audit dan publikasi sanksi agar industri bersih. Nasabah yang dirugikan akan kehilangan kepercayaan pada industri secara keseluruhan.

Pengawasan ketat akan menciptakan efek jera bagi perusahaan nakal. Transparansi hasil pengawasan juga penting agar masyarakat waspada.

Ilustrasi sederhana:

Seperti pasar yang tidak diawasi, sehingga pedagang bebas mencampur produk palsu.

101. Praktik diskriminasi tidak resmi terhadap kelompok nasabah tertentu

Beberapa perusahaan secara tidak resmi menetapkan standar pelayanan berbeda berdasarkan profil nasabah. Misalnya, nasabah kecil dilayani lebih lambat, sedangkan nasabah besar diutamakan.

Praktik diskriminasi ini jarang diakui, tetapi sangat nyata di lapangan. Nasabah yang merasa diperlakukan tidak adil akan cepat marah dan membawa sengketa ke publik.

Padahal prinsip asuransi seharusnya menjamin kesetaraan perlakuan bagi semua pemegang polis. Diskriminasi juga merusak reputasi perusahaan jangka panjang.

Pengawasan internal harus memastikan tidak ada perlakuan berbeda tanpa dasar objektif. Setiap keluhan diskriminasi harus ditangani serius dan transparan.

Ilustrasi sederhana:

Seperti pelanggan restoran yang diabaikan karena hanya memesan sedikit, sementara tamu besar dilayani cepat.

27.5 Dampak Sengketa Asuransi

1. Dampak Finansial Bagi Tertanggung

Sengketa asuransi hampir selalu menimbulkan dampak finansial yang serius bagi tertanggung. Ketika klaim yang diharapkan menjadi penyelamat di masa krisis malah ditolak atau ditunda tanpa kepastian, kondisi keuangan nasabah langsung terguncang. Dana darurat habis lebih cepat, kewajiban utang terancam gagal bayar, dan biaya pemulihan dari musibah menjadi beban tambahan yang tak terduga. Dalam situasi genting, tertanggung terpaksa mencari pinjaman dari keluarga atau lembaga keuangan dengan bunga tinggi.

Beban finansial ini diperparah oleh ketidakpastian waktu penyelesaian sengketa. Tertanggung yang awalnya yakin klaim akan cair dalam hitungan minggu, terpaksa menunggu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Ketika proses berjalan panjang, bunga utang menumpuk, dan kemampuan ekonomi rumah tangga makin melemah.

Sengketa asuransi tidak hanya menggerogoti tabungan nasabah, tetapi juga merusak rencana jangka panjang mereka. Misalnya, uang pendidikan anak yang sudah dialokasikan lewat manfaat asuransi harus dipakai untuk kebutuhan hidup mendesak. Kerugian semacam ini tidak bisa sepenuhnya diukur dengan nominal.

Selain itu, ketidakpastian status klaim membuat tertanggung kehilangan peluang mendapatkan bantuan lain. Banyak lembaga bantuan atau program sosial mensyaratkan bukti final penolakan klaim, padahal perusahaan asuransi sendiri sering lambat memberi keputusan tertulis. Situasi ini membuat keluarga korban terjebak dalam ruang abu-abu yang sangat melelahkan.

Dalam skenario paling buruk, dampak finansial sengketa bisa menyebabkan kebangkrutan rumah tangga. Keluarga yang sebelumnya hidup relatif stabil terpaksa menjual aset produktif untuk menutup kebutuhan dasar. Ini adalah pukulan ganda: kehilangan perlindungan asuransi dan kehilangan sumber penghasilan masa depan.

Di banyak kasus, nasabah juga harus mengeluarkan biaya tambahan untuk menyewa pengacara, konsultan klaim, atau membayar jasa mediasi. Beban finansial yang semula di luar perhitungan kini menjadi risiko nyata.

Kepercayaan terhadap asuransi pun runtuh seketika. Tertanggung yang awalnya yakin premi adalah investasi perlindungan kini merasa ditipu. Ironisnya, perusahaan asuransi tak jarang menuntut premi tetap dibayar penuh di tengah sengketa yang belum terselesaikan.

Kepercayaan memang mahal dan sukar dibangun. Namun, sengketa klaim yang berlarut-larut bisa menghancurkannya dalam satu keputusan saja. Setelah itu, reputasi perusahaan di mata keluarga korban tidak akan pernah pulih sepenuhnya.

Kerugian finansial ini menjadi warisan luka yang akan diceritakan turun-temurun. Orang-orang akan mengingat bagaimana perusahaan asuransi gagal hadir saat dibutuhkan.

2. Dampak Reputasi Perusahaan Asuransi

Bagi perusahaan asuransi, sengketa yang dikelola buruk bisa menjadi bencana reputasi. Masyarakat selalu menilai industri ini berdasarkan pengalaman nyata tertanggung, bukan sekadar iklan di televisi. Ketika satu klaim viral karena dianggap diperlakukan tidak adil, reputasi perusahaan akan runtuh jauh lebih cepat daripada upaya membangunnya bertahun-tahun.

Reputasi yang rusak akan berdampak langsung pada tingkat akuisisi nasabah baru. Calon nasabah semakin berhati-hati memilih perusahaan asuransi, membaca testimoni negatif, dan membandingkan ulasan daring. Informasi buruk menyebar cepat, terutama di era media sosial yang tanpa filter.

Sengketa juga melemahkan loyalitas nasabah lama. Banyak pemegang polis yang tidak memiliki masalah klaim pun mulai mempertanyakan komitmen perusahaan. Mereka takut jika musibah terjadi, proses klaim akan sama lambat dan melelahkan. Dalam banyak kasus, ketidakpercayaan ini membuat nasabah memutuskan untuk berhenti membayar premi.

Di tingkat agen, reputasi buruk membuat motivasi kerja menurun. Agen yang dulu bangga membawa nama perusahaan kini terpaksa terus-menerus menjawab pertanyaan kritis calon klien. Lambat laun, banyak agen yang hengkang atau enggan memasarkan produk tertentu.

Ironisnya, banyak perusahaan baru menyadari nilai reputasi saat sudah terlambat. Satu berita sengketa klaim yang diviralkan bisa memusnahkan citra puluhan tahun dalam hitungan hari. Inilah risiko reputasi yang paling ditakuti dalam industri perasuransian.

Biaya untuk memperbaiki citra pun tidak kecil. Perusahaan harus menggelontorkan anggaran besar untuk kampanye PR, audit layanan, dan perbaikan proses klaim. Namun, publik cenderung sinis terhadap langkah reaktif semacam ini.

Kepercayaan adalah aset yang tak bisa dibeli dengan iklan. Nasabah ingin bukti komitmen nyata saat musibah, bukan sekadar janji manis di baliho. Jika perusahaan gagal memenuhi ekspektasi itu, nama baiknya akan tercatat sebagai contoh buruk di seminar literasi asuransi.

Reputasi yang runtuh juga berdampak pada relasi dengan regulator. OJK akan lebih ketat mengawasi perusahaan yang sering terlibat sengketa, bahkan bisa menjatuhkan sanksi administratif.

Pada akhirnya, reputasi adalah fondasi bisnis asuransi. Begitu retak, fondasi itu akan sangat sulit diperbaiki, dan sering kali tidak pernah kembali ke posisi semula.

3. Dampak Psikologis dan Sosial

Sengketa klaim bukan hanya persoalan uang. Proses yang panjang, komunikasi yang buruk, dan rasa tidak dihargai menimbulkan tekanan psikologis yang besar bagi tertanggung. Banyak nasabah mengalami kecemasan berkepanjangan karena takut masa depan keluarganya tak lagi terlindungi.

Kondisi ini diperburuk jika musibah yang menjadi dasar klaim sudah traumatis, seperti kebakaran rumah, kehilangan orang terdekat, atau kecelakaan berat. Sengketa klaim membuat luka lama makin dalam karena nasabah merasa berjuang sendirian.

Rasa frustrasi juga sering menjalar ke relasi keluarga. Suami-istri yang dulu kompak kini saling menyalahkan karena merasa telah memilih perusahaan asuransi yang salah. Beban psikologis ini kerap memicu konflik rumah tangga yang lebih luas.

Secara sosial, sengketa menciptakan stigma negatif pada industri perasuransian. Lingkaran pertemanan nasabah akan mendengar cerita kekecewaan itu berulang kali. Perlahan, masyarakat semakin enggan percaya pada manfaat asuransi. Kemarahan nasabah yang tidak tersalurkan dengan baik akan muncul dalam bentuk hujatan di media sosial, testimoni negatif, dan laporan pengaduan massal. Dalam era digital, satu cerita buruk bisa menjadi viral dalam semalam.

Bagi nasabah, beban mental sengketa terasa lebih berat karena kontradiksi: mereka membayar premi bertahun-tahun, tetapi saat musibah, justru dipersulit. Rasa dikhianati ini sering memicu trauma panjang terhadap layanan keuangan secara umum. Kepercayaan yang tadinya dibangun pelan-pelan sejak agen menjelaskan manfaat proteksi, hancur seketika begitu proses klaim tak sesuai harapan. Bahkan jika klaim akhirnya dibayar, luka psikologis itu sulit sembuh.

Dampak sosial lainnya adalah hilangnya solidaritas komunitas. Banyak orang mulai saling mencurigai apakah mereka juga akan bernasib sama jika membeli polis serupa. Persepsi kolektif ini jauh lebih berbahaya daripada kerugian finansial satu individu.

Karena itu, perusahaan asuransi wajib memahami bahwa sengketa klaim tidak hanya merusak angka penjualan, tetapi juga menimbulkan kerusakan sosial yang tidak mudah diperbaiki.

4. Dampak terhadap Industri dan Regulator

Sengketa asuransi tidak hanya merugikan pihak individu, tetapi juga meninggalkan dampak kolektif bagi industri secara keseluruhan. Ketika satu perusahaan gagal menyelesaikan klaim secara adil, rasa percaya masyarakat pada semua perusahaan asuransi ikut tercoreng. Banyak orang kemudian memandang seluruh industri sebagai “ladang penipuan berlisensi,” padahal pelakunya hanya sebagian kecil.

Reputasi industri yang ternoda akan menghambat program literasi keuangan yang sudah diupayakan regulator bertahun-tahun. Masyarakat semakin skeptis pada produk asuransi, meski pemerintah dan asosiasi telah mendorong inklusi keuangan

melalui berbagai kampanye. Kepercayaan publik terhadap manfaat proteksi berbasis premi menjadi semakin rapuh.

Sengketa yang sering muncul juga membuat regulator seperti OJK harus bekerja lebih keras dalam pengawasan. Pengaduan yang melonjak membuat antrean penyelesaian sengketa menumpuk, sementara sumber daya pengawas terbatas. Jika kondisi ini berlarut, citra OJK pun ikut dipertanyakan publik: apakah lembaga pengawas sudah cukup tegas melindungi konsumen?

Di tingkat industri, sengketa berulang akan memicu kenaikan biaya operasional perusahaan. Perusahaan asuransi dipaksa meningkatkan cadangan klaim, membayar denda administratif, hingga mengalokasikan anggaran besar untuk litigasi. Biaya-biaya ini pada akhirnya berdampak pada premi yang harus dibayar konsumen.

Sengketa juga membuat iklim persaingan menjadi tidak sehat. Beberapa perusahaan memanfaatkan reputasi buruk pesaing untuk menarik nasabah baru dengan janji pelayanan lebih baik. Namun, janji itu sendiri belum tentu terbukti ketika klaim diajukan. Persaingan negatif ini membuat kepercayaan publik makin tergerus.

Tidak kalah penting, sengketa yang viral mendorong munculnya kebijakan baru yang lebih ketat. Regulator akan mengeluarkan peraturan tambahan untuk memperbaiki celah yang dimanfaatkan perusahaan. Namun, kebijakan yang dibuat secara reaktif sering tidak efektif karena hanya merespons kasus viral tanpa solusi jangka panjang.

Industri perasuransian sesungguhnya bergantung pada satu modal utama: kepercayaan publik. Jika modal ini terkikis,

pertumbuhan premi dan penetrasi asuransi akan stagnan. Semua pemain dalam industri akan terkena dampaknya, bahkan yang reputasinya masih bersih.

Ketika kepercayaan sudah hilang, masyarakat akan lebih memilih simpanan konvensional atau instrumen lain yang mereka anggap lebih pasti. Hal ini merugikan semua pihak yang selama ini berupaya mengedukasi pentingnya proteksi risiko.

Kepercayaan memang sukar dibangun dalam konteks industri perasuransian yang intangible. Tetapi ironisnya, hanya perlu satu sengketa yang viral untuk menghancurkan keyakinan jutaan orang bahwa asuransi adalah solusi, bukan jebakan.

5. Studi Kasus Sengketa yang Viral

Dalam era digital, satu kasus sengketa klaim yang diviralkan bisa menjadi bola salju reputasi negatif yang menghantam industri. Banyak contoh sengketa asuransi viral berawal dari nasabah yang merasa proses klaimnya diabaikan atau diperlakukan tidak adil, lalu membagikan ceritanya di media sosial.

Kasus sengketa yang viral umumnya memiliki satu pola: klaim dalam jumlah besar, proses klaim yang lama tanpa penjelasan memadai, dan petugas yang gagal menunjukkan empati. Kombinasi ini membuat publik cepat bersimpati kepada nasabah. Saat narasi korban mulai mendapat perhatian media, reputasi perusahaan runtuh hanya dalam hitungan hari.

Salah satu alasan sengketa viral begitu berdampak adalah karena masyarakat cenderung percaya pengalaman nyata yang diceritakan dengan emosi. Apalagi jika dilengkapi foto, tangkapan layar, dan video rekaman percakapan yang menunjukkan lemahnya tanggapan perusahaan.

Perusahaan sering terlambat merespons gelombang kemarahan publik. Ketika akhirnya klarifikasi disampaikan, narasi sudah terbentuk dan sulit diluruskan. Reputasi yang dibangun puluhan tahun luluh lantak hanya oleh satu unggahan Facebook atau utas Twitter.

Studi kasus sengketa viral juga mengajarkan satu pelajaran penting: kepercayaan konsumen bukan hanya soal pembayaran klaim, tetapi bagaimana perusahaan berkomunikasi ketika terjadi masalah. Nasabah tidak selalu menuntut klaim cair seketika. Mereka ingin didengar dan dihargai sebagai manusia.

Setelah sengketa viral, perusahaan akan menghadapi tekanan luar biasa: antrean pengaduan serupa, permintaan klarifikasi regulator, hingga boikot dari komunitas nasabah. Biaya reputasi ini sering lebih mahal daripada nilai klaim yang disengketakan. Sayangnya, banyak perusahaan belum memiliki protokol komunikasi krisis yang efektif. Mereka hanya merilis pernyataan singkat tanpa menjelaskan akar masalah. Sikap defensif justru memicu sentimen negatif yang lebih luas.

Studi kasus sengketa viral menjadi pengingat pahit bahwa industri perasuransian adalah bisnis kepercayaan. Ketika kepercayaan hilang, konsumen tak hanya meninggalkan produk tertentu, tetapi juga seluruh ekosistem asuransi.

Pulih dari kerusakan reputasi akibat sengketa viral butuh waktu sangat lama. Bahkan setelah masalah diselesaikan, luka di hati nasabah tetap meninggalkan jejak traumatis. Inilah mengapa perusahaan harus proaktif mencegah sengketa daripada sibuk memadamkan kebakaran setelah viral.

27.6 Upaya Pencegahan Sengketa Asuransi

1. Peningkatan Literasi Nasabah

Peningkatan literasi nasabah merupakan fondasi utama dalam mencegah sengketa asuransi. Ketika masyarakat memiliki pemahaman yang kuat mengenai konsep risiko, kontrak asuransi, manfaat, pengecualian, dan prosedur klaim, potensi konflik akan menurun signifikan. Edukasi harus dilakukan sejak tahap sebelum penjualan polis, agar calon nasabah mampu membandingkan produk secara objektif.

Literasi bukan hanya tugas regulator, tetapi tanggung jawab bersama perusahaan asuransi, asosiasi industri, agen, dan bahkan media massa. Setiap titik interaksi dengan nasabah harus menjadi peluang untuk memberikan penjelasan yang sederhana, konsisten, dan jujur.

Materi literasi yang dibuat perusahaan asuransi wajib disesuaikan dengan tingkat pemahaman audiens. Penggunaan bahasa hukum yang rumit justru menciptakan kebingungan dan celah interpretasi yang kelak memicu sengketa. Program literasi dapat berupa seminar tatap muka, webinar daring, video animasi, brosur, artikel edukasi, hingga simulasi klaim interaktif. Variasi format ini penting agar materi dapat menjangkau berbagai segmen usia, pendidikan, dan latar belakang budaya.

Selain pengetahuan dasar, literasi harus mencakup hak dan kewajiban tertanggung. Banyak sengketa terjadi bukan karena produk itu sendiri, melainkan ketidakpahaman nasabah bahwa premi harus dibayar tepat waktu, risiko tertentu dikecualikan, atau klaim harus diajukan dalam tenggat tertentu. Perusahaan asuransi sebaiknya mencantumkan modul literasi sebagai

lampiran wajib dalam paket polis. Dengan demikian, tidak ada lagi alasan “tidak diberitahu” yang kerap dijadikan dasar perselisihan.

Peningkatan literasi juga memerlukan kolaborasi dengan lembaga pendidikan formal. Materi pengenalan asuransi dapat dimasukkan dalam kurikulum sekolah menengah atau program edukasi masyarakat. Ini adalah investasi jangka panjang agar generasi berikutnya lebih siap menghadapi risiko.

Program literasi harus diukur efektivitasnya secara berkala melalui survei persepsi dan uji pemahaman. Banyak kampanye edukasi yang sekadar formalitas, padahal substansinya tidak pernah benar-benar dipahami audiens. Setiap materi edukasi wajib memuat contoh kasus nyata yang relevan dengan kehidupan sehari-hari. Metode storytelling lebih mudah membangkitkan empati dan memori daripada deretan pasal-pasal hukum.

Literasi juga mencakup edukasi tentang proses pengaduan resmi. Nasabah perlu tahu jalur mediasi ke LAPS SJK agar tidak terjebak dalam lingkaran keluhan internal yang tak kunjung selesai. Perusahaan asuransi perlu menetapkan target capaian literasi sebagai indikator kinerja. Ini menjadi tolok ukur keseriusan dalam mencegah sengketa, bukan sekadar retorika layanan.

Sistem insentif bagi agen yang aktif melakukan edukasi juga layak dipertimbangkan. Apresiasi akan memotivasi tenaga pemasaran untuk mendahulukan pemahaman nasabah sebelum penutupan polis. Literasi bukanlah pengeluaran, melainkan investasi reputasi jangka panjang. Biaya edukasi lebih murah daripada biaya litigasi, mediasi, dan pemulihan nama baik setelah sengketa viral.

Di era keterbukaan informasi, publik akan dengan cepat memverifikasi kebenaran klaim pemasaran. Literasi tinggi menciptakan budaya kritis dan kesadaran hak yang sehat. Kepercayaan yang kuat tidak bisa dibangun hanya dengan iklan. Literasi yang menyeluruh adalah pondasi paling kokoh agar asuransi kembali dihormati sebagai instrumen perlindungan, bukan jebakan.

2. Perbaikan Proses *Underwriting* dan *Disclosure*

Perbaikan proses *underwriting* menjadi elemen vital dalam mencegah sengketa asuransi karena fase inilah semua informasi risiko dikumpulkan, dinilai, dan disepakati bersama. Proses yang ceroboh atau terburu-buru kerap melahirkan kontrak yang tidak mencerminkan keadaan sebenarnya tertanggung, sehingga di kemudian hari muncul konflik interpretasi. *Underwriting* yang akurat ibarat fondasi bangunan: jika rapuh, semua klaim akan goyah.

Disclosure atau pengungkapan informasi secara jujur dari kedua belah pihak juga menjadi pilar utama. Banyak sengketa muncul karena tertanggung tidak memahami betapa pentingnya memberikan data apa adanya—mulai dari kondisi kesehatan, aktivitas pekerjaan, sampai kebiasaan hidup. *Underwriter* pun sering gagal mengejar klarifikasi jika ada informasi yang meragukan, sehingga celah masalah dibiarkan terbuka.

Proses *underwriting* yang ideal harus memadukan prinsip kehati-hatian dan empati. Kehati-hatian berarti setiap data diverifikasi dengan bukti yang sahih. Empati berarti komunikasi dilakukan dengan bahasa yang sopan dan edukatif, agar tertanggung merasa dihargai, bukan diinterogasi. Salah satu kelemahan umum di banyak perusahaan adalah tekanan

target produksi yang berlebihan. Agar polis cepat terbit, proses *underwriting* dipersingkat tanpa pendalaman yang layak. Praktik inilah yang kelak memicu sengketa, sebab data yang seharusnya menjadi dasar kontrak justru diabaikan atau diremehkan.

Disclosure juga harus berjalan dua arah. *Underwriter* wajib menjelaskan batasan jaminan, pengecualian polis, dan hak-hak nasabah dengan detail. Banyak sengketa bermula karena perusahaan hanya berfokus menjual manfaat, tetapi abai menjelaskan risiko yang tidak dijamin. Nasabah baru sadar setelah klaim ditolak. Perbaikan *underwriting* dapat dimulai dengan penyederhanaan formulir aplikasi. Formulir yang panjang, ambigu, dan penuh istilah teknis membuat calon tertanggung bingung. Desain pertanyaan harus jelas, ringkas, dan disertai contoh konkret.

Selanjutnya, proses verifikasi data perlu ditingkatkan dengan teknologi. Penggunaan *electronic medical record*, verifikasi data identitas daring, dan *tele-interview* menjadi langkah modern untuk memastikan validitas informasi. Data yang terdokumentasi digital lebih mudah dilacak jika terjadi sengketa di masa depan.

Sistem approval berlapis (*multi-level review*) juga penting agar keputusan underwriting tidak hanya diambil satu orang tanpa supervisi. Dengan pemeriksaan silang, peluang kesalahan interpretasi semakin kecil.

Pendidikan internal *underwriter* wajib menjadi agenda berkala. Mereka harus terus memperbarui pemahaman risiko, perubahan regulasi, dan tren kasus sengketa. Underwriter yang kompeten akan lebih sigap mendeteksi celah yang berpotensi konflik.

Disclosure yang transparan bukan sekadar formalitas tanda tangan kolom pernyataan. Agen dan underwriter harus memastikan nasabah benar-benar memahami konsekuensi jawaban yang diberikan. Jika perlu, rekaman percakapan atau video persetujuan menjadi bukti komitmen bersama.

Perusahaan juga perlu menyusun SOP mitigasi jika ditemukan ketidaksesuaian data setelah polis aktif. Prosedur perbaikan data yang cepat, terbuka, dan tidak represif akan menghindari kesan bahwa perusahaan hanya mencari-cari alasan untuk membatalkan klaim.

Kebijakan toleransi risiko (*risk tolerance policy*) sebaiknya diumumkan secara terbuka. Nasabah berhak tahu apakah kondisi kesehatan tertentu masih dapat diterima atau menjadi syarat pengecualian. Informasi yang terbuka akan meminimalkan sengketa di tahap klaim.

Underwriting harus ditempatkan sebagai penjaga integritas bisnis asuransi. Jika fondasi proses ini rapuh, reputasi perusahaan akan hancur lebih cepat daripada iklan bisa memperbaikinya.

Kepercayaan publik tumbuh dari proses underwriting yang profesional dan jujur. Ironisnya, hanya perlu satu kasus polis bermasalah untuk menghancurkan persepsi masyarakat bahwa asuransi adalah perlindungan yang layak dipercaya.

Perbaikan underwriting bukan hanya tuntutan regulasi, tetapi kebutuhan moral. Ia adalah janji diam-diam bahwa saat risiko terjadi, tertanggung akan benar-benar terlindungi sesuai kesepakatan yang adil.

3. Penataan Standar Komunikasi dan Informasi Produk, Alat Promosi, Peraga dan Ilustrasi

Standar komunikasi dalam industri perasuransian adalah kunci utama agar nasabah memahami apa yang dibeli, apa yang dijanjikan, dan apa yang dikecualikan. Banyak sengketa bermula bukan karena perusahaan tidak berniat membayar klaim, melainkan karena informasi produk disampaikan secara setengah-setengah atau bias. Oleh sebab itu, semua saluran komunikasi—mulai dari brosur, website, presentasi agen, hingga ilustrasi manfaat—harus tunduk pada satu pedoman yang konsisten dan mudah dipahami.

Setiap perusahaan asuransi perlu menyusun manual standar komunikasi produk yang wajib dipatuhi seluruh lini. Dokumen ini harus menjelaskan cara mempresentasikan polis, cara menjelaskan klausul pengecualian, cara membahas risiko, serta contoh kalimat yang boleh dan tidak boleh diucapkan kepada calon nasabah. Tanpa pedoman baku, interpretasi agen akan berbeda-beda dan celah sengketa makin besar.

Alat promosi juga sering menjadi sumber masalah jika dirancang lebih untuk memikat emosi ketimbang menjelaskan fakta objektif. Banyak materi pemasaran menonjolkan kata-kata bombastis seperti “pasti cair,” “tanpa risiko,” atau “tabungan aman 100%” padahal dalam realitas tidak ada polis yang menjamin semua risiko. Penataan materi promosi yang akurat adalah fondasi membangun ekspektasi yang realistis.

Setiap ilustrasi manfaat, terutama produk unit link atau asuransi investasi, wajib dilengkapi disclaimer yang jelas mengenai potensi kerugian nilai tunai. Kalimat penegasan bahwa hasil investasi bergantung pada kinerja pasar tidak boleh dikaburkan hanya demi mengejar penjualan. Sengketa paling

pelik dalam asuransi selalu berawal dari ilustrasi yang membuat nasabah percaya nilai uangnya dijamin tetap tumbuh.

Selain itu, komunikasi produk harus mempertimbangkan tingkat literasi masyarakat. Bahasa yang terlalu legalistik akan gagal menjangkau nasabah awam, sedangkan bahasa yang terlalu sederhana berisiko mengaburkan makna. Solusinya, perusahaan harus menyediakan dua versi: versi populer untuk pemahaman umum dan versi legal sebagai acuan kontraktual.

Standar peraga penjelasan juga harus ditetapkan. Agen tidak boleh membuat slide presentasi atau brosur sendiri tanpa verifikasi divisi kepatuhan. Bahan penjelasan yang tidak tervalidasi sering menjadi dasar nasabah mengajukan gugatan karena menganggap informasi sudah dijamin oleh perusahaan. Perusahaan wajib menetapkan kebijakan approval dua lapis untuk setiap alat promosi baru. Sebelum diedarkan, semua materi harus lolos uji kepatuhan internal dan legal. Proses ini mungkin memperlambat kampanye pemasaran, tetapi jauh lebih murah daripada menghadapi sengketa dan sanksi regulator.

Proses pembaruan materi komunikasi harus dilakukan berkala, minimal setahun sekali atau setiap ada perubahan regulasi. Banyak sengketa timbul karena materi brosur lama masih beredar di cabang, padahal ketentuan produk sudah diperbarui. *Website* perusahaan asuransi juga perlu menjadi pusat informasi yang paling mutakhir. Semua formulir aplikasi, ketentuan klaim, simulasi manfaat, dan kontak pengaduan harus tersedia dan mudah diakses. Jika saluran daring tidak transparan, nasabah akan lebih mengandalkan omongan agen daripada dokumen resmi.

Salah satu kesalahan umum adalah terlalu mengandalkan materi visual yang menarik secara estetis, tetapi tidak informatif. Brosur penuh gambar keluarga bahagia tidak akan membantu nasabah memahami masa tunggu klaim atau pengecualian risiko. Visual yang indah tetap harus diimbangi tabel ringkasan manfaat dan ketentuan penting. Dalam pelatihan agen, harus ada sesi khusus cara menjelaskan ilustrasi polis. Banyak agen hanya menghafal angka simulasi, padahal tugas utama mereka adalah memastikan calon nasabah memahami bahwa semua ilustrasi bukan jaminan. Perbedaan antara proyeksi dan kepastian hukum harus diterangkan berulang-ulang.

Setiap percakapan penawaran polis sebaiknya direkam atau setidaknya dikonfirmasi dalam bentuk tertulis. Rekaman ini bukan hanya bukti legal, tetapi sarana melindungi agen dari tuduhan memberikan informasi palsu. Ketika sengketa muncul, perusahaan bisa merujuk rekaman sebagai bukti transparansi komunikasi. Penggunaan *digital tools* seperti aplikasi mobile atau simulasi daring wajib diatur kebijakan penggunaannya. Semua fitur kalkulasi harus menyertakan penjelasan batasan hasil proyeksi. Tanpa peringatan yang tegas, teknologi justru menjadi sarana mis-selling yang lebih cepat.

Standar komunikasi juga mencakup cara menangani pertanyaan sulit. Agen dan petugas call center harus memiliki daftar jawaban resmi atas isu sensitif seperti likuidasi perusahaan, force majeure, atau penolakan klaim. Konsistensi jawaban akan mengurangi ruang spekulasi yang sering memicu kepanikan.

Kepercayaan masyarakat tidak dibangun dalam sehari. Tetapi satu brosur menyesatkan, satu ilustrasi manipulatif, atau satu janji berlebihan cukup menghancurkan kredibilitas perusahaan yang sudah dirintis puluhan tahun. Karena itu,

penataan komunikasi bukan sekadar formalitas, melainkan benteng terakhir mempertahankan reputasi.

4. Penguatan Kompetensi Pemasar dan Agen Asuransi

Kriteria atau kualifikasi pemasar asuransi adalah titik mula yang akan menentukan apakah perusahaan memiliki agen yang berintegritas atau justru menciptakan sumber sengketa di kemudian hari. Banyak perusahaan asuransi hanya menetapkan kriteria berdasarkan kemampuan menjual, tanpa mempertimbangkan apakah calon agen benar-benar memahami etika, hukum kontrak, dan karakter produk. Inilah titik lemah klasik: garbage in, garbage out. Jika input berupa individu yang hanya tertarik pada komisi, maka output yang lahir adalah praktik pemasaran menyesatkan.

Kualifikasi agen seharusnya mencakup kecakapan intelektual, kemampuan komunikasi yang empatik, rekam jejak moral yang bersih, dan motivasi yang selaras dengan filosofi perlindungan risiko, bukan sekadar orientasi target. Namun, kenyataannya banyak perusahaan lebih memilih calon agen yang agresif dalam menjual, meski tidak memiliki kompetensi dasar memahami perjanjian asuransi. Pemilihan kriteria yang salah inilah yang akan menjadi bom waktu sengketa di masa depan.

Sistem rekrutmen agen pun tak kalah krusial. Banyak perusahaan masih menggunakan metode perekrutan massal, di mana puluhan orang dikumpulkan dalam seminar motivasi singkat, lalu langsung disodori kontrak keagenan. Proses rekrutmen yang hanya berfokus pada janji penghasilan fantastis ini adalah pintu masuk praktik penjualan yang keliru. Jika inputnya tidak diseleksi ketat, perusahaan sebenarnya sedang menanam benih konflik.

Dalam rekrutmen ideal, harus ada tahap seleksi yang berlapis: penyaringan administratif, wawancara mendalam, uji pemahaman produk, dan psikotes integritas. Proses ini memang memakan waktu lebih lama, namun jauh lebih aman bagi reputasi perusahaan. Karena ketika perusahaan hanya peduli "berapa cepat agen bisa mulai menjual", itu adalah tanda jelas perusahaan sengaja mempertaruhkan kepercayaan konsumen demi produksi jangka pendek.

Setelah rekrutmen, aspek pendidikan dan pelatihan agen menjadi pondasi kedua. Training yang hanya berdurasi beberapa jam dan isinya hanya hafalan keunggulan produk tidak akan pernah cukup. Edukasi yang benar seharusnya mencakup prinsip risiko, doktrin kontrak, kewajiban disclosure, hak pengaduan nasabah, simulasi penolakan klaim, dan etika komunikasi. Tanpa fondasi ini, agen akan memasarkan seolah asuransi pasti cair, padahal realitas jauh lebih kompleks.

Pelatihan agen harus dibuat dalam kurikulum bertahap: tahap pemahaman dasar, tahap penguasaan produk, tahap simulasi kasus, dan tahap sertifikasi. Tiap tahap wajib memiliki uji kelulusan yang objektif. Sertifikat keagenan bukan hak otomatis setiap pendaftar, melainkan hak yang diperoleh setelah lolos ujian integritas dan kapabilitas.

Seringkali perusahaan membanggakan "jumlah agen terbanyak" sebagai prestasi, padahal itu hanya ilusi keberhasilan semu. Jika ribuan agen yang direkrut tidak pernah dibekali pengetahuan memadai, perusahaan sama saja dengan membiarkan kesalahan masif terjadi. Ini bukan kebodohan, tetapi kebijakan yang disengaja karena perusahaan sudah paham risikonya.

Praktik *garbage in*, *garbage out* di tahap rekrutmen dan pendidikan inilah yang membuat perusahaan asuransi gagal memenuhi prinsip *utmost good faith*. Ironisnya, perusahaan akan dengan mudah menuduh nasabah kurang jujur saat klaim, padahal sumber salah persepsi adalah agen yang tak terlatih.

Pengawasan di lapangan menjadi aspek yang sering diabaikan. Setelah agen dilepas menjual, banyak perusahaan tidak memiliki mekanisme audit lapangan yang serius. Supervisi hanya berupa laporan penjualan bulanan, tanpa pernah mengecek apakah proses penjelasan polis dilakukan sesuai prosedur. Inilah akar masalah utama: penjualan dikawal ketat, tetapi kualitas pelayanan dibiarkan liar.

Audit lapangan yang benar wajib mencakup observasi langsung, wawancara nasabah acak, pengecekan rekaman percakapan, dan evaluasi cara agen merespons pertanyaan sulit. Tanpa mekanisme ini, perusahaan akan selalu terlambat menyadari pola penjualan keliru yang menumpuk menjadi sengketa massal.

Banyak perusahaan lebih senang memanjakan agen super-produktif ketimbang melakukan koreksi. Agen yang menyetor premi miliaran rupiah sering dianggap aset tak tersentuh, meskipun reputasi mereka di lapangan penuh komplain. Pola ini menjadi bukti bahwa perusahaan sengaja menutup mata pada potensi kerusakan.

Indikasi bahwa perusahaan sadar sedang menciptakan sengketa bisa dilihat dari dua hal: pertama, sistem pengawasan hanya formalitas di atas kertas; kedua, setiap keluhan nasabah dijawab dengan kalimat “kami akan evaluasi,” tetapi tidak ada perbaikan nyata. Jika demikian, perusahaan tak hanya lalai—ia berkomplot dengan kebiasaan buruk agen untuk menekan

penjualan. Aspek berikutnya adalah sistem penghargaan. Banyak perusahaan mengadopsi skema komisi yang agresif, di mana agen hanya dihargai atas nilai premi yang berhasil dikumpulkan, tanpa mempertimbangkan kualitas layanan. Agen pun terdorong menjual apa saja kepada siapa saja, tanpa memikirkan kesesuaian kebutuhan nasabah. Skema seperti ini adalah cikal bakal kesalahpahaman yang sulit diperbaiki.

Sertifikasi berkala harus menjadi syarat mutlak keberlanjutan kontrak agen. Tidak cukup hanya sertifikasi sekali seumur hidup. Dalam industri yang peraturannya terus berubah, pembaruan pengetahuan adalah kewajiban. Agen yang menolak ikut resertifikasi adalah indikasi mereka lebih mementingkan komisi ketimbang kompetensi. Monitoring perilaku pemasaran digital juga semakin relevan. Banyak agen memasarkan produk lewat media sosial dengan klaim yang belum diverifikasi. Perusahaan wajib memiliki sistem pengawasan dan sanksi jika agen membuat materi promosi palsu atau berlebihan.

Di akhir rantai proses, tanggung jawab perusahaan tidak boleh berhenti pada edukasi internal. Setiap klaim atau pengaduan yang masuk harus dianalisis apakah ada unsur mis-selling. Jika pola kesalahan terdeteksi, agen harus segera ditindak dan proses edukasi ulang dilakukan. Jika perusahaan hanya fokus menolak klaim tanpa introspeksi, mereka sedang menyiapkan bencana reputasi berikutnya.

Masyarakat semakin cerdas dan tidak lagi mudah dibujuk kata-kata manis. Mereka ingin bukti nyata komitmen etika, bukan sekadar brosur bersampul indah. Ketika perusahaan memelihara sistem rekrutmen asal-asalan, itu sama saja dengan membiarkan bara sengketa membesar di masa depan.

Kepercayaan publik terhadap industri perasuransian tidak runtuh karena satu agen. Ia runtuh karena sistem yang membiarkan agen tak kompeten berkeliaran tanpa pengawasan. Setiap perusahaan harus memilih: membangun reputasi di atas fondasi integritas atau merusaknya demi target produksi sesaat.

5. Pengelolaan Proses Klaim yang Transparan

Pengelolaan proses klaim adalah ujian sejati komitmen perusahaan asuransi terhadap prinsip perlindungan. Di sinilah janji-janji pemasaran diuji dalam realitas. Tidak berlebihan jika klaim disebut sebagai ***moment of truth***, momen paling menentukan yang akan menanamkan kesan abadi di benak nasabah. Apabila perusahaan gagal memenuhi ekspektasi saat klaim, semua reputasi dan kepercayaan yang dibangun bertahun-tahun akan runtuh dalam sekejap.

Sejak awal, perusahaan asuransi harus menanamkan pola pikir yang benar kepada seluruh petugas klaim: “Bagaimana saya dapat memproses klaim dengan secepatnya dan membayar sesuai dengan kerugian?” Pertanyaan sederhana ini adalah fondasi sikap profesional. Namun, di banyak perusahaan, pertanyaan yang lebih dominan justru bernada kecurigaan: “Bagaimana saya bisa menolak klaim ini dengan menggunakan kontrak polis, dengan mencari kesalahan tertanggung?” Pikiran kotor semacam ini menjadi racun reputasi yang menjalar diam-diam.

Proses klaim yang transparan harus dimulai dengan edukasi sejak sebelum kontrak ditandatangani. Nasabah wajib diberi informasi tertulis mengenai dokumen yang diperlukan, tenggat waktu pelaporan, dan tahapan verifikasi. Tanpa transparansi awal, perusahaan tidak berhak menuntut kepatuhan sempurna saat nasabah sedang dalam kondisi tertekan akibat musibah.

Pada saat klaim diajukan, petugas klaim wajib menunjukkan empati yang tulus. Mereka bukan sekadar pemeriksa dokumen, tetapi juga pendengar dan penenang nasabah yang sedang gelisah. Dalam banyak kasus, cara petugas menjawab telepon atau menjelaskan prosedur lebih menentukan kepuasan nasabah ketimbang cepat lambatnya pembayaran.

Proses klaim harus memiliki timeline yang pasti, bukan sekadar janji “akan kami proses secepatnya.” Nasabah berhak mendapatkan status klaim secara berkala tanpa harus menanyakan sendiri. Sistem notifikasi daring atau SMS berkala akan meminimalkan ketidakpastian yang menjadi biang sengketa. Dokumentasi komunikasi adalah elemen wajib dalam manajemen klaim modern. Semua interaksi harus dicatat secara sistematis agar saat terjadi perbedaan persepsi, perusahaan memiliki bukti objektif. Rekaman percakapan bukan hanya alat pembelaan perusahaan, tetapi juga perlindungan bagi nasabah.

Transparansi klaim juga harus tercermin dalam cara perusahaan menjelaskan alasan penolakan. Surat penolakan yang singkat, dingin, dan penuh istilah hukum akan memicu kemarahan. Sebaliknya, penjelasan yang detail, sopan, dan dilengkapi referensi pasal polis akan membantu nasabah menerima keputusan lebih rasional.

Di banyak perusahaan, budaya klaim masih kental dengan mentalitas kecurigaan. Petugas sibuk mencari celah agar klaim ditolak demi menekan rasio kerugian. Padahal, jika perusahaan jujur pada dirinya sendiri, klaim yang dibayar cepat dan adil adalah promosi gratis paling efektif. Kepuasan nasabah akan menyebar dari mulut ke mulut, membangun reputasi lebih kuat daripada iklan apa pun.

Sebaliknya, satu klaim yang diperlambat atau ditolak tanpa empati akan menjadi kabar buruk yang viral. Nasabah yang kecewa akan membawa ceritanya ke media sosial, forum pengaduan, hingga regulator. Inilah risiko reputasi yang lebih mahal dari nilai klaim itu sendiri.

Proses klaim yang transparan juga menuntut integrasi teknologi. Sistem klaim daring yang memungkinkan pengunggahan dokumen, pemantauan status, dan konsultasi langsung adalah bentuk nyata komitmen keterbukaan. Tidak ada alasan lagi bagi perusahaan menunda klaim dengan dalih dokumen “belum diterima.” Pola pikir petugas klaim perlu dibina secara konsisten. Mereka harus sadar bahwa setiap keputusan bukan hanya soal angka, tetapi juga soal martabat nasabah. Musibah yang menimpa nasabah sudah cukup menyakitkan. Jangan tambah penderitaan dengan prosedur yang kaku dan sikap dingin.

Audit klaim secara berkala wajib dilakukan untuk memastikan standar transparansi diterapkan konsisten di semua cabang. Pengawasan yang serius adalah jaring pengaman terakhir mencegah praktik tidak etis yang bisa merusak nama baik perusahaan. Kebijakan eskalasi juga harus jelas. Jika nasabah tidak puas dengan keputusan klaim, perusahaan wajib menyediakan jalur keberatan yang responsif, bukan sekadar formalitas. Proses keberatan harus dijawab dalam tenggat waktu yang wajar, dengan argumentasi tertulis yang dapat diverifikasi.

Transparansi juga berarti perusahaan bersedia mengakui kekeliruan jika ada. Tidak ada perusahaan yang sempurna. Namun, pengakuan kesalahan dan penyelesaian proaktif jauh lebih dihargai ketimbang sikap defensif.

Dalam setiap sesi pelatihan internal, perusahaan perlu mengajarkan satu prinsip: klaim bukan ancaman, melainkan saat terbaik membuktikan komitmen proteksi. Jika proses klaim dilakukan tulus dan profesional, nasabah akan menjadi duta sukarela yang menyebarkan kabar positif. Klaim adalah *moment of truth* yang menjadi sarana promosi paling kuat. Perusahaan yang berhasil membayar klaim tepat waktu akan menuai reputasi luar biasa. Bahkan nasabah yang semula skeptis akan berubah menjadi pelanggan setia.

Sebaliknya, perusahaan yang selalu mengedepankan niat mencari kesalahan nasabah hanya akan menciptakan citra sinis. Cepat atau lambat, publik akan mencap perusahaan sebagai institusi yang tidak layak dipercaya.

Setiap petugas klaim wajib bertanya pada diri sendiri: “Jika keluarga saya yang mengajukan klaim, apakah saya ingin mereka diperlakukan seperti ini?” Pertanyaan ini akan menjaga empati tetap hidup di tengah tuntutan target kinerja.

Klaim yang transparan adalah investasi reputasi jangka panjang. Biaya membayar klaim yang sah jauh lebih kecil dibandingkan biaya memulihkan citra setelah satu kasus sengketa menjadi viral.

Akhirnya, klaim bukan sekadar proses administratif. Ia adalah janji yang ditepati, harapan yang diselamatkan, dan reputasi yang dimenangkan. Perusahaan yang menghayati nilai ini tidak perlu takut kehilangan nasabah—karena kepercayaan akan tumbuh sendiri.

27.7 Solusi Sengketa Asuransi

1. Negosiasi Internal dan Mediasi

Negosiasi internal merupakan langkah pertama yang seharusnya selalu diupayakan sebelum sengketa berkembang menjadi konflik terbuka. Dalam tahap ini, nasabah dan perusahaan asuransi duduk bersama untuk membahas duduk perkara klaim secara jujur dan terbuka. Proses ini jauh lebih hemat waktu, biaya, dan energi ketimbang membawa masalah ke jalur hukum. Banyak sengketa sesungguhnya bukan karena niat buruk, melainkan akibat miskomunikasi yang bisa diperbaiki lewat klarifikasi.

Keberhasilan negosiasi internal sangat bergantung pada itikad baik kedua belah pihak. Nasabah diharapkan membawa dokumen lengkap dan menyampaikan kronologi secara transparan. Sebaliknya, perusahaan wajib menyediakan petugas yang kompeten, berwenang mengambil keputusan, dan memiliki kewenangan melakukan diskresi bila diperlukan.

Mediasi internal sering kali efektif jika diiringi budaya perusahaan yang memprioritaskan solusi ketimbang pembelaan diri. Dalam praktik, masalah justru menjadi runyam ketika perusahaan hanya mengulang-ulang kalimat “mengacu pada ketentuan polis” tanpa mau mendengarkan. Sikap kaku ini akan menutup peluang kompromi.

Salah satu kunci keberhasilan negosiasi adalah dokumentasi yang rapi. Seluruh hasil diskusi wajib dicatat secara resmi dan ditandatangani kedua pihak agar tidak timbul sengketa baru mengenai apa saja yang sudah dibahas.

Perusahaan sebaiknya memiliki tim khusus mediasi internal yang terpisah dari unit klaim. Dengan demikian, proses negosiasi tidak bias karena petugas yang sama memproses dan memutuskan klaim. Pemisahan ini akan membangun rasa percaya nasabah bahwa mediasi dijalankan secara objektif.

Dalam mediasi internal, perusahaan harus mengedepankan asas proporsionalitas. Jika memang ada aspek klaim yang layak dibayar sebagian, perusahaan sebaiknya tidak bersikukuh pada sikap hitam-putih. Solusi parsial sering menjadi jalan tengah yang adil bagi semua pihak.

Selain itu, mediasi internal juga menjadi kesempatan penting membangun goodwill. Ketika perusahaan mau mendengarkan keluhan nasabah dengan sabar, kepercayaan yang sempat terkikis bisa pulih perlahan. Sikap terbuka adalah bentuk empati yang tak ternilai dalam bisnis asuransi.

Negosiasi internal juga mencegah reputasi perusahaan tercoreng. Sengketa yang selesai di dalam perusahaan tidak akan terekspos media, sehingga nama baik tetap terjaga. Oleh karena itu, perusahaan yang bijak selalu mengupayakan solusi damai secepat mungkin. Namun demikian, tidak semua sengketa dapat diselesaikan di tahap ini. Jika negosiasi mentok, nasabah perlu diberikan penjelasan tertulis mengenai jalur lanjutan yang dapat ditempuh, termasuk pengaduan ke OJK atau lembaga mediasi formal.

Pada akhirnya, keberhasilan negosiasi internal bukan hanya soal membayar atau menolak klaim. Ini tentang cara perusahaan menunjukkan bahwa mereka berdiri di sisi nasabah, bukan hanya saat menjual polis tetapi juga ketika risiko benar-benar terjadi.

2. Prosedur Pengaduan ke OJK dan LAPS SJK

Ketika negosiasi internal tidak menghasilkan kesepakatan, nasabah memiliki hak formal mengajukan pengaduan ke OJK (Otoritas Jasa Keuangan) dan LAPS SJK (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan). OJK dan LAPS SJK menjadi jalur resmi penyelesaian sengketa non-litigasi sebelum perkara diajukan ke pengadilan.

Prosedur pengaduan ke OJK dimulai dengan melengkapi formulir pengaduan, menyertakan kronologi sengketa, bukti dokumen polis, korespondensi klaim, dan surat penolakan resmi dari perusahaan asuransi. OJK akan memverifikasi kelengkapan dokumen sebelum menerbitkan tanda terima pengaduan.

Setelah itu, OJK melakukan proses fasilitasi. Ini bukan mediasi formal, melainkan upaya meminta klarifikasi kepada perusahaan dan mendorong penyelesaian secara musyawarah. Jika OJK melihat potensi kesepakatan, fasilitasi akan dilanjutkan hingga tercapai solusi tertulis.

Jika sengketa belum selesai, nasabah dapat memilih melanjutkan ke LAPS SJK. Lembaga ini memiliki wewenang memediasi dan memutus sengketa berdasarkan persetujuan sukarela kedua pihak. Dalam proses mediasi, mediator LAPS SJK akan mendampingi negosiasi secara objektif, memastikan diskusi berjalan adil. Kelebihan LAPS SJK adalah biaya yang relatif terjangkau dan proses yang lebih cepat dibandingkan litigasi di pengadilan. Selain itu, mediasi di LAPS SJK bersifat rahasia sehingga nama baik kedua belah pihak lebih terlindungi.

Proses mediasi biasanya diakhiri dengan risalah kesepakatan yang ditandatangani bersama. Jika tercapai mufakat, risalah tersebut memiliki kekuatan eksekutorial, artinya

dapat dijadikan dasar eksekusi jika salah satu pihak melanggar. Namun jika mediasi gagal, nasabah dapat mengajukan arbitrase di LAPS SJK. Putusan arbitrase bersifat final dan mengikat, sehingga tidak bisa diajukan banding. Karena itu, sebelum memilih jalur arbitrase, nasabah harus mempertimbangkan baik-baik konsekuensinya.

Penting dicatat, perusahaan asuransi wajib menjelaskan prosedur pengaduan ini secara transparan sejak awal kontrak. Ketidaktahuan nasabah sering membuat mereka merasa terjebak dalam proses internal yang tak kunjung selesai. OJK dan LAPS SJK bukan hanya saluran pengaduan, tetapi simbol perlindungan konsumen di sektor jasa keuangan. Keberadaan lembaga ini menunjukkan negara hadir untuk menyeimbangkan posisi tawar nasabah dan perusahaan besar.

Dengan demikian, pengaduan ke OJK dan LAPS SJK seharusnya dilihat sebagai mekanisme koreksi yang sehat, bukan ancaman. Perusahaan yang profesional justru akan proaktif memfasilitasi jalur ini demi menjaga reputasi dan kepercayaan masyarakat.

3. Arbitrase Asuransi

Arbitrase adalah jalur penyelesaian sengketa di luar pengadilan yang bersifat final dan mengikat. Dalam konteks asuransi, arbitrase sering menjadi alternatif bagi nasabah atau perusahaan yang ingin kepastian hukum lebih cepat dibanding litigasi biasa. Mekanisme ini umumnya sudah dicantumkan dalam klausul polis yang menyebutkan bahwa sengketa akan diselesaikan melalui lembaga arbitrase tertentu.

Keunggulan arbitrase terletak pada kecepatan dan efisiensinya. Prosedur arbitrase biasanya memiliki batas waktu yang lebih singkat dibanding proses persidangan negeri yang bisa bertahun-tahun. Dengan demikian, nasabah tidak perlu larut dalam ketidakpastian terlalu lama.

Proses arbitrase dimulai dari penunjukan arbiter yang disepakati kedua belah pihak. Arbiter ini bisa berasal dari kalangan praktisi hukum, akademisi, atau profesional asuransi yang memiliki reputasi independen. Penunjukan pihak ketiga yang netral inilah yang menjadi jaminan objektivitas putusan.

Selama proses arbitrase, kedua belah pihak akan menyerahkan dokumen bukti, keterangan saksi, dan argumentasi tertulis. Tidak jarang sidang arbitrase juga mendengar kesaksian ahli mengenai interpretasi klausul polis. Semua proses ini berlangsung dalam suasana lebih informal dibanding pengadilan, sehingga mendorong penyelesaian substansial.

Keputusan arbiter memiliki kekuatan hukum setara putusan pengadilan tingkat pertama. Ini berarti keputusan tidak dapat diajukan banding. Prinsip final and binding inilah yang menjadi daya tarik arbitrase bagi pihak yang ingin sengketa cepat selesai. Namun demikian, finalitas keputusan juga menjadi konsekuensi besar. Sebelum memilih jalur arbitrase, nasabah perlu mempertimbangkan dengan saksama apakah seluruh argumen dan bukti sudah lengkap. Jika tidak, kesempatan memperbaiki posisi dalam banding tidak lagi tersedia.

Arbitrase memiliki biaya yang umumnya lebih tinggi dibanding mediasi LAPS SJK. Biaya ini mencakup honor arbiter, biaya administrasi lembaga arbitrase, dan biaya saksi ahli bila diperlukan. Oleh sebab itu, jalur ini lebih tepat bagi sengketa dengan nilai klaim yang signifikan. Kelebihan lain arbitrase

adalah kerahasiaan. Berbeda dengan pengadilan negeri yang bersifat terbuka, arbitrase menjaga privasi para pihak sehingga reputasi perusahaan maupun nasabah tidak menjadi konsumsi publik.

Arbitrase juga menjadi sarana edukasi bahwa sengketa tidak selalu harus berakhir dengan konflik berkepanjangan. Banyak kasus menunjukkan arbitrase mampu memulihkan hubungan profesional karena prosesnya lebih dialogis. Pada akhirnya, arbitrase adalah pilihan bijak bagi mereka yang menginginkan kepastian cepat, objektivitas tinggi, dan kerahasiaan. Namun, finalitasnya juga menjadi pengingat bahwa keputusan harus diterima dengan lapang dada.

4. Litigasi di Pengadilan Negeri

Litigasi di pengadilan negeri menjadi jalur terakhir yang ditempuh jika negosiasi, mediasi, maupun arbitrase tidak menemukan solusi. Proses ini membawa sengketa asuransi ke ranah hukum publik, dengan seluruh konsekuensi panjang yang menyertainya.

Persidangan di pengadilan negeri dimulai dengan pengajuan gugatan resmi. Nasabah sebagai penggugat harus menyertakan kronologi lengkap, nilai gugatan, dasar hukum, dan bukti pendukung. Dokumen ini akan diverifikasi oleh kepaniteraan sebelum persidangan pertama dijadwalkan.

Keunggulan litigasi terletak pada kewenangan pengadilan yang lebih luas. Hakim tidak hanya memutus kewajiban pembayaran klaim, tetapi juga dapat menjatuhkan ganti rugi immateriil jika ditemukan unsur wanprestasi atau perbuatan melawan hukum.

Namun, proses litigasi biasanya memakan waktu lama. Satu perkara asuransi di pengadilan negeri bisa berlangsung 1 hingga 2 tahun, belum termasuk banding dan kasasi. Dalam rentang waktu ini, hubungan emosional antara nasabah dan perusahaan semakin renggang. Litigasi juga menuntut biaya yang tidak sedikit. Selain biaya perkara, nasabah perlu mempertimbangkan honor pengacara, saksi ahli, dan ongkos pembuktian lain. Banyak nasabah mundur di tengah jalan karena beban biaya yang tidak sebanding dengan nilai klaim.

Publisitas litigasi menjadi pedang bermata dua. Di satu sisi, publikasi bisa memberi tekanan moral pada perusahaan untuk lebih berhati-hati. Di sisi lain, reputasi nasabah dan perusahaan sama-sama terpapar risiko stigma negatif. Dalam proses litigasi, perusahaan sering lebih unggul dari sisi sumber daya hukum. Ini menjadi tantangan bagi nasabah yang tidak memiliki pengalaman beracara. Oleh sebab itu, pendampingan pengacara yang kompeten menjadi kunci agar posisi tawar tetap seimbang.

Putusan pengadilan negeri bersifat terbuka untuk banding dan kasasi. Hal ini berarti kepastian hukum baru tercapai setelah seluruh upaya hukum dilalui. Banyak sengketa baru selesai setelah tiga atau empat tahun. Litigasi pada akhirnya harus menjadi opsi terakhir, bukan pilihan pertama. Jalur ini sebaiknya hanya ditempuh ketika semua mekanisme musyawarah dan alternatif penyelesaian sengketa telah gagal total.

Meski melelahkan, litigasi tetap menjadi pilar penting perlindungan hukum konsumen. Ia menjadi pengingat bagi perusahaan bahwa tidak semua sengketa bisa diselesaikan dengan persuasi, apalagi dengan intimidasi.

5. Solusi *Win-Win* dan *Restorative Justice*

Di tengah berbagai jalur formal, pendekatan win-win solution dan restorative justice kian relevan dalam sengketa asuransi modern. Solusi ini tidak semata-mata berfokus pada menang kalah, melainkan bagaimana memulihkan hubungan dan memberikan rasa keadilan bagi semua pihak.

Win-win solution adalah penyelesaian yang mengakomodasi kepentingan perusahaan dan nasabah. Tidak jarang, perusahaan bersedia membayar sebagian klaim atau memberikan kompensasi goodwill sebagai bentuk penghargaan atas loyalitas nasabah, meskipun secara kontraktual mereka merasa benar. Sikap ini lebih membangun citra positif ketimbang pertarungan hukum panjang.

Restorative justice berangkat dari prinsip pemulihan kerugian dan relasi. Pendekatan ini mengakui bahwa sengketa tidak hanya melukai finansial, tetapi juga psikologis. Oleh sebab itu, proses penyelesaian harus memberi ruang bagi permintaan maaf, klarifikasi, dan pernyataan tanggung jawab moral. Dalam praktik, *restorative justice* dapat diwujudkan dalam mediasi yang mengundang pihak independen untuk memfasilitasi dialog jujur. Tidak sekadar membahas angka kompensasi, tetapi juga perasaan kecewa, marah, dan kehilangan kepercayaan.

Solusi win-win juga mencakup pemberian manfaat tambahan, seperti pengembalian premi sebagian atau penawaran produk baru dengan syarat istimewa. Tindakan semacam ini menunjukkan perusahaan tidak semata-mata entitas bisnis, melainkan mitra yang peduli. *Restorative justice* menjadi peluang untuk memperbaiki reputasi. Ketika nasabah merasa didengarkan dan dihormati, banyak di antara mereka bersedia

mencabut pengaduan publik dan memberikan testimoni positif tentang itikad baik perusahaan.

Keberhasilan solusi *win-win* memerlukan kepemimpinan yang bijak. Manajemen perusahaan harus berani mengambil keputusan kompromi, meski secara finansial tidak selalu menguntungkan dalam jangka pendek. Keberanian ini adalah investasi citra jangka panjang.

Di sisi nasabah, pendekatan restoratif juga membutuhkan kesiapan emosional untuk menerima penyelesaian di luar pengadilan. Tidak semua orang mudah memaafkan, terutama jika proses klaim semula penuh luka batin. Karena itu, komunikasi yang empatik menjadi kunci.

Solusi win-win dan restorative justice menunjukkan bahwa sengketa tidak harus berakhir dengan kebencian. Ada ruang bagi kesepakatan yang menghormati martabat manusia dan mengembalikan kepercayaan yang sempat hilang. Pada akhirnya, perusahaan asuransi yang mampu mengedepankan penyelesaian restoratif akan selalu diingat bukan sebagai entitas komersial semata, melainkan sebagai pelindung yang menepati janji dengan hati nurani.

27.8 Studi Kasus Sengketa Asuransi

1. Kasus Sengketa Asuransi Jiwa

a) *Term Life*

Seorang nasabah membeli polis asuransi jiwa berjangka (*term life*) dengan masa pertanggungan 10 tahun. Ia rutin membayar premi selama 5 tahun pertama, tetapi pada tahun ke-6 mengalami kesulitan keuangan hingga premi tertunggak 4

bulan. Ketika nasabah meninggal dunia akibat kecelakaan kerja, ahli waris mengajukan klaim santunan jiwa sesuai polis. Namun perusahaan asuransi menolak klaim dengan alasan polis sudah lapse karena gagal bayar lebih dari masa tenggang (*grace period*) 30 hari.

Ahli waris merasa keberatan karena mereka tidak pernah menerima surat peringatan resmi. Mereka juga berpendapat bahwa premi yang sudah dibayarkan selama 5 tahun seharusnya menjamin minimal manfaat pro-rata. Persoalan menjadi sengketa panjang karena perusahaan bersikukuh klausul kontrak sudah jelas mengenai penghentian manfaat setelah *grace period* habis.

Sengketa makin rumit karena agen penjual polis pernah menjanjikan lisan bahwa “premi bisa dicicil kapan saja selama masa polis.” Janji ini tidak tercatat dalam dokumen resmi. Ahli waris berusaha memprotes melalui mediasi internal, namun tidak ada kompromi. Akhirnya, mereka mengadukan kasus ke LAPS SJK.

Proses mediasi berjalan alot. Perusahaan menolak pembayaran penuh namun bersedia memberikan pengembalian sebagian premi sebagai *goodwill*. Ahli waris merasa nominalnya tidak adil. Kasus kemudian berlanjut ke litigasi di pengadilan. Proses hukum memakan waktu lebih dari dua tahun.

Analogi sederhana:

Seperti seseorang yang memiliki keanggotaan gym tahunan, lalu berhenti membayar iuran bulanan. Saat ingin menggunakan fasilitas, pihak gym menolak karena status keanggotaan otomatis gugur, meski ia sudah membayar sebelumnya.

b) *Whole Life*

Nasabah membeli polis whole life dengan janji proteksi seumur hidup dan nilai tunai yang berkembang. Setelah 15 tahun membayar premi, ia memutuskan berhenti membayar premi lanjutan, dengan asumsi nilai tunai cukup membiayai premi otomatis. Ternyata, biaya administrasi dan biaya asuransi yang terus meningkat secara bertahap menggerus saldo nilai tunai hingga habis tanpa ia sadari.

Beberapa tahun kemudian, saat nasabah meninggal, keluarganya mengajukan klaim santunan jiwa. Perusahaan menolak pembayaran, menjelaskan polis telah otomatis batal dua tahun sebelum kematian karena saldo nilai tunai sudah nol. Ahli waris terkejut karena tidak pernah menerima pemberitahuan saldo menipis.

Perselisihan pun muncul. Pihak keluarga menuntut perusahaan tidak transparan dalam menyampaikan perkembangan polis. Perusahaan berdalih laporan berkala sudah dikirim ke alamat tercatat nasabah. Sengketa semakin pelik karena nasabah memang pindah alamat tanpa pembaruan data kontak.

Proses mediasi internal gagal menemukan titik temu. Akhirnya, ahli waris memilih jalur arbitrase. Putusan arbitrase hanya mengabulkan sebagian tuntutan berupa pengembalian nilai tunai terakhir, bukan pembayaran klaim penuh.

Analogi sederhana:

Seperti menabung di rekening yang otomatis dipotong biaya admin setiap bulan. Karena tidak pernah dicek saldonya, pemilik rekening kaget saat dananya habis dan rekening ditutup diam-diam.

c) *Endowment*

Seorang pegawai membeli polis *endowment* 15 tahun yang mencakup proteksi jiwa sekaligus tabungan dengan target dana pendidikan anak. Di tahun ke-14, nasabah mengalami stroke dan tidak mampu bekerja. Premi tahun terakhir pun gagal dibayarkan. Saat jatuh tempo manfaat, perusahaan hanya membayar sebagian nilai tunai dengan alasan polis tidak lengkap masa pembayaran.

Nasabah merasa diperlakukan tidak adil. Menurutnya, peristiwa sakit berat semestinya mendapat keringanan premi (*waiver of premium*) seperti yang dijanjikan agen. Namun saat diperiksa, klausul *waiver* ternyata hanya berlaku untuk cacat tetap total, bukan sakit kritis.

Sengketa muncul karena nasabah berpendapat agen tidak menjelaskan batasan ketentuan dengan cukup jelas. Pihak perusahaan menunjukkan dokumen ilustrasi dan ringkasan polis yang sudah ditandatangani.

Kasus akhirnya dimediasi di LAPS SJK. Mediator berhasil membantu kedua belah pihak mencapai kompromi: perusahaan setuju menambah pembayaran *goodwill* untuk meringankan biaya pengobatan, meski secara kontrak klaim *endowment* penuh tidak terpenuhi.

Analogi sederhana:

Seperti membeli paket liburan yang mencakup asuransi pembatalan perjalanan, tetapi syaratnya hanya berlaku untuk kecelakaan, bukan sakit biasa. Ketika sakit, pengajuan klaim pun ditolak.

2. Kasus Sengketa Asuransi Umum

a) Asuransi Harta Benda

Pemilik toko elektronik membeli polis asuransi kebakaran dengan jaminan kerugian atas stok barang. Suatu malam, gudang terbakar hebat. Ketika klaim diajukan, perusahaan menolak pembayaran penuh dengan alasan sistem proteksi kebakaran (*fire alarm*) tidak berfungsi saat kejadian, padahal itu menjadi prasyarat polis.

Pemilik toko berdalih alarm rusak baru satu minggu sebelum kejadian, dan perusahaan tidak pernah melakukan inspeksi ulang. Sengketa kemudian berkembang karena nilai kerugian yang besar, mencapai miliaran rupiah.

Dalam mediasi, perusahaan tetap menolak klaim penuh. Mereka hanya menawarkan pembayaran sebagian kerugian atas dasar itikad baik. Pemilik toko menolak karena menganggap perusahaan mencari-cari alasan untuk menghindari tanggung jawab. Kasus kemudian bergulir ke pengadilan negeri. Proses litigasi memakan waktu dua tahun sebelum hakim memutuskan perusahaan wajib membayar sebagian besar klaim karena kelalaian inspeksi turut menjadi penyebab sengketa.

Analogi sederhana:

Seperti membeli polis kendaraan dengan syarat mobil harus diparkir di garasi, tetapi saat mobil hilang di luar garasi, perusahaan menolak klaim.

b) Asuransi Kendaraan Bermotor

Nasabah membeli polis *all risk* untuk mobil baru. Beberapa bulan kemudian, mobil mengalami kecelakaan tunggal menabrak pembatas jalan. Saat klaim diajukan, perusahaan menolak

dengan alasan pengemudi tidak memiliki SIM aktif pada saat kejadian.

Nasabah berpendapat SIM sudah pernah aktif, hanya kebetulan masa berlaku habis beberapa minggu sebelumnya. Ia menganggap perusahaan seharusnya memberi kelonggaran karena kecelakaan bukan akibat kelalaian besar. Sengketa menjadi panjang karena nasabah merasa tidak pernah diberi penjelasan detil mengenai pentingnya SIM aktif sebagai syarat mutlak klaim. Perusahaan berpegang pada klausul polis yang tegas menyatakan persyaratan legal pengemudi.

Kasus akhirnya diselesaikan melalui mediasi di LAPS SJK. Perusahaan setuju memberikan pembayaran sebagian sebagai *goodwill*, dengan catatan hal serupa tidak menjadi preseden di masa depan.

Analogi sederhana:

Seperti klaim garansi elektronik yang ditolak karena tanggal nota pembelian sudah lewat masa berlaku, walau kerusakan terjadi persis sehari sebelumnya.

c) Asuransi Pengangkutan

Sebuah perusahaan impor membeli polis pengangkutan barang dengan jaminan kerusakan fisik total. Saat kapal pengangkut mengalami kebocoran lambung, sebagian barang terendam air laut. Namun perusahaan asuransi menolak klaim karena kerusakan sebagian tidak memenuhi definisi *total loss*.

Importir merasa keberatan. Menurutnya, nilai kerugian sudah lebih dari 70% dari total harga barang sehingga klaim semestinya dibayar penuh. Sengketa berkembang karena dokumen pengepakan barang dianggap tidak lengkap.

Mediasi internal gagal menghasilkan kompromi. Pihak importir menuduh perusahaan sengaja memperlambat klaim dengan meminta dokumen tambahan berkali-kali. Perusahaan berdalih verifikasi kerugian memang rumit. Akhirnya, kasus dilanjutkan ke arbitrase. Arbiter memutuskan pembayaran klaim sebagian sesuai laporan surveyor independen yang memverifikasi kerusakan.

Analogi sederhana:

Seperti memesan paket kiriman yang rusak parah di perjalanan. Penjual hanya mau mengganti sebagian harga barang karena kotak tidak hancur total.

3. Kasus Sengketa Asuransi Unit Link

Seorang nasabah membeli polis asuransi unit link dengan ilustrasi manfaat yang menjanjikan proyeksi nilai tunai cukup besar setelah 10 tahun. Agen mempresentasikan ilustrasi yang menunjukkan pertumbuhan investasi rata-rata 12% per tahun. Nasabah terkesan, sehingga ia menempatkan dana premi tahunan yang cukup besar.

Beberapa tahun berjalan, kinerja pasar saham turun drastis. Nilai unit yang dibeli nasabah pun anjlok, hingga saldo nilai tunai lebih kecil daripada total premi yang sudah dibayar. Ketika nasabah memutuskan menebus polis, ia kaget mendapati nilai pengembalian hanya separuh dari yang diharapkan. Ia pun mengajukan protes keras, menuduh perusahaan memberikan janji palsu.

Perusahaan asuransi menjelaskan bahwa ilustrasi hanyalah proyeksi, bukan jaminan. Semua dokumen sudah mencantumkan disclaimer bahwa hasil investasi bisa naik turun. Namun nasabah

merasa agen terlalu agresif saat menjual, seolah nilai tunai pasti akan sesuai ilustrasi. Perselisihan pun menjadi sengketa panjang.

Mediasi internal gagal menemukan titik temu. Akhirnya nasabah mengadukan kasus ke OJK, lalu dilanjutkan ke LAPS SJK. Proses mediasi berhasil menghasilkan kompromi: perusahaan membayar kompensasi *goodwill* sebagian kerugian, sembari menegaskan bahwa proyeksi tidak dapat dijadikan dasar tuntutan penuh.

Analogi sederhana:

Seperti melihat brosur perumahan yang menggambarkan taman indah dan fasilitas lengkap, padahal yang dijual hanya tanah kosong. Gambaran itu hanyalah ilustrasi yang belum tentu menjadi kenyataan.

4. Kasus Sengketa Asuransi Kesehatan

Seorang karyawan perusahaan membeli polis asuransi kesehatan individu dengan manfaat rawat inap, pembedahan, dan santunan harian. Setelah beberapa tahun, ia menjalani operasi besar akibat komplikasi penyakit lambung. Ia pun mengajukan klaim penggantian biaya rumah sakit sesuai plafon pertanggungan.

Perusahaan asuransi menolak sebagian klaim dengan alasan penyakit tersebut termasuk dalam pengecualian *pre-existing condition* yang sudah ada sebelum polis berlaku. Nasabah terkejut, karena merasa sehat saat mendaftar. Ia bersikukuh bahwa dokter baru menemukan gangguan tersebut setahun setelah polis aktif.

Sengketa timbul karena formulir aplikasi tidak mencatat riwayat penyakit lambung, namun perusahaan mencurigai gejala sudah ada sebelumnya. Proses klarifikasi memakan waktu lama, karena perusahaan meminta rekam medis lengkap beberapa tahun ke belakang.

Mediasi internal berjalan alot. Nasabah merasa dipersulit dengan permintaan dokumen tambahan yang berulang. Setelah pengaduan ke LAPS SJK, perusahaan akhirnya menyetujui pembayaran sebagian klaim berdasarkan kompromi itikad baik. Namun, hubungan nasabah dengan perusahaan sudah rusak.

Analogi sederhana:

Seperti membeli tiket konser VIP, lalu saat masuk dihadang petugas yang menuduh tiket palsu. Anda harus membuktikan berkali-kali padahal sudah membayar mahal.

5. Analisis dan Pembelajaran

Dari berbagai studi kasus sengketa di atas, satu pola yang muncul berulang kali adalah kurangnya transparansi dan edukasi sejak tahap penutupan polis. Nasabah seringkali hanya berpegang pada janji agen atau ilustrasi pemasaran, tanpa membaca klausul detail. Ketika risiko terjadi, ekspektasi dan realitas pun berbenturan.

Di sisi perusahaan, masih banyak pola pikir kaku yang berfokus mencari celah kontrak untuk menolak klaim, alih-alih mencari solusi proporsional. Padahal, sikap inilah yang menggerus reputasi industri dan memicu litigasi berkepanjangan. Kasus asuransi unit *link*, misalnya, menunjukkan pentingnya penekanan bahwa ilustrasi bukan jaminan.

Studi kasus asuransi umum mengajarkan bahwa persyaratan polis, seperti proteksi kebakaran atau SIM aktif, seharusnya dipantau secara berkala dan dijelaskan berkali-kali. Sengketa sering muncul bukan karena klausul polis keliru, tetapi karena nasabah tidak memahami implikasinya.

Kasus asuransi kesehatan menunjukkan tantangan pembuktian *pre-existing condition* yang kerap menjadi alasan klasik penolakan klaim. Proses klarifikasi seharusnya dilakukan cepat dan objektif, bukan menunda pembayaran dengan meminta dokumen tambahan berulang.

Analogi sederhana:

Seperti dua orang bermain catur tanpa menjelaskan aturan sebelum mulai. Saat salah satu pihak kalah, barulah muncul perdebatan tentang langkah sah atau tidak sah. Tanpa kesepahaman awal, konflik hanya menunggu waktu.

27.9 Tren Masa Depan dalam Penyelesaian Sengketa Asuransi

1. Digitalisasi Proses Klaim

Digitalisasi proses klaim akan menjadi tonggak penting dalam mengurangi potensi sengketa asuransi di masa depan. Ketika klaim dapat diajukan secara daring dengan bukti elektronik, waktu tunggu verifikasi dokumen menjadi lebih singkat dan transparan. Nasabah tidak perlu lagi mendatangi kantor cabang hanya untuk menyerahkan formulir atau meminta status klaim. Semua proses dapat dipantau melalui aplikasi yang terhubung langsung dengan sistem klaim perusahaan.

Selain efisiensi waktu, digitalisasi juga meminimalkan risiko hilangnya dokumen fisik atau perbedaan versi bukti yang kerap memicu perselisihan. Sistem berbasis *blockchain* mulai dikembangkan untuk mencatat setiap langkah proses klaim secara permanen, sehingga integritas data lebih terjamin.

Fitur notifikasi otomatis akan memberi kabar perkembangan klaim secara berkala. Dengan demikian, nasabah tidak merasa diabaikan atau dipersulit. Pengalaman klaim yang lebih mudah dan akuntabel menjadi pembeda perusahaan asuransi modern.

Meski digitalisasi membawa banyak manfaat, tantangan literasi teknologi masyarakat masih perlu diperhatikan. Banyak nasabah yang belum terbiasa menggunakan aplikasi klaim daring, sehingga perusahaan wajib menyediakan jalur bantuan *hybrid* antara digital dan pendampingan tatap muka.

Transparansi digital juga berarti perusahaan harus lebih bertanggung jawab dalam menjelaskan alasan penolakan klaim. Surat elektronik yang otomatis dikirim tidak boleh hanya berisi kalimat normatif, tetapi harus mencantumkan detail dasar keputusan klaim.

Proses klaim digital akan menjadi *moment of truth* baru, di mana reputasi perusahaan diuji secara *real-time*. Jika digitalisasi dilakukan setengah hati, kecewa nasabah justru lebih cepat tersebar melalui media sosial.

Oleh karena itu, investasi teknologi klaim harus diimbangi investasi pada budaya pelayanan yang empatik. Digitalisasi bukan hanya soal aplikasi canggih, tetapi juga keseriusan perusahaan mewujudkan proses yang lebih adil.

Dalam jangka panjang, perusahaan yang berhasil memadukan kecepatan digital dan ketulusan pelayanan akan menjadi pemain yang paling dipercaya di industri perasuransian.

2. Pemanfaatan *Insurtech* dan AI

Insurtech dan kecerdasan buatan (AI) akan mengubah cara perusahaan asuransi mengelola klaim dan sengketa. AI dapat membantu membaca dokumen polis, memverifikasi bukti klaim, bahkan melakukan triase otomatis klaim sederhana yang tidak memerlukan investigasi manual.

Pemrosesan klaim berbasis AI menjanjikan akurasi tinggi dan pengurangan *human error*. Algoritma cerdas mampu memeriksa konsistensi data dalam hitungan detik. Misalnya, sistem bisa langsung mendeteksi klaim ganda atau dokumen palsu yang dulu hanya bisa terungkap melalui audit panjang.

Pemanfaatan *chatbot* berbasis AI juga akan mempermudah komunikasi dengan nasabah. Pertanyaan dasar seputar status klaim, dokumen yang diperlukan, dan estimasi waktu penyelesaian dapat dijawab otomatis 24 jam sehari.

Namun, adopsi AI juga membawa risiko baru. Jika model AI dilatih dari data historis yang bias, hasil penilaian klaim pun bisa tidak objektif. Karena itu, pengawasan manusia tetap diperlukan pada setiap pengambilan keputusan akhir.

Selain itu, AI juga digunakan untuk memprediksi potensi sengketa melalui analisis pola pengaduan nasabah. Sistem bisa memberi peringatan dini jika satu agen atau cabang menunjukkan tren keluhan lebih tinggi dari rata-rata.

Integrasi *Insurtech* dalam proses klaim akan meningkatkan transparansi. Nasabah bisa memantau seluruh riwayat klaim secara digital tanpa harus meminta *hard copy*.

Meski terdengar revolusioner, keberhasilan *Insurtech* bergantung pada kesiapan budaya perusahaan. AI hanya sebaik nilai dan kebijakan yang ditanamkan oleh manajemen.

Di masa depan, perusahaan yang mengkombinasikan teknologi dan empati akan memimpin industri. AI tidak boleh menjadi tameng untuk menolak klaim secara otomatis tanpa ruang klarifikasi manusia.

3. Penguatan Regulasi Perlindungan Konsumen

Penguatan regulasi menjadi tren tak terelakkan dalam industri perasuransian modern. Regulator di banyak negara mulai menetapkan standar perlindungan konsumen yang lebih rinci, terutama dalam hal transparansi kontrak, prosedur klaim, dan jalur pengaduan.

OJK di Indonesia sudah mewajibkan perusahaan asuransi menyediakan saluran pengaduan resmi dan prosedur keberatan internal. Namun, ke depan, regulasi akan lebih ketat dalam memastikan nasabah benar-benar memahami produk yang dibeli.

Salah satu kebijakan masa depan adalah mewajibkan rekaman percakapan atau persetujuan digital sebelum polis diterbitkan. Ini akan menjadi bukti kuat bila muncul sengketa klaim, sehingga perusahaan tidak bisa lagi berdalih “nasabah sudah setuju” tanpa bukti.

Penguatan regulasi juga mencakup pengawasan materi promosi. Regulator akan semakin cermat memeriksa brosur, ilustrasi manfaat, dan janji agen. Materi yang menyesatkan akan dikenai sanksi tegas.

Selain itu, sistem sanksi administratif akan diperkuat agar perusahaan memiliki insentif nyata untuk memperbaiki layanan. Denda finansial yang signifikan terbukti efektif menekan praktik curang di negara lain.

Regulasi perlindungan konsumen tidak hanya berpihak pada nasabah, tetapi juga menciptakan persaingan yang lebih sehat. Perusahaan yang jujur dan transparan akan lebih dihargai oleh pasar.

Penguatan regulasi akan diiringi peningkatan literasi masyarakat. Jika nasabah lebih paham hak dan kewajiban, kualitas interaksi akan lebih profesional.

Dalam jangka panjang, pengawasan yang ketat bukan ancaman, melainkan peluang memperbaiki citra industri perasuransian agar lebih terpercaya.

4. Model Penyelesaian Sengketa di Negara Maju

Negara-negara maju telah mengembangkan model penyelesaian sengketa asuransi yang lebih modern dan cepat. Inggris, misalnya, memiliki *Financial Ombudsman Service* (FOS) yang menangani sengketa kecil hingga sedang dengan biaya hampir gratis bagi konsumen. Prosesnya sederhana dan transparan.

Australia menerapkan *Australian Financial Complaints Authority* (AFCA) yang menyediakan penyelesaian sengketa berbasis elektronik, sehingga nasabah di daerah terpencil pun bisa mengajukan klaim keberatan. Proses mediasi dilakukan daring, didukung teknologi verifikasi dokumen.

Di Amerika Serikat, model penyelesaian sengketa semakin banyak memanfaatkan arbitrase privat yang diatur secara

profesional oleh lembaga independen. Perusahaan asuransi wajib memberi pilihan jalur arbitrase pada nasabah sebelum litigasi.

Jepang memiliki model “Claim Review Board” di mana sengketa klaim dibahas panel ahli independen. Pendekatan ini membantu memastikan keputusan objektif dan bebas konflik kepentingan.

Pelajaran penting dari negara maju adalah keberpihakan pada kepastian waktu. Hampir semua lembaga sengketa menetapkan batas waktu ketat, umumnya 60–120 hari. Hal ini meminimalkan rasa frustrasi nasabah. Selain itu, publikasi putusan yang dianonimkan membantu edukasi masyarakat. Nasabah lain bisa belajar pola putusan tanpa harus melalui sengketa serupa.

Indonesia dapat meniru praktik ini untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas penyelesaian sengketa. Sistem digital, panel independen, dan batas waktu ketat akan menjadi standar baru. Dalam jangka panjang, model penyelesaian modern bukan hanya alat penyelesaian sengketa, tetapi juga katalis peningkatan reputasi industri.

5. Rekomendasi Perbaikan Sistemik

Untuk meminimalkan sengketa asuransi di masa depan, langkah perbaikan harus bersifat sistemik. Pertama, perusahaan perlu memprioritaskan literasi konsumen, dengan menyediakan materi edukasi dalam bahasa sederhana. Edukasi ini harus menjadi bagian dari proses penutupan polis, bukan sekadar formalitas.

Kedua, regulasi wajib menekankan kewajiban rekaman komunikasi pemasaran dan klaim. Bukti rekaman akan menjadi penentu objektif saat sengketa muncul. Tanpa rekaman, klaim sepihak tidak boleh dijadikan dasar keputusan.

Ketiga, perusahaan perlu merombak kultur internal. Fokus sempit pada produksi harus digeser menjadi fokus pada keberlanjutan hubungan jangka panjang. Klaim harus diperlakukan sebagai moment of truth, bukan sebagai beban.

Keempat, investasi dalam teknologi klaim digital wajib diimbangi pelatihan empati petugas klaim. Teknologi tanpa empati hanya akan menciptakan jarak emosional baru.

Kelima, lembaga sengketa seperti LAPS SJK perlu memperkuat kapasitas, menetapkan batas waktu, dan meningkatkan transparansi putusan.

Keenam, pengawasan aktif oleh OJK harus mencakup audit sampel kasus sengketa untuk mendeteksi pola penolakan klaim sistemik.

Ketujuh, perusahaan harus merancang skema insentif yang menghargai penyelesaian klaim adil dan cepat, bukan hanya produksi premi.

Kedelapan, pemerintah dan asosiasi industri perlu mendorong literasi publik melalui kampanye edukasi nasional.

Jika langkah-langkah ini diterapkan konsisten, sengketa asuransi akan berkurang secara signifikan, dan reputasi industri akan tumbuh sehat.

27.10 Penutup

1. Ringkasan Temuan Utama

Dari pembahasan panjang di buku ini, kita mendapati bahwa sengketa asuransi bukan sekadar masalah kontrak yang multitafsir, tetapi persoalan sistemik yang berakar pada ketidakseimbangan informasi, literasi rendah, proses klaim yang berbelit, dan pola pikir yang menempatkan klaim sebagai ancaman, bukan kewajiban. Temuan utama menunjukkan bahwa sebagian besar sengketa bisa dihindari jika perusahaan asuransi secara konsisten mengedepankan transparansi, edukasi, dan empati.

Studi kasus yang telah dipaparkan menegaskan bahwa ilustrasi pemasaran yang bias, proses underwriting yang ceroboh, serta komunikasi klaim yang dingin menciptakan celah kekecewaan yang melebar menjadi konflik hukum. Data dan contoh nyata memperlihatkan bahwa kepercayaan nasabah sangat rapuh—ia membutuhkan waktu lama untuk dibangun, tetapi dapat hancur seketika oleh satu pengalaman buruk.

Temuan lainnya adalah potensi luar biasa digitalisasi dan Insurtech dalam mempercepat penyelesaian sengketa. Namun, teknologi tanpa etika justru akan memperburuk jarak emosional antara nasabah dan perusahaan. Akhirnya, penyelesaian sengketa yang berkeadilan bukan hanya soal instrumen hukum, tetapi soal nilai-nilai kemanusiaan yang ditegakkan dengan konsisten.

2. Pesan Penutup untuk Pembaca

Untuk pembaca yang bekerja di industri perasuransian, buku ini adalah pengingat bahwa polis hanyalah kertas kosong

tanpa nilai moral yang melandasi operasionalnya. Jangan pernah memandang klaim sebagai “beban biaya,” melainkan sebagai momen pembuktian janji perlindungan.

Untuk pembaca yang merupakan nasabah, semoga tulisan ini membantu Anda memahami hak dan kewajiban secara lebih jernih. Tidak ada salahnya bersikap kritis, bertanya detail sebelum membeli polis, dan memastikan segala janji agen tercatat resmi. Asuransi bukan sekadar dokumen kontrak, tetapi ikatan kepercayaan.

Dan bagi regulator, advokat, pengajar, serta pemerhati industri, mari kita bersama-sama menjadikan literasi asuransi sebagai agenda kolektif. Hanya publik yang melek risiko dan paham hak kontraktual yang bisa menciptakan pasar asuransi yang sehat.

3. Harapan Masa Depan bagi Industri Perasuransian Indonesia

Harapan saya, industri perasuransian Indonesia bergerak menuju ekosistem yang lebih etis, modern, dan transparan. Perusahaan yang berani mengutamakan edukasi nasabah, terbuka terhadap kritik, dan cepat membayar klaim akan menjadi pelopor budaya baru yang lebih profesional.

Saya bermimpi suatu hari nanti masyarakat Indonesia tidak lagi memandang asuransi dengan curiga, melainkan sebagai instrumen proteksi yang benar-benar bisa diandalkan. Kepercayaan itu hanya bisa terwujud jika perusahaan menjadikan pengalaman klaim sebagai pusat reputasi, bukan sekadar laporan tahunan.

Harapan lain, peran regulator dan asosiasi semakin kuat dalam memastikan praktik bisnis yang fair. Regulasi harus mengimbangi kecepatan inovasi produk agar kepentingan konsumen tetap terlindungi.

4. Tugas Siapa?

Mencegah sengketa asuransi bukan tugas satu pihak. Ini adalah tanggung jawab kolektif yang menuntut kontribusi nyata dari seluruh pemangku kepentingan.

Peran Asosiasi Perasuransian:

Asosiasi tidak boleh berhenti pada fungsi advokasi kepentingan industri. Mereka wajib menjadi motor edukasi publik dan penguatan kompetensi agen. Asosiasi bisa mendukung penerbitan buku, modul edukasi, dan konten digital yang netral, tidak hanya materi promosi yang memoles citra.

Peran Regulator:

OJK dan lembaga pengawasan lain harus menegakkan pengawasan aktif, memperkuat sanksi bagi perusahaan yang berulang kali melanggar etika pemasaran dan manajemen klaim. Regulator perlu mendorong inovasi penyelesaian sengketa modern, memfasilitasi mediasi daring, dan memperketat kewajiban rekaman transaksi penjualan.

Kewajiban Perusahaan Asuransi:

Tidak kalah penting, perusahaan asuransi wajib melaksanakan edukasi dan literasi secara rutin, bukan hanya menjelang audit OJK. Kewajiban ini bisa diwujudkan dalam banyak bentuk:

- Menerbitkan buku panduan asuransi yang gratis bagi nasabah.
- Menyediakan kanal edukasi YouTube yang diupdate secara berkala.
- Membuat video pendek, infografis, dan artikel yang menjelaskan hak dan kewajiban nasabah dalam bahasa yang sederhana.

Perusahaan juga perlu melibatkan tenaga ahli komunikasi agar konten edukasi menarik dan relevan bagi generasi digital. Upaya ini bukan sekadar kepatuhan regulasi, tetapi investasi reputasi jangka panjang.

MAPFRE | MIDDLESEA

MAPFRE Middlesea p.l.c.
Middle Sea House
Floriana - Malta

E-mail: MAPFRE@middlesea.com
Website: http://www.mapfre.com.mt

ELECTRIC VEHICLE INSURANCE POLICY

Thank **you** for choosing MAPFRE Middlesea Plc. **You** should read these documents and check them carefully to ensure they provide **you** with the cover **you** require. It is important that **you** should advise **us** immediately whenever any changes occur that affect what **you** have told **us**.

This **Policy,** the **Proposal Form, Schedule** and **Endorsement(s)** (if any) together are evidence of the contract between **you** and MAPFRE Middlesea p.l.c. based on the information given to **us** and the declaration made on the **proposal form**. In return for receiving and accepting the premium, **we** will provide insurance within the **territorial limits** in accordance with the terms and conditions of this **policy** for those Sections shown in the **schedule** as being applicable.

Unless both **you** and **we** agree otherwise, this contract shall be subject to Maltese Law and to the exclusive jurisdiction of the Maltese Courts.



JAVIER MORENO GONZALEZ
PRESIDENT &
CHIEF EXECUTIVE OFFICER



OLIVIA DARMANIN
CHIEF OFFICER – TECHNICAL

Table of Contents

DEFINITIONS 1

LIMITATIONS AS TO USE 3

SECTION 1 - LIABILITY TO OTHERS 4

SECTION 2 - FIRE AND THEFT DAMAGE TO YOUR VEHICLE 6

SECTION 3 - LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE 7

SECTION 4 - EXTENSIONS TO COVER 10

SECTION 5 - USE OUTSIDE MALTA 14

SECTION 6 - EUROPEAN ROADSIDE ASSISTANCE (RSA) 15

SECTION 7 - WISE PROTECT 19

SECTION 8 - ADDITIONAL COVER FOR DAMAGE TO YOUR VEHICLE 21

GENERAL EXCLUSIONS 22

GENERAL CONDITIONS 26

OUR COMPLAINTS PROCEDURE 29

DEFINITIONS

Wherever **you** see the following words or phrases, they will have the meanings shown next to them and are shown in bold print. Any word or expression to which a specific meaning has been given has the same meaning wherever it appears unless the context requires otherwise:

Accessory or Accessories mean a product specifically designed for attachment to **your vehicle** and which is not directly related to how it works as a vehicle.

Airside means any area where aircraft are normally to be found landing, taking off, manoeuvring or parked, including the associated service roads and ground equipment parking areas and those parts of passenger terminals which come within the customs examination area except where such liability is required to be covered by **legislation**.

Authorised Driver means any person driving **your vehicle** with **your** permission as allowed by **us** in the **Schedule** and/or **Certificate of Motor Insurance.**

Certificate of Motor Insurance means the document that **you** must have as proof that **you** have the motor insurance necessary to comply with the law. The certificate does not, however, indicate the full policy cover and for this **you** need to refer to this **policy**. Wherever the expression certificate of motor insurance is used in this contract, it means the certificate which from time to time, is that in force and not one which **we** have withdrawn or which has ceased to be valid.

Claim means a claim against **you** or against any person covered by this **Policy** for damages that are required to be covered by the **Legislation**, the Protection and Compensation Fund Regulations or other regulations replacing them or any agreement between insurers regardless of whether **you** or such other person has failed to notify such event to insurers. Each and every loss shall be considered as a separate **claim** under the **policy.**

Designated State relates specifically to cover under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy** and by **Endorsement** to Sections 2 (Fire & Theft Damage to your Vehicle) and 3 (Loss or Damage to your Vehicle) of this **Policy** and as defined in the **Legislation**.

Endorsement(s) means any alteration made to the **Policy** which has been agreed by **us** in writing.

Excess means the first part of any **claim** which **you** have to pay **yourself**.

Family means **your** mother, father, sister, brother, wife, husband, **partner**, daughter, son, step-parent, step-child who lives in the same address as **you**.

Foreign Bureau means a central organisation set up by motor insurers in any country outside **Malta** for the purpose of giving effect to international arrangements for the insurance of motorists against third party risks and with which the local bureau set up by motor insurers in **Malta** has entered into such an arrangement.

Green Card means an international certificate of insurance issued on behalf of the **Maltese** local bureau. It is a document required by certain countries to provide proof that **you** have the minimum insurance cover by law to drive in that country.

Injured Person means any person entitled to compensation under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy** and the **Legislation** in respect of any loss or injury caused by **your vehicle**.

Insurance Cover Provided is as shown in the **Schedule**.

Legislation means the Motor Vehicles Insurance (Third Party Risks) Ordinance (Chapter 104 of the Laws of Malta) and any subsidiary **legislation** made under it in force in **Malta** and as amended or replaced from time to time.

Limitations as to Use are as shown in the **Schedule** and defined under Section "Limitations as to Use" of this **Policy.**

Limits of Liability are as shown in the **Schedule.**

Malta or Maltese mean the, or of the, Republic of Malta including any recognised sea passage within the Republic

.

Market Value means the cost of replacing **your vehicle** in **Malta** with one of the same make, model, age and condition, at the time of the accident or loss, as determined by reference to standard trade guides or any other relevant sources or trade practices, but not in excess of the Sum Insured as stated in the **Schedule**.

MotorCycle includes quadricycle or quad bike.

No Claim Discount means the discount shown in the **Schedule**. If no **claim** is made under **your policy, we** will increase **your no claim discount** when **you** renew **your policy** in line with the scale **we** apply at that time. Where **you** have made a **claim, we** will reduce **your no claim discount** in line with the scale that **we** apply at that time. If **your** renewal is due and **we** have not yet recovered any payments that **we** made to **you** from the responsible party, **you** may lose **your no claim discount** temporarily. Once full recovery has been effected **we** will restore **your no claim discount** and refund any extra premium **you** have paid. **Our no claim discount** scale is shown on **our** website, or else **we** can send **you** a copy upon request.

Period of Insurance means any length of time which **we** have accepted **your** premium for, as shown on **your** latest **Schedule**.

Personal belongings mean clothes and other articles of personal use worn or carried by **you** including sports equipment.

Policy means this booklet, the **Schedule,** the effective **Certificate of Motor Insurance** and any **Endorsement(s)** all of which are to be read together.

Private garage means a self-contained building to which only **you** and members of **your** household have access. The garage must be built of brick, stone or concrete.

Proposal Form

- The proposal form that **you** have completed or has been completed on **your** behalf and which **you** have signed; and/or
- The Statement of Fact which lists the answers to the questions **you** were asked and the agreement to declarations when applying for this insurance online, and any other information given to **us** by **you** or on **your** behalf.

Schedule means the document attaching to this **Policy** containing details of **you, your vehicle**, the **period of insurance,** the use to which it can be put, the **insurance cover provided**, who can drive **your vehicle** and any applicable **Endorsement(s).**

Spouse/Partner means **your** spouse or partner living at the same address and sharing financial responsibilities as **you**. This does not include business partners or associates.

Territorial Limits means **Malta** or another country to which this **Policy** may be extended by **Endorsement**. Provided that with regard to cover under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy, Territorial Limits** include:

a. the territory of a **designated State**; and
b. the territory of a **Third Country**, but only in respect of any loss or injury caused by **your vehicle** which is suffered by a **Maltese** national or a national of a **designated State** during a direct journey between **Malta** and the territory of a **designated State** or between the territories of two **designated States** and if there is no **Foreign Bureau** responsible for the territory which is being crossed.

Third Country means a State other than **Malta** and which is not a **designated State.**

Tool of Trade means **your vehicle** and/or the machinery attached to it being used (and not being driven) solely as a tool or an equipment item for working purposes and where any liability at law arising from it being used as such a tool or equipment is not required to be covered by insurance in terms of the **Legislation**.

Uninsured losses mean those losses that are uninsured under the terms of the **Policy**.

We or **Us** or **Our** mean MAPFRE Middlesea p.l.c.

You or **Your** or **Yourself** mean the Policyholder described in the **Schedule.**

Your vehicle means the motor vehicle, including the charging station installed at **your** private residence, charging cable(s), adapters and battery (whether leased separately from the vehicle or not), described in the **schedule**. In so far as cover under Section 1 (Liability to Others) of this **policy** is concerned, **your vehicle** shall also include any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to it.

LIMITATIONS AS TO USE

The **Limitations as to Use** shall have the following meaning:

Private Vehicle - Use for social domestic and pleasure purposes and for **your** own business. Excluding use for hire or reward or for tuition, racing, pace making, reliability, trial or speed testing or for any purpose in connection with the Motor Trade.

Commercial vehicle - Use as a goods carrying vehicle in connection with **your** business, for the carriage of passengers (but not for hire or reward) in connection with **your** business and for social domestic and pleasure purposes. Excluding use for hire or reward (except in connection with **your** business) or for racing, pace making, reliability, trial or speed testing or for any purpose in connection with the Motor Trade.

Motor Cycle - Use for social domestic and pleasure purposes and for **your** own business. Excluding use for hire or reward or for tuition, racing, pace making, reliability, trial or speed testing or for any purpose in connection with the Motor Trade.

Vehicle for Hire - Use for the carriage of passengers or goods in connection with **your** business and for **your** own social domestic and pleasure purposes. Excluding use for racing, pace making, reliability, trial or speed testing.

Self-Drive vehicle - Use for social domestic pleasure and business purposes. Excluding use for racing, pace making, reliability, trial or speed testing or use by any person to whom the vehicle is hired for the carriage of passengers for hire or reward.

Vehicle Leasing - Use for social domestic pleasure and business purposes. Excluding use for racing, pace making, reliability, trial or speed testing or use by any person to whom the vehicle is hired for the carriage of passengers for hire or reward.

Special Type - Use according to the meaning, terms, conditions and limitations as described in the **Endorsement(s)** attached to the **Policy.**

SECTION 1 - LIABILITY TO OTHERS

A. YOUR OWN LIABILITY

We will cover **you** for all sums which **you** may be required to pay by law arising from an accident caused by **your vehicle,** resulting in the death of or bodily injury to any other person or damage to another person's property.

We will also cover **you** for **your** liability arising from such accident for emergency treatment payments under the **Legislation**. Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim Discount.**

B. OTHER PEOPLE'S LIABILITY

We will also cover the following people for all sums which they may be required to pay by law arising from an accident caused by or in connection with the use of **your vehicle** which causes the death of or bodily injury to any other person or damage to another person's property:

a. any **authorised driver**;

b. any passenger travelling in or getting into or out of **your vehicle**;

c. **your** employer or business partner;

d. in the event of the death of any person covered under this Section, the legal representatives of such person.

C. LIMITS OF LIABILITY

We will pay in respect of each accident up to the limit (1.1) shown in the **Schedule** for any one **claim** or series of **claims** arising out of any one event arising from death or bodily injury and up to the limit (1.2) shown in the **Schedule** for any one **claim** or series of **claims** arising out of any one event arising from damage to third party property.

Should an accident involve payment under this Section to more than one person, these limits shall represent the total amount payable to all persons and **your** liability shall be settled in priority to **you**. These limits are inclusive of legal costs and other expenses covered under Sub-Section D. (Legal costs and other expenses) below.

D. LEGAL COSTS AND OTHER EXPENSES

In the event of an accident covered under the above Sub-Sections A. (Your own liability) or B. (Other people's liability), **we** will also at **our** option:

a. pay legal costs and expenses incurred with **our** prior written consent;

b. instruct and pay for a lawyer to represent **you** or any other person insured by this **Policy** in any Inquest or Fatal Accident Enquiry;

c. arrange for and pay, if **we** decide there is a reasonable chance of success, the reasonable cost of legal services to defend **you** or any other person insured by this **Policy** against a charge of manslaughter or causing death by dangerous or reckless driving if the death relating to such charge may be the subject of cover under these Sub-Sections.

What is NOT covered under this Section (see also GENERAL EXCLUSIONS):

This **Policy** does not provide cover for:

i. any person who does not observe and fulfil the terms of this **Policy** in so far as they can apply in compliance with the **Legislation**;

ii. any person who does not hold a licence to drive **your vehicle** unless such person has held and is not disqualified from holding or obtaining such a licence;

iii. any person who voluntarily entered **your vehicle** if that person knew that **your vehicle** was used or driven without **your** authorisation;

iv. loss or damage to any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle** or to any property being carried in or on them;

v. death or injury to the person driving or in charge of **your vehicle** or to any person being carried in or on, or getting into or out of, or getting onto or off, any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle;**

vi. loss or damage to any bridge, weighbridge, viaduct, road or other surface over which **your vehicle** is driven, or anything under the surface caused by the weight or vibration of **your vehicle** or its load;

vii. loss, damage or liability caused by pollution or contamination as a result of any load seeping from **your vehicle** or any load spilling from or shifting in **your vehicle** except where such liability is required to be covered by **legislation**;

viii. liability for death, injury or damage resulting from the use of **your vehicle,** or machinery attached to it, as a **tool of trade** other than the use of taillifts;

ix. liability for any **claim** resulting from any goods, including food or drink being prepared, sold or supplied from **your vehicle**;

x. liability caused or arising beyond the limits of any road in connection with the bringing of a load to **your vehicle** for loading onto it or the taking away of a load from **your vehicle** after unloading from it;

xi. loss or damage to any property belonging to or held in trust by or in the custody, care or control of any person who is a member of **your family**, the driver or any other person who incurs liability, and whose liability is covered under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy**;

xii. liability incurred by anyone entitled to protection under the liability section of any other insurance, provided that such protection is not less beneficial to the **injured person** than the protection offered under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy**.

xiii. Any liability however arising from charging stations whether for public use or otherwise, including any ancillary equipment such as cables and plugs, unless **your vehicle** is connected to such equipment for charging when liability arises.

SECTION 2 - FIRE AND THEFT DAMAGE TO YOUR VEHICLE

We will cover **you** in the terms of Section 3 (Loss of or Damage to your Vehicle) of this **Policy** but only so far as concerns loss of or damage to **your vehicle** including its **accessories** and spare parts caused by:

a. fire, self-ignition, lightning or explosion; or

b. theft or attempted theft.

What is NOT covered under this Section (see also GENERAL EXCLUSIONS):

This **Policy** does not provide cover for:

i. the amount of **excess** shown in the **Schedule**;

ii. loss of use of **your vehicle** or other indirect costs when it is damaged or stolen;

iii. loss resulting from deception;

iv. loss of or damage to any entertainment equipment, portable GPS navigation devices and mobile phones attached to or on a **motor cycle**;

v. depreciation, wear and tear, deterioration, any loss or damage which happens gradually or diminution in value including any loss of value after **your vehicle** has been repaired following an accident;

vi. deliberate damage by any person described in the **Schedule**;

vii. loss arising from **your vehicle** being removed, detained or confiscated as a result of a road traffic or vehicle licensing offence;

viii. theft or attempted theft whilst **your vehicle('s)**:
- is unlocked;
- windows are open;
- sun roof is left open or unlocked;
- removable roof panel is not attached and locked;
- convertible roof or hood is not secured and locked;
- ignition keys or devices used to gain entry or to operate **your vehicle** have been left in or on the **vehicle**;
- has been left unattended with the engine running when there is no-one in it;

unless in a locked **private garage;**

ix. loss or damage to **your vehicle** arising from the wrong or contaminated fuel, inappropriate type or grade of fuel being used;

x. loss or damage while **your vehicle** is being driven by or is in the charge of any person for the purposes of being driven, who is not described in the **Schedule**.

xi. loss or damage to helmets and protective clothing;

xii. any part of a repair or replacement which improves **your vehicle** beyond its condition before the loss or damage took place;

xiii. loss or damage to any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle** or to any property being carried in or on them;

xiv. storage costs incurred while **your vehicle** is awaiting the commencement of repairs;

xv. loss or damage caused by overloading or strain;

xvi. loss of road licence;

xvii. loss or damage arising from or in consequence of water freezing in the cooling circulation system of **your vehicle**;

xviii. any loss or damage due to theft, arson or any other criminal act unless it has been reported to the Police;

xix. loss of or damage to **motorcycle** accessories and spare parts by theft if **your motorcycle** is not stolen at the same time.

xx. loss or damage which can be traced back to construction or material defects of the manufacturer;

xxi. loss or damage caused by chemical reactions such as oxidation;

xxii. deep discharge or overcharge of the battery.

SECTION 3 - LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE

We will cover **you** for accidental loss of or damage to **your vehicle**. **We** will also cover **you** for accidental loss of or damage to the vehicle's **accessories** and spare parts while in or on **your** vehicle or while in **your** locked **private garage.**

The maximum amount payable by **us** will be the reasonable **market value** of **your vehicle** at the time of the loss or damage but not exceeding **your** estimate of value as stated in the **Schedule.**

At **our** own option, **we** may repair, reinstate or replace **your vehicle** or any part of it or its **accessories** or spare parts or may pay the amount of loss or damage.

We may decide to repair **your vehicle** with parts which may have not been made by the manufacturer of **your vehicle** but which are of a similar standard. **We** will not pay for that part of the cost of any repair or replacement which improves **your vehicle** beyond its condition before the loss or damage occurred.

If, to **our** knowledge, **your vehicle** or **vehicle's** battery or batteries are subject to a hire purchase or leasing agreement, **we** may make any payment arising from a **claim** under the **policy** to the owner described in that agreement whose receipt will be a full and final discharge to **us**.

In the event of the cost of repairs to **your vehicle** exceeding its current **market value**, **we** will settle **your claim** by payment of **your vehicle's market value**. In such event **we** may at **our** option take possession and ownership of **your vehicle** and dispose of it and retain its salvage value.

In the event **you** have purchased **your vehicle** as new in **Malta**, and within 12 months it is:

a. stolen and not recovered; or

b. damaged and its repair costs are more than 60% of its current new list price including V.A.T. where appropriate, **we** will replace **your vehicle** with a new vehicle of the same make, model and specification if immediately available in **Malta**. If a vehicle of the same make, model and specification is not immediately available in **Malta** or if **your vehicle** was not purchased in **Malta**, the most **we** will pay is the reasonable **market value** of **your vehicle** in **Malta** at the time of loss or damage. In such event **we** may at **our** option take possession of **your vehicle** and dispose of it and retain its salvage value. **Your claim** for any lost or damaged part or **accessory** which is no longer obtainable will be limited to the cost shown in the manufacturer's last published price list in **Malta** and the reasonable cost of fitting.

If **we** know **you** are paying for **your vehicle** by hire purchase or under a leasing agreement or by a bill of sale by way of mortgage **we** shall either:

a. if **we** are paying the cost of replacing **your vehicle**, pay the proceeds of **your claim** to the company from which **you** are buying or leasing **your vehicle** or to the mortgagor described in the bill of sale or if **you** owe less than the proceeds of **your claim**, **we** shall pay **you** the balance; or

b. if **we** replace **your vehicle**, **we** must first have the permission of the company from which **you** are buying or leasing it.

If it is necessary to replace **your vehicle**'s battery with a new one after it sustained damages which are covered under this **policy**, then **we** will pay **you** the cost of a replacement battery less a 10% depreciation for each year the damage battery was in operation, with the remaining deducted balance to be borne by **you**.

Authorisation of minor repairs
You may authorise any necessary repairs to **your vehicle** following any accidental damage to it provided that:

- the estimated cost of such repair does not exceed the sum of €150; and
- an estimate of the cost is forwarded to **us** without delay, together with photographic evidence of the damage.

Third Party Uninsured driver promise
If **your vehicle** is damaged in an accident where the driver of the responsible vehicle is not insured, **you** will not lose **your no claim discount** and **we** will refund the cost of any **excess you** have had to pay. **You** must provide **us** with the registration number, the make/model of the vehicle and the driver's details of the vehicle responsible. This promise only applies where the driver of **your vehicle** was not at fault. It will not apply if the vehicle that damages **your vehicle** remains untraced.

What is NOT covered under this SECTION (see also GENERAL EXCLUSIONS):

This **Policy** does not provide cover for:

i. the amount of **excess** shown in the **Schedule**;

ii. loss of use of **your vehicle** or other indirect costs when it is damaged or stolen;

iii. loss resulting from deception;

iv. loss of or damage to any entertainment equipment, portable GPS navigation devices and mobile phones attached to or on a **motorcycle**;

v. depreciation, wear and tear, deterioration, any loss or damage which happens gradually or diminution in value including any loss of value after **your vehicle** has been repaired following an accident;

vi. loss or damage caused by pressure waves from aircraft or other objects in the sky travelling at sonic or supersonic speeds;

vii. deliberate damage by any person described in the **Schedule**;

viii. loss arising from **your vehicle** being removed, detained or confiscated as a result of a road traffic or vehicle licensing offence;

ix. theft or attempted theft whilst your **vehicle**(ˊs):
- is unlocked;
- windows are open;
- sun roof is left open or unlocked;
- removable roof panel is not attached and locked;
- convertible roof or hood is not secured and locked;
- ignition keys or devices used to gain entry or to operate **your vehicle** have been left in or on the vehicle;
- has been left unattended with the engine running when there is no-one in it;

unless in a locked **private garage;**

x. loss or damage to **your vehicle** arising from the wrong or contaminated fuel, inappropriate type or grade of fuel being used;

xi. loss or damage while **your vehicle** is being driven by or is in the charge of any person for the purposes of being driven, who is not described in the **Schedule**;

xii. loss or damage to **motor cycles** arising out of storm, tempest and flood;

xiii. mechanical, electrical, electronic or computer failures or malfunction, breakdowns or breakages, unless caused by a motor vehicle accident;

xiv. damage to tyres by punctures, cuts or bursts, or caused by the application of brakes, unless caused by a motor vehicle accident;

xv. loss or damage to helmets and protective clothing;

xvi. any part of a repair or replacement which improves **your vehicle** beyond its condition before the loss or damage took place;

xvii. loss or damage to any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle** or to any property being carried in or on them;

xviii. storage costs incurred while **your vehicle** is awaiting the commencement of repairs;

xix. loss or damage caused by overloading or strain;

xx. loss of road licence;

xxi. loss or damage arising from or in consequence of water freezing in the cooling circulation system of **your vehicle**;

xxii. Loss of or damage to **motorcycle** accessories and spare parts by theft if **your motorcycle** is not stolen at the same time.

xxiii. loss or damage which can be traced back to construction or material defects of the manufacturer;

xxiv. loss or damage caused by chemical reactions such as oxidation;

xxv. deep discharge or overcharge of the battery.

SECTION 4 - EXTENSIONS TO COVER

A. STANDARD EXTENSIONS APPLICABLE TO ALL SECTIONS OR AS STATED IN THE SCHEDULE

4.1. PERSONAL ACCIDENT

If **you** and/or any of **Your** passengers shall sustain bodily injury as a direct result of an accident involving **your vehicle,** or while getting into, out of or travelling in any other private vehicle not belonging to **you** or hired to **you** under a hire purchase agreement, **we** will pay to the **injured person** or to such person's legal representatives one of the benefits described below up to the amounts shown in the **Schedule** provided that:

a. death or bodily injury occur within 3 months of the accident; and

b. such death or injury shall arise as a direct result of the accident; and

c. such **injured person** at the time of the accident is not under 18 or more than 76 years of age.

Benefits:

1. death; or
2. total and irrecoverable loss of sight in one or both eyes; or
3. total loss by physical severance at or above the wrist or ankle of one or more limbs.

Payment shall be made for only one of the above benefits in respect of each **injured person** and the total amount **we** shall pay under this extension during any one **period of insurance** shall not exceed the amount shown in the **Schedule** for each **injured person**.

If there will be more than three persons injured, payment will be effected by dividing the Maximum Limit proportionately between such **injured persons.** This limitation shall, however, not apply and benefits payable shall be doubled if **you** and **your spouse/partner** shall sustain bodily injury as a direct result of the same accident involving **your vehicle** causing death of both parties provided that at the time of the accident **you** have children under 18 years of age.

We will, however, deduct any amount paid under this extension from any payment made under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy** to any of **your** passengers in respect of death or bodily injury for which **you** are legally liable.

If **you** shall suffer some form of permanent disability as a direct result of an accident involving **your vehicle** requiring modifications to be made to **your vehicle** with adaptive devices and equipment, **we** will pay **you** the amount of €2,000 in order to carry out such modifications.

This extension will also operate if **you** shall sustain bodily injury as a direct result of any motor accident when **you** are a pedestrian or using a pedal cycle (excluding motor assisted pedal cycles). The total amount **we** will pay shall not exceed 50% of the amount shown in the **Schedule**.

What is NOT covered under this extension (see also GENERAL EXCLUSIONS):

This **Policy** does not provide cover for bodily injury or death:

i. caused by suicide or any attempted suicide or any deliberate attempt to self-inflict injury or any deliberate attempt to put lives in danger (unless to save a human life);

ii. while **you** or any driver is driving under the influence of alcohol;

iii. as a result of, or which is contributed to by **you** or any driver having taken a drug unless taken on proper medical advice and not for the treatment of drug addiction;

iv. if **you** or any of **your** passengers are insured by another policy covering death or bodily injury;

v. if **your vehicle** is a **motor cycle** or other excluded vehicle.

Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim discount**.

4.2. MEDICAL EXPENSES

If **you** or any person in **your vehicle** sustain any bodily injury as a direct result of an accident involving **your vehicle**, **we** will, at **your** request, refund the cost of medical treatment in connection with such injury up to the sum shown in the **Schedule** for each **injured person** provided cover is not being granted under any other motor insurance policy.

Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim Discount**.

4.3. BREAKAGE OF GLASS

We will cover **you** for any accidental damage, where the damage is caused by breakage only, to the glass in **your vehicle's** windscreen, sunroof or windows and any scratching to the bodywork caused by broken glass, up to the limit shown in the **Schedule**, any one occurrence.

Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim Discount** if this is the only damage **you claim**.

4.4. USE BY THE MOTOR, HOTEL OR RESTAURANT TRADE

We will cover **your vehicle** when it is in the hands of a motor trader carrying on the business from a motor trade outlet or premises for service, overhaul or repair or when it is being parked by an employee of a hotel or restaurant vehicle parking service.
In such instances **we** will ignore the limitations about driving and use described in the **Schedule** provided the other terms and conditions of the **Policy** are observed.

B. OPTIONAL EXTENSION APPLICABLE TO ALL SECTIONS OR AS STATED IN THE SCHEDULE

4.5. PROTECTION OF YOUR NO CLAIM DISCOUNT (PRIVATE VEHICLES ONLY)

On payment of an additional premium, **we** will not reduce **your No Claim Discount** entitlement shown in the **Schedule** on the renewal of **your** insurance, unless **you** make two **claims** or more (not being **claims** where the only damage sustained is breakage of glass in the windscreen or windows) during the current **period of insurance**. If more than one **claim** is registered in the same **period of insurance** the protection will be lost and the **no claim discount** will be reduced in accordance with the scale that **we** apply at that time.

C. STANDARD EXTENSIONS APPLICABLE TO SECTIONS 2 (FIRE & THEFT DAMAGE TO YOUR VEHICLE) AND 3 (LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE) OF THIS POLICY ONLY OR AS STATED IN THE SCHEDULE

4.6. LEGAL ASSISTANCE FOR UNINSURED LOSSES

We will cover **you** or any **authorised driver** for legal costs and expenses incurred in the institution and continuation of legal proceedings (as plaintiff) to recover **uninsured losses** or damages relating to policy **excess**, loss of earnings, loss of use, loss of **personal belongings**, compensation for death or personal injury or property damage as a result of a motor accident involving **your vehicle** that is insured by **your Policy** up to the limit shown in the **Schedule**.

We will not be under any liability to pay any amounts beyond the limit shown in the **Schedule** whether or not the legal proceedings have been concluded.

Cover under this extension shall only be applicable provided that:

a. the motor accident occurs in **Malta** and during the **period of insurance**;

b. the legal proceedings will be dealt with by a court or other competent body in **Malta**;

c. **our** legal experts are satisfied that there is a reasonable prospect of recovery and that prospects of success exist for the duration of the **claim**;

d. **we** are reasonably certain that the third party has the means to meet any judgment;

e. **we** are satisfied that the legal costs and fees are economically proportionate to the amount **you** are claiming;

f. the dispute is not with **us** or any of **our** Agents or intermediaries.

In the event that such legal fees and expenses or part thereof are awarded in **your** favour **you** will reimburse **us** with any such amount already paid by **us** under this extension or **we** may deduct these from any payments **we** may be liable to make under any other Section of **your Policy**.

4.7. PERSONAL BELONGINGS

We will cover **you** against accidental loss of or damage to **personal belongings** while in or on **your vehicle**. At **your** request, **we** will compensate the owner of the lost or damaged property. **Our** liability shall be limited to the amount shown in the **Schedule** in respect of each occurrence.

We shall not be liable under this extension for loss of or damage to:

i. money, stamps, tickets, credit and debit cards, documents or securities;

ii. goods or samples carried in connection with any trade or business;

iii. property insured under any other policy;

iv. property kept in **your** unattended vehicle unless all windows and doors are fully closed and locked and the property is secured in a locked boot or glove compartment;
v. mobile/cellular telephones or other telephone equipment and portable audio or audio-visual equipment;
vi. **personal belongings** attached to or on a **motor cycle** covered by this **Policy** except if they are in a locked compartment.
vii. any **personal belongings** if **your vehicle** is a motor caravan;
viii. goods or samples carried in connection with a business.

Payment to any person under this extension other than **you** will be made direct to such other person who will be subject to the terms, provisions, exclusions and conditions of this **Policy** in so far as they can apply and whose receipt shall be a full discharge of **our** liability for such other person's loss or damage.

4.8. EMERGENCY OVERNIGHT ACCOMMODATION OUTSIDE MALTA

We will pay for emergency overnight accommodation if **you** or any person covered by this **Policy** cannot reach **your** intended destination because **your vehicle** cannot be driven due to an incident which occurs outside **Malta** and which is covered under Sections 2 (Fire & Theft Damage to your Vehicle) or 3 (Loss of or Damage to your Vehicle) of this **Policy**.
The total amount **we** shall pay under this Extension for any one incident shall not exceed the limit shown in the **Schedule.**

4.9. DRIVE BATTERY COVER

The following standard coverages shall be applicable to fully-electric and plug-in hybrid vehicles only:

a. **Electrical Overload damage**
We will cover **you** for loss or damage due to electrical overload following lightning strikes on the drive battery.

b. **Consequential damage**
We will cover **you** for any consequential damage arising out of:

i) a short circuit in the cabling of the drive battery;

ii) animal bites on the drive battery

up to the limit stated in the **schedule** any one occurrence and in any one **period of insurance**.

c. **Battery scrappage**
We will cover **you** for the additional costs incurred to scrap the drive battery following an accident, up to the limit stated in the **schedule** any one occurrence and in any one **period of insurance**.

d. **Decontamination costs**
If **your vehicle** is declared a total loss, **we** will cover **you** for the battery decontamination costs up to the limit stated in the **schedule** any one occurrence and in any one **period of insurance**.

4.10. LOST KEYS AND LOCKS

If the keys or lock transmitter for **your vehicle** are lost or stolen and not recovered, **we** will pay up to the limit shown in the **Schedule** for the cost of replacing them and also, if necessary, the locks of **your vehicle** or reprogramming the lost transmitter.

Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim Discount.**

D. STANDARD EXTENSIONS APPLICABLE TO SECTION 3 (LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE) OF THIS POLICY ONLY OR AS STATED IN THE SCHEDULE

4.11. COURTESY VEHICLE (PRIVATE VEHICLES ONLY)

We will cover **you** for the cost of hiring an alternative vehicle, with our first preference being a hybrid or electric but depending on availability, while **your vehicle** is undergoing repairs following an accident covered under **your Policy** for the period as authorised by the inspecting surveyor but not exceeding the amount shown in the **Schedule**, any one **claim**. This alternative vehicle is not intended to be an exact replacement for **your vehicle**.

We may arrange for a replacement vehicle from a rental company of **our** choice. **We** will not cover any excess, fuel, fares, fines and other fees relating to the replacement vehicle whilst in **your** possession.

4.12. EXCESS WAIVER (PRIVATE VEHICLES ONLY)

If **You** are a named insured under a Home Insurance policy issued by **Us**, covering home contents and valid and in force at the date and time of loss of the **claim** reported and covered by this **Policy**, **we** will waive € 90 off the applicable **excess** which would have to be paid by **you** when a **claim** is made against this **Policy**.

Conditions
1. Only when a **claim** is made against this **policy** and this **policy** pays a portion towards the **claim**, will the Excess Waiver come into effect;

2. If this **policy** was issued with an **excess** which is higher than € 90, **we** will only waive € 90 off the **excess** and **you** will have to pay the difference;

3. The Excess Waiver will be applicable only once during the **period of insurance** of the Home Insurance Policy.

E. OPTIONAL EXTENSION APPLICABLE TO SECTION 3 (LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE) OF THIS POLICY ONLY OR AS STATED IN THE SCHEDULE

4.13. EARTHQUAKE COVER

On payment of an additional premium, General Exclusion (iii) is deleted.

SECTION 5 - USE OUTSIDE MALTA

Section 1 (Liability to Others) of this **policy** provides the minimum cover **you** need by law for **your vehicle** when using it in any **designated state**. The level of cover **we** provide will be the minimum necessary to keep to the laws on compulsory insurance in the country where the event happened; or, the minimum cover needed either in that country or in **Malta**, whichever is higher.

This cover will apply provided that **your vehicle** is registered in **Malta** within 30 days from the date of its purchase.

This **policy** is intended to provide insurance protection for vehicles that are registered in **Malta** and that are based in **Malta**. If **you** intend to use **your vehicle** outside **Malta**, **you** must notify **us** of this immediately.

5.1. EXTENSION OF COVER UNDER SECTION 2 (FIRE & THEFT DAMAGE TO YOUR VEHICLE) OR 3 (LOSS OF OR DAMAGE TO YOUR VEHICLE) OF THIS POLICY WITHIN THE DESIGNATED STATES

Without prejudice to Section 1 (Liability to Others) of this **Policy**, subject to the payment of an additional premium, cover under Section 2 (Fire & Theft Damage to your Vehicle) or 3 (Loss or Damage to your Vehicle) of this **Policy** is extended for the period specified in the **Schedule** while **your vehicle** is being used outside **Malta** within the **Designated States** and/ or is in transit between any ports in countries to which this **Policy** applies provided that such transit is by recognised sea passage of no longer duration under normal conditions than 65 hours.

5.2. EXTENSION OF COVER TO COUNTRIES OTHER THAN THE DESIGNATED STATES

Subject to the payment of an additional premium and the issue of a **Green Card** cover under this **Policy** is applicable for the period specified in the **Green Card** in respect of **your vehicle** while it is being used in any country outside **Malta** and the **Designated States** specified (and not deleted) in the **Green Card**, and/or is in transit between any ports in countries to which this **Policy** applies provided that such transit is by recognised sea passage of no longer duration under normal conditions than 65 hours.

Section 1 (Liability to Others) of this **policy** provides the minimum cover **you** need by law for **your vehicle** when using it in any **designated state**. The level of cover **we** provide will be the minimum necessary to keep to the laws on compulsory insurance in the country where the event happened; or, the minimum cover needed either in that country or in **Malta**, whichever is higher.

This cover will apply provided that **your vehicle** is registered in **Malta** within 30 days from the date of its purchase.

This **policy** is intended to provide insurance protection for vehicles that are registered in **Malta** and that are based in **Malta**. If **you** intend to use **your vehicle** outside **Malta**, **you** must notify **us** of this immediately.

SECTION 6 - EUROPEAN ROADSIDE ASSISTANCE (RSA)

DEFINITIONS APPLICABLE TO THIS SECTION

Wherever **you** see the following words or phrases, they will have the meanings shown next to them and are shown in bold print. Any word or expression to which a specific meaning has been given has the same meaning wherever it appears in this Section unless the context requires otherwise:

Accident means violent, sudden, external and unforeseen event occurring within the **Territory,** unwanted by **you** that causes damages to the **vehicle** rendering it unusable for normal transportation.

Breakdown means a failure, whether mechanical or electrical, that immobilises the **vehicle** occurring during the **Period of Insurance** within the **Territory**.

Company means the Roadside Assistance (RSA) **service** provider.

Service(s) mean the breakdown coverages specified in this section

Territory means **Malta** and the rest of Europe.

Usual Place of Residence means the location where **you** usually reside in **Malta**. It shall also be the place where the **vehicle** is usually located and to which, where applicable, the **vehicle** shall be transported.

Vehicle means **your vehicle,** excluding any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to it, which shall meet each and all of the following requirements:

a. have a Gross Vehicle Weight (G.V.W.) less than 3,500 kg and comply at all times with **legislation** inforce;

b. classified as a hybrid or electric vehicle.

The non-fulfillment of any of the said requirements shall be cause for nullity of this Section of the **Policy**.

OBJECT AND SCOPE OF COVER

The **Company** guarantees to provide **you** with timely material help in the form of **services**, immediately after experiencing difficulties as a result of an **accident** or **breakdown** occurring within the Territory during the course of a trip with the **vehicle**. This **service** will be limited to a maximum of four (4) **breakdown services** for every full 12 months starting from day of inception of the **policy** across all covers. A charge will be applicable for any additional breakdown **services**.

1. REPAIR ON THE SPOT OF THE VEHICLE

In the event of immobilisation of the **vehicle** due to mechanical or electrical **breakdown**, and provided that the said **breakdown** can be repaired at the place of immobilisation within a reasonable time, the **Company** will proceed with the repair of the **breakdown**, and shall bear the costs of labour and transport to the place where the event occurred.

This coverage does not include battery boost assistance, supplies of spare parts or elements, or materials in general.

2. BATTERY BOOST ASSISTANCE

In the event of immobilisation of **your** hybrid **Vehicle** due to a battery problem, the **Company** will provide **you** with a battery boost assistance service. This coverage may include supplies of the spare battery or materials in general. Cost of the battery or any other materials supplied will always be assumed by **You**. Guarantee of the battery will be provided by the Supplier and not by the **Company.**

This cover is limited to 2 battery boost services in 1 week. If a third service of battery boost is required within the same week, **you** will be advised that a fee of €30.00 will be charged as the cost of the service.

This cover is only applicable to hybrid vehicles and does not apply to fully-electric vehicles.

3. TOWING OF THE VEHICLE

In the event that it is not possible to carry out repairs at the site of the breakdown, as mentioned in the previous point, and if the vehicle cannot be driven as a result of the breakdown or accident, the Company shall bear the costs of towing the vehicle to a repair shop or destination as recommended by **you** or the **authorised driver** of the vehicle.
In the event that the vehicle is towed to a repair shop or destination as recommended by **you** or the driver of the vehicle whereby the vehicle is not accepted and/or the repair shop is closed then the vehicle will be towed back to **your** place of residence. Towing the vehicle from **your** place of residence back to the repair shop or any other location is not covered by this **Policy**.

It is recommended that **you** confirm with the repair shop that **your vehicle** will be accepted and that the repair shop is not closed.

In case of towing the vehicle from Gozo to Malta or Europe to Malta and vice versa, **you** will have to pay ferry fees for both the vehicle and the tow truck.

4. SECOND DELIVERY SERVICE

In case the **vehicle** stops at night, during the weekends or public holidays and the repair shop recommended by **you** is closed, **we** will bear the costs of a second towing service from **your** place of residence to the repair shop recommended by **you**.

If **you** require further towing services after the second delivery service has been provided, a fee €30.00 will be charged as cost of the service.

5. TRANSPORTATION FOR THE VEHICLE OCCUPANTS WHERE THE VEHICLE CANNOT BE USED

In the event that it is not possible to carry out the repairs at the site of the **breakdown** or **accident** involving the **vehicle**, the **Company** will arrange the most suitable transportation for the **vehicle** occupants to be transported to their **Usual Place of Residence** during the night or to the nearest bus stop during the day. The **vehicle** occupants' transportation might be arranged inside the tow truck cabin.
In case the **vehicle** occupants have different places of residence within **Malta**, their transportation will only be carried out to one place/spot chosen by **you**.

Provided that in the event that the **vehicle** is located outside of **Malta** but within Europe, the **Usual Place of Residence** referred to above shall be taken to refer to the closest accommodation facilities but subject to the limitations and limits under paragraph 9 of this Section.

6. FLAT TYRE ASSISTANCE

In the event of immobilisation of the **Vehicle** due to damage of a tyre, the **Company** will proceed with the removal of the flat tyre and its replacement with the spare tyre of the **vehicle**.

If the spare tyre and/or basic tools to change the spare tyre are not available and/or are not in good condition, **we** will bear the costs of towing the **vehicle** to the nearest vulcanizer, repair shop or **Usual Place of Residence**, whichever is chosen by **you**.

This coverage does not include supplies of the spare tyre, elements or materials in general.

In the event that the **vehicle** has two or more flat tyres at the same time, **we** shall bear the costs of towing the **vehicle** to the nearest vulcanizer, repair shop or **Usual Place of Residence** whichever is chosen by **you**.

Provided that in the event that the **vehicle** is located outside of **Malta** but within Europe, the **Usual Place of Residence** referred to above shall be taken to refer to the closest accommodation facilities but subject to the limitations and limits under paragraph 9 of this Section.

7. OUT OF FUEL / CHARGE

In the event that **your** hybrid **vehicle** runs out of fuel, **we** will bear the cost of delivering up to €10 worth of fuel. Fuel expenses will always be assumed by **you**. If **you** require the fuel delivery more than once during the **period of insurance**, a fee of €30.00 will be charged as cost of the **service**.

In the event that **your** electric **vehicle** runs out of charge, **we** will tow **you** to the nearest charging point or your home charge point, whichever is the nearest. If **you** require towing to the nearest charging point for more than once during the **period of insurance**, a fee of €30.00 will be charged as cost of the **service**.

8. LOCKSMITH SERVICE

In the event that the **Vehicle** keys are locked inside the **Vehicle**, lost and/or stolen the **Company** will provide a locksmith service on the condition that this service is carried out at **your** own risk. Therefore, **We** and/or the **Company** will not be responsible for any damages to the **Vehicle**.

The company will cover one locksmith service per **period of insurance.** If **you** require the locksmith service more than once during the **period of insurance**, charges of the service will always be assumed by **you**.

In case the **Vehicle** cannot be opened due to dead lock devices and/or other modifications for security reasons, **we** will bear the costs of towing the **Vehicle** to a repair shop or destination as recommended by **you** or the **authorised driver** of the **Vehicle**. **We** also may provide **you** with details of a professional locksmith who may attend at the place of Accident. Charges of professional locksmith will always be assumed by **you**.

This coverage is provided subject that confirmation from policyholder that the vehicle can be opened or towed is received.

9. SPECIAL CONDITIONS FOR EUROPEAN ROADSIDE ASSISTANCE

Notwithstanding anything to the contrary under Section 6 of this **Policy,** in case **your Vehicle** is located outside **Malta** but within Europe, the following limits and limitations shall apply:

i. the period of cover under Section 6 of this **Policy** shall be deemed to be either the period between the date of departure and date of return to **Malta** in accordance with the ferry return ticket or a maximum of 14 days from the date of departure from **Malta**, whichever is shortest;
ii. any of the towing services which may be required to be provided to the **Vehicle** in terms of Section 6 of this **Policy** shall be limited to either the towing of the **Vehicle** to the nearest garage/repair shop up to a maximum distance of 350km from the location of the **breakdown** or **accident** or up to a maximum towing service charge of €300.

In addition, in the event that repairs to the **Vehicle** are necessary during the aforementioned period of cover and the **Vehicle** cannot be used for at least 72 consecutive hours from the time of the **breakdown** or **accident**, **we** will pay **you** €50 per day for a maximum period of 3 days (maximum €150) for alternative accommodation purposes.

WHAT IS NOT COVERED UNDER THIS SECTION (SEE ALSO GENERAL EXCLUSIONS):
The consequences of the following events shall in general be excluded from all covers under this section:

i. The results when the driver of the **Vehicle** is found in any of the situations that are indicated below:

   a. the state of intoxication or under the influence of drugs, toxins or narcotics not medically prescribed. For these effects, one is under the effect of alcoholic drinks when the degree of alcohol in the blood is greater than that authorised by the legislation on traffic, motor vehicle circulation, road safety, or similar;

   b. Lack of permission or corresponding license for the category of the **Vehicle** or violation of the sanction of cancellation or withdrawal of them.

ii. Those resulting from the illegitimate removal of the **Vehicle**;

iii. Those occurring when **you** or the driver of the **Vehicle** breaches the regulations in terms of the requirements and number of people transported, the weight or measurements of the objects or animals transported or the way in which they are disposed, provided that said breach is the determining cause of the loss;

iv. Those that are produced while the **Vehicle** lacks documentation or requisites (including the Technical Inspection of the Vehicles and Obligatory Insurance) legally necessary to circulate on public roads;

v. Those caused by fuel, mineral essences, and other inflammable, explosive or toxic materials transported in the **Vehicle**;

vi. In the case that the **Vehicle** is an ambulance, the injured who are transported or in the case of a hearse, the deceased who is transported;

vii. Those caused by extraordinary natural phenomena such as earthquakes, landslides, volcanic eruptions, atypical cyclonic storms, falling objects from space and aerolites, and in general any extraordinary atmospheric, meteorological, seismic or geological phenomenon;

viii. Those arising from war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities (whether war be declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, military or usurped power or confiscation or nationalisation or requisition or destruction of or damage to property by or under the order of any government or public or local authority;

ix. Those directly or indirectly caused by or contributed to or arising from ionizing radiation, contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste, from the combustion of nuclear fuel or the radioactive toxic explosive or other hazardous properties of any explosive nuclear assembly or nuclear component thereof.

In addition to the aforementioned exclusions, the following services are not covered by this Section:

i. Assistance if the vehicle can be driven to the nearest workshop;

ii. Assistance if the Vehicle is not at road level , on lose or unsurfaced ground, in sand, in the sea in water deeper than 20cm or any other place where a towing truck cannot enter;

iii. Assistance to any occupants of the **vehicle** who are hitchhikers being transported free of charge;

iv. The cost, transport or withdrawal of cooling fluids, lubricants or other substances that are necessary for the **Vehicle**'s due operation;

v. The replacement of wheel rims;

vi. Expenses for opening doors other than by a locksmith service or other means of access to the Vehicle;

vii. The cost, transport or removal of fuel, refrigerants, lubricants and other substances necessary for the functioning of the **Vehicle**;

viii. In general, all consequences of any events caused directly or indirectly by **your** bad faith or that of the driver of the **Vehicle** are excluded from coverage of the guarantees hereof;

ix. Any services agreed upon by **you** or the driver of the **Vehicle** on **your** own account shall not be covered hereby if **we** or the **Company** is not previously notified or do not give their consent thereto;

x. **We** and the **Company** shall be released of all liability when it is unable to carry out any of the services specifically covered by this **Policy** owing to force majeure.

SECTION 7 - WISE PROTECT

This Section of the **Policy** is only operative if the **Limitations as to Use** in the **Schedule** are defined as Private Vehicle - Use for social, domestic and pleasure purposes and for **your** own business - and the cover provided by this **Policy** as stated in the **Schedule** is either Third Party Only or Third Party Fire & Theft.

We will pay **you** the benefit stated in the **Schedule** in the event of the total loss of **your vehicle** in order to compensate **you** for the inconvenience caused by having been deprived of **your vehicle** after the total loss.

For the purposes of this Section only, **your vehicle** will be considered to be a total loss if the cost of repairs following loss or damage exceeds 60% of its current **market value** but only within 12 months of **you** purchasing **your vehicle** new in **Malta**. Otherwise, it will be considered to be a total loss if the cost of repairs following loss or damage exceeds 75% of its current **market value**.

We will only pay the benefit to **you** if **you** purchase another vehicle to replace the one that was subject to the total loss and **you** insure it with **us**.

Any such payment will not affect **your** entitlement to **No Claim Discount** if this is the only benefit **you claim** under the **Policy**.

Once **you** confirm that **you** will be doing so, **we** will credit the benefit to **your** account with **us** and the premium and other charges due on the new policy will be paid from this account. Any remaining balance in **your** favour will then be paid to **you**.

What is NOT covered under this SECTION (see also GENERAL EXCLUSIONS)

This **Policy** does not provide cover for:

i. The amount of **excess** (if any) shown in the **Schedule**;

ii. Loss of use of **your vehicle** or other indirect costs when it is damaged or stolen;

iii. Loss resulting from deception;

iv. Depreciation, wear and tear, deterioration, any loss or damage which happens or diminution in value including any loss of value after **your vehicle** has been repaired following an accident;

v. Loss or damage caused by pressure waves from aircraft or other objects in the sky travelling at sonic or supersonic speeds;

vi. Loss or damage arising out of or as a consequence of earthquake, volcanic eruption, subterranean fire or any such convulsion of nature;

vii. Deliberate damage by any person described in the **Schedule**;

viii. Loss arising from **your vehicle** being removed, detained or confiscated as result of a road traffic or vehicle licensing offence;

ix. Theft or attempted theft whilst **your vehicle**('s):
- is unlocked;
- windows are open;
- sun roof is left open or unlocked;
- removable roof panel is not attached and locked;
- convertible roof or hood is not secured and locked;
- ignition keys or devices used to gain entry or to operate **your vehicle** have been left in or on the vehicle;
- has been left unattended with the engine running when there is no-one in it;

unless in a locked **private garage;**

x. Loss or damage to **your vehicle** arising from the wrong or contaminated fuel, inappropriate type or grade of fuel being used;

xi. Loss or damage while **your vehicle** is being driven by or is in the charge of any person for the purposes of being driven, who is not described in the **Schedule**;

xii. Mechanical, electrical, electronic or computer failures, breakdowns or breakages;

xiii. Damage to tyres by punctures, cuts or bursts, or caused by the application of brakes.

xiv. **Claims** in respect of which there is another policy in force covering own damage.

xv. loss or damage to any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle** or to any property being carried in or on them;

xvi. loss or damage caused by overloading or strain;

xvii. loss of road licence

xviii. loss or damage arising from or in consequence of water freezing in the cooling circulation system of **your Motor Vehicle**;

xix. loss or damage arising from the use of **your vehicle**, or machinery attached to it, as a **tool of trade**.

xx. loss or damage which can be traced back to construction or material defects of the manufacturer;

xxi. loss or damage caused by chemical reactions such as oxidation;

xxii. deep discharge or overcharge of the battery.

SECTION 8 - ADDITIONAL COVER FOR DAMAGE TO YOUR VEHICLE

This Section of the **Policy** is only operative if the **Limitations as to Use** in the **Schedule** are defined as Private Vehicle - Use for social, domestic and pleasure purposes and for **your** own business - and the cover provided by this **Policy** as stated in the **Schedule** is Third Party Fire & Theft.

We will cover **you** for loss of or damage to **your vehicle,** including its **accessories** and spare parts, caused by Storm, Tempest, Flood and Hail up to the limit stated in the **Schedule** as long as this does not exceed **your vehicle**'s **market value**. At **our** own option, **we** may repair, reinstate or replace **your vehicle** or any part of it or its **accessories** or spare parts or may pay the amount of loss or damage.

In the event of the cost of repairs to **your vehicle** exceeding its current **market value, we** will settle **your claim** by payment of **your vehicle**'s **market value**. In such event **we** may at **our** option take possession and ownership of **your vehicle** and dispose of it and retain its salvage value.

What is NOT covered under this Section (see also GENERAL EXCLUSIONS):

This **Policy** does not provide cover for:

i. loss or damage caused by frost

ii. loss or damage caused by normal action of the sea or inundation from the sea whether resulting from storm or tempest or otherwise

iii. loss of use of **your vehicle** or other indirect costs following the loss or damage;

iv. loss resulting from deception;

v. depreciation, wear and tear, deterioration, any loss or damage which happens gradually or diminution in value including any loss of value after **your vehicle** has been repaired following the loss or damage;

vi. deliberate damage by any person described in the **Schedule**;

vii. loss arising from **your vehicle** being removed, detained or confiscated as a result of a road traffic or vehicle licensing offence.

viii. any part of a repair or replacement which improves **your vehicle** beyond its condition before the loss or damage took place;

ix. loss or damage to any trailer, caravan or mechanically disabled vehicle attached to **your vehicle** or to any property being carried in or on them;

x. storage costs incurred while **the vehicle** is awaiting the commencement of repairs;

xi. loss or damage caused by overloading or strain;

xii. mechanical, electrical, electronic or computer failures or malfunction, breakdowns or breakages;

xiii. loss of road licence;

xiv. loss or damage arising from or in consequence of water freezing in the cooling circulation system of **your Vehicle**.

GENERAL EXCLUSIONS
THESE GENERAL EXLCUSIONS APPLY TO ALL SECTIONS OF THE POLICY

We shall not be liable in respect of:

i. Any accident, injury, loss, damage or liability occurring while **your vehicle** insured by this **Policy** is:

   a. used outside the **Territorial Limits** other than in accordance with the provisions of the definition of **Territorial Limits** and of Section 5 (Use Outside Malta);

   b. used for any purpose not permitted by the **Schedule**;

   c. driven by any person not described in the **Schedule**;

   d. driven by **you** unless **you** hold a licence to drive **your vehicle** or have held and are not disqualified from holding or obtaining such a licence;

   e. driven with **your** permission by any person who to **your** knowledge does not hold a licence to drive **your vehicle** unless such person has held and is not disqualified from holding or obtaining such a licence;

   f. driven by any person who at the time of driving is under the influence of alcohol or drugs other than drugs taken on proper medical advice and not for the treatment of drug addiction.

   Provided that if by reason of the circumstances mentioned in (b.), (c.), (d.), (e.) and (f.), **we** shall pay any sum in respect of the liability of any person in or towards the discharge of the liability covered under Section 1 (Liability to Others) of the **Policy** in accordance with the **Legislation**, **we** will have the right to recover any sum so paid by **us** from that person.

ii. Any liability accepted under any agreement unless **you** would have been liable without the agreement.

iii. Any accident, injury, loss or damage (except under Section 1 (Liability to Others) and unless shown as applicable in the Schedule (4.12) under Sections 2 (Fire & Theft Damage to your Vehicle) or 3 (Loss of or Damage to your Vehicle)) arising out of or as a consequence of earthquake, volcanic eruption, subterranean fire or any other such convulsion of nature.

iv. **Airside** use of **your vehicle** unless agreed otherwise by **Endorsement**.

v. Loss or damage caused by or resulting from rust, corrosion, wet or dry rot, mould, vermin, insects, fungus, deterioration or wear and tear, latent defects, the lack of or faulty maintenance, depreciation, atmospheric or climatic conditions, mildew, rising damp, the action of light, ingress of water, any gradually operating cause, process of cleaning, washing, repair, alteration or restoration;

vi. Improper use of battery.

RADIOACTIVE CONTAMINATION

vii. Any loss damage liability or expense directly or indirectly caused by or contributed to by or arising from:
   a. ionising radiations from or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste or from the combustion of nuclear fuel;
   b. the radioactive, toxic, explosive or other hazardous or contaminating properties of any nuclear installation, reactor or other nuclear assembly or nuclear component thereof;
   c. any weapon of war employing atomic or nuclear fission and/or fusion or other like reaction or radioactive force or matter;
   d. pressure waves from aircraft or other aerial devices travelling at sonic or supersonic speeds.

NUCLEAR ENERGY RISKS

viii. Any loss damage liability or expense directly or indirectly caused by or contributed to by or arising from Nuclear Energy Risks.

For the purposes of this **Policy**, Nuclear Energy Risks shall mean:

a. all Property on the site of a nuclear power station, Nuclear Reactors, reactor buildings and plant and equipment therein on any site other than a nuclear power station;

b. all Property, on any site (including but not limited to the sites referred to in (a) above used or having been used for:
   a. The generation of nuclear energy; or
   b. The Production, Use or Storage of Nuclear Material;

c. any other Property eligible for insurance by the relevant local Nuclear Insurance Pool and/or Association but only to the extent of the requirements of that local Pool and/or Association;

d. the supply of goods and services to any of the sites, described in (a) to (c) above, unless such insurances or reinsurances shall exclude the perils of irradiation and contamination by Nuclear Material.

Nuclear Material means:

a. nuclear fuel, other than natural uranium and depleted uranium, capable of producing energy by a self-sustaining chain process fission outside a Nuclear Reactor, either alone or in combination with some other material; and

b. radioactive Products or Waste.

Radioactive Products or Waste means any radioactive material produced in, or any material made radioactive by exposure to the radiation to the production or utilisation of nuclear fuel, but does not include radioisotopes which have reached the final stage of fabrication so as to be usable for any scientific, medical, agricultural or industrial purpose.

Nuclear Installation means:

a. any Nuclear Reactor;

b. any factory using nuclear fuel for the production of Nuclear Material, any factory for the processing of Nuclear Material, including any factory for the reprocessing of irradiated nuclear fuel; and

c. any facility where Nuclear Material is stored, other than storage incidental to the carriage of such material.

Nuclear Reactor means any structure containing nuclear fuel in such an arrangement that a self-sustaining chain process of nuclear fission can occur therein without an additional source of neutrons.
Production, Use or Storage of Nuclear Material means the production, manufacture, enrichment, conditioning, processing, reprocessing, use, storage, handling and disposal of Nuclear Material.
Property shall mean all land, buildings, structures, plant, equipment, vehicles, contents (including but not limited to liquids and gases) and all material of whatever description whether fixed or not.

High Radioactivity Zone or Area means:

a. for nuclear power stations and Nuclear Reactors, the vessel or structure which immediately contains the core (including its supports and shrouding) and all the contents thereof, the fuel elements, the control rods and the irradiated fuel store, and

b. for non-reactor Nuclear installations, any area where the level of radioactivity requires the provision of a biological shield.

WAR/CONFISCATION

ix. Any loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any of the following:

a. war, invasion, acts of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not),

b. civil war, military rising, insurrection, civil commotion assuming the proportions or amounting to an uprising, rebellion, revolution, military or usurped power, martial law or looting or pillaging in connection therewith,

c. confiscation or nationalisation or requisition or destruction of or damage to property by or under the order of any government or public authority or any act or condition incident to any of the above.

If **we** allege that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expense is not covered by this **Policy**, the burden of proving the contrary shall be upon **you**.

RECOGNISED DATE

x. Any loss or damage directly caused by or liability arising from:
a. the failure of any electronic equipment to correctly recognise, accept, respond to or process any date or part of a date or any data or instruction;

b. the failure of any product, equipment or machinery containing, connected to or operated by means of a data processor chip, except for subsequent loss or subsequent liability covered by this **Policy**.

SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE

xi. any claim or pay any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America, or any of its states.

CYBER RISKS CLARIFICATION

xii. The following are excluded from this **policy**:

A. Loss of or damage to data or software, in particular any detrimental change in data, software or computer programs that is caused by a deletion, a corruption or a deformation of the original structure, and any business interruption losses resulting from such loss or damage. Notwithstanding this exclusion, loss or damage to data or software which is the direct consequence of insured physical damage to the substance of the property shall be covered.

B. Loss or damage resulting from an impairment in the function, availability, range of use or accessibility of data, software or computer programs, and any business interruption losses resulting from such loss or damage.

TERRORISM

xiii. **We** will not pay for loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any act of terrorism regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence to the loss.

For the purpose of this endorsement an act of terrorism means an act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf or in connection with any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological, or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

This endorsement also excludes loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to any act of terrorism.

If the Company alleges that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expense is not covered by this insurance the burden of proving the contrary shall be upon the Insured. In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or enforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

WORKMEN'S COMPENSATION

xiv. **We** will not pay for any liability of the Insured to pay compensation to an employee or to the legal personal representative or dependants of an employee by virtue of any workmen's compensation law.

CONTRACT OF SALE

xv. **We** shall not be liable for any accident loss or damage or liability caused sustained or incurred in connection with **your vehicle** in relation to which **you** have entered into any transaction by way of a contract of sale or purported contract of sale, except in so far as is necessary to comply with the **Legislation**. This applies whether such transaction constitutes a valid contract of sale for **your vehicle** or would have constituted a valid contract of sale but for the failure to comply with the provisions of the Duty of Documents and Transfers Act 1993 and any amendments thereto.

GENERAL CONDITIONS
THESE GENERAL CONDITIONS APPLY TO ALL SECTIONS OF THE POLICY

1. INFORMATION GIVEN TO US

We will provide cover under this **Policy** only if the material facts **you** gave **us** when applying for insurance or when making a **claim**, either by speaking to **us** or in any document, is true as far as **you** know. **You** must ask all persons who are covered by this **Policy** any relevant questions **you** need to obtain this information.

It is a condition of this **Policy** that **you** inform **us** immediately if **you** become aware of any changes to **your** circumstances which may affect this insurance or any other material facts. Such facts could include but are not limited to:

- a change to the persons to be insured;
- a change of use of **your vehicle**;
- pending prosecutions, outstanding police enquiries, criminal convictions or charges for a criminal offence of any of the persons to be insured;
- **you** must also inform **us** immediately if the ownership of **your vehicle** changes as the protection offered by this **policy** applies only for as long as **you** are the owner of the vehicle;
- any modification to **your vehicle;**

Failing to disclose any changes may result in **your policy** becoming null and void and cover not being operative.

2. FRAUD

If any **claim** or part of a **claim** is in any way made fraudulently or falsely, this **Policy** shall become void and any **claim** under it shall be forfeited.

3. CLAIMS - YOUR DUTIES

You or **your** legal representatives must:

a. give **us** notice as soon as reasonably possible of any accident, injury, loss or damage and send to **us** every letter or other information in **your** possession without delay; and

b. inform **us** immediately **you** become aware of any civil or criminal proceedings, inquest or fatal enquiry in connection with any event for which there may be liability under this **Policy** and send **us** immediately any correspondence or other documents **you** receive; and

c. co-operate with **us** fully, providing **us** with such assistance, documents and information as **we** may require.

No admission, offer, promise, repudiation, payment or agreement shall, except with **our** written consent, be made or given by or on behalf of **you** or any person covered under this **Policy**.

We shall be entitled to take over and conduct in **your** name or in the name of any person covered under this **Policy** the defence or settlement of any **claim** or to prosecute in **your** name or in the name of such person, for **our** own benefit, any **claim** for compensation or damages. **We** shall have full discretion in the conduct of any proceedings or in the settlement of any **claim**. **You** and such person must give **us** all the information and assistance **we** may require.

You must report theft or vandalism or any other criminal act which may give rise to a **claim** under this **Policy** immediately to the police and co-operate with **us** in securing the conviction of the offender. In the event of an accident **your vehicle** must not be left unattended without taking proper precautions to prevent further loss or damage. This includes not driving **your vehicle** if further loss or damage might be caused. Any such additional damage will not be covered by this **Policy**.

If any **claim** or part of a **claim** is in any way made fraudulently or falsely, this **Policy** shall become void and any **claim** under it shall be forfeited.

4. ROADWORTHINESS AND REASONABLE CARE

Your vehicle must be maintained in an efficient and roadworthy condition. **You** and any other person in charge of **your vehicle** must take all reasonable steps to protect it against loss or damage. When **your vehicle** is left unattended, its doors and windows must be fully closed and it must be kept locked with its keys removed. **You** must allow **us** free access to examine **your vehicle** at any reasonable time.

5. CONTRIBUTION OF OTHER INSURANCES

If any loss, damage or liability which **you** are claiming for under this **Policy** is covered by any other insurance, **we** will pay only **our** share of that **claim**.

6. CANCELLATION

a. **We** may cancel this **Policy** by sending **you** a registered letter giving **you** 7 days' notice to **your** last known address. The effective **Certificate of Motor Insurance** remains **our** property and must be returned in accordance with the **Legislation**. **We** will refund the appropriate proportion of **your** premium calculated from the date **we** receive the effective **Certificate of Motor Insurance**;

b. **You** may cancel this **policy** as long as **you** are able to present evidence that **your vehicle** has been transferred to a new owner, or insured by another insurer, or else that the vehicle has been registered as "garaged", "scrapped" or "exported" in accordance with any Transport Malta rules and regulations effective at the time of cancellation.

c. **You** may cancel this **Policy** by returning the effective **Certificate of Motor Insurance** to **us**. Any refund of premium will be calculated from the date **we** receive the effective **Certificate of Motor Insurance**. Provided no **claim** or loss has arisen in the current **period of insurance**, **we** will return part of the premium after applying **our** cancellation rates indicated on **our** website or available on request for the period the **Policy** has been in force;

d. If **you** have purchased the **policy** from **our** website and are not entirely satisfied with the protection provided, **you** have a right to cancel the said **Policy** within 14 days of the date of issue or receipt of the terms and conditions, provided **you** would not have lodged a **claim** under the **Policy**. **We** will refund **you** the **Policy** premium **you** have paid but not the government stamp duty. Notification in writing together with the **Policy Schedule** and **Certificate of Motor Insurance** must be mailed to **us**.

7. VEHICLE SHARING AND INSURANCE

The acceptance of contributions as part of a vehicle sharing agreement in respect of the carriage of passengers for social or other similar purposes will not be regarded as the carriage of passengers for hire or reward or use of **your vehicle** for hiring provided that:

a. **your vehicle** is not constructed or adapted to carry more than eight seated passengers (excluding the driver);

b. the passengers are not being carried in the course of a business involved specifically for the carriage of passengers;

c. the total contributions received for the journey concerned do not involve an element of profit.

8. ARBITRATION

If **we** disagree about the amount to be paid under this **Policy** (liability being otherwise admitted), **you** and **we** have the right to refer to arbitration. The arbitration will be carried out in accordance with the Arbitration Act (Chapter 387 of the Laws of Malta) and the Arbitration Rules as may be amended or replaced from time to time. There shall be one arbitrator who shall be appointed by the Malta Arbitration Centre. The arbitration will be conducted in **Malta**. The award shall be final and binding.

The making of an award is a condition precedent to any right of action against **us**.

9. MALTESE JURISDICTION CLAUSE

The cover provided under Section 1 (Liability to Others) of this **Policy**, shall apply only to judgements, decisions or orders that are delivered by or obtained from a Court in **Malta** or a **designated state**. It shall not apply to judgements, decisions or orders, whatever the judgement, decision or order may be called, obtained from a court or other tribunal in a **third country.** Furthermore, the indemnity provided herein shall not apply to a judgement or order obtained in **Malta** or in a **designated state** for the enforcement of a judgement, decision or order obtained in a **third country** or to costs and expenses of litigation recovered by any claimant from **you**, which costs and expenses of litigation are not incurred in **Malta** or in a **designated state**.

10. AVOIDANCE OF CERTAIN TERMS AND RIGHT OF RECOVERY

If **we** are obliged by the law of any country to make a payment for which **we** would not otherwise be liable under the **Policy**, **you** or any other person covered under the **Policy** shall repay the amount of such payment to **us**.

11. CONTRACT CLAUSE

This contract of insurance is a **Maltese** contract and is governed by and according to Maltese Law and, except for disputes regarding the amount to be paid under this **Policy** in terms of the clause entitled "Arbitration", subject to the exclusive jurisdiction of the Maltese Courts.

12. DIRECT RIGHT OF ACTION

Third parties may contact **us** directly in the event of an accident, loss or damage as allowed by **legislation**. In these circumstances **we** may deal with any **claim**, subject to **legislation** and to the terms and conditions of **your policy**.

OUR COMPLAINTS PROCEDURE

We are committed to providing good quality services. **We** recognise that a client may not be satisfied with the service provided. To deal with this we have a complaints procedure. For the sake of clarification, a complaint is broadly defined as being a written expression of dissatisfaction with services that **we** provide or actions we have taken that require a response.

HOW TO COMPLAIN

STEP 1 – CONTACTING US
The first step is to talk to a member of our personnel or of the intermediary if the **Policy** was arranged through one. This can be done informally either directly or by telephone.

Usually the best person to talk to will be the person who dealt with the matter you are concerned about as they will be in the best position to help you promptly and to put things right. If they are not available or you would prefer to approach someone else, then address the matter to the manager or senior person responsible. We will seek to resolve the problem immediately. If we cannot do this, then we will take a record of the concern and arrange the best way and time for getting back to you. This will normally be within two working days.

STEP 2 – TAKING THE COMPLAINT FURTHER
If **you** are still unhappy the next step is to put the complaint in writing, addressing it to Complaints Officer, MAPFRE Middlesea plc, Middle Sea House, Floriana FRN 1442 or via e-mail on compofficer@middlesea.com. **Your** communication should set out the details, explain what **you** think went wrong and what **you** feel would put things right. If **you** are not happy about writing a letter, **you** can always ask a member of **our Company** to take notes of the complaint which **you** will be then asked to sign. **You** will be provided with a copy for **your** own reference. This record will be passed promptly to the Complaints Officer to deal with.

Once the Complaints Officer receives a written complaint, it shall be fully investigated. The complaint will be acknowledged in writing within five working days of receiving it and the letter will state when you can expect a full response. This should normally be within fifteen working days unless the matter is very complicated such as where other organisations need to be contacted. Where this is the case we will still let you know what action is being taken and will inform you when we expect to provide a full response.

TAKING YOUR COMPLAINT ELSEWHERE
If **you** are still not satisfied with the Complaints Officer's response, **you** can always seek advice elsewhere. **You** may contact:

Office of the Arbiter for Financial Services
N/S in Regional Road,
Msida MSD 1920
Malta
Telephone: 8007 2366 or 21249245
E-mail: complaint.info@financialarbiter.org.mt
Website: www.financialarbiter.org.mt

The Office of the Arbiter will expect that **you** have a final reply to **your** complaint from **us** before approaching them.

MAPFRE Middlesea p.l.c. (C-5553) is authorised by the Malta Financial Services Authority (MFSA) to carry on both Long Term and General Business under the Insurance Business Act. MAPFRE Middlesea p.l.c. is regulated by the MFSA

EVP-V1.0-010721
Com. No. MMS300621

InsureMyTesla
Private Car Electric Vehicle

[ENHANCED PRIVATE CAR POLICY]

LIBERTY GENERAL INSURANCE BERHAD
CUSTOMER SERVICE TOLLFREE : 1-300-888-990 | WWW.LIBERTYINSURANCE.COM.MY

EXPLANATORY NOTES

How to read this document?
Please note that your Private Car Policy only starts from page 4 onwards. To help you read and understand your policy better we provide some explanatory notes together with comments and examples (written in italic). These are not meant to be part of your policy and should not be used to interpret your insurance contract in the event of any dispute.

Words in bold
You will notice that some words in the policy are printed in bold letters. This is because they have been given specific meaning in your Private Car Policy. Please refer to Section F on pages 12 to 13 for the meaning of these words.

What makes up your insurance contract?
Your insurance contract with us is made up of the following:
- insurance policy in pages 4 to 25 (excluding the italic texts);
- the information you provided us when you applied for this insurance;
- the Schedule;
- the Endorsements attached to the policy;
- and the Certificate of Insurance (CI).

All these must be read together as they form your insurance contract.

DUTY OF DISCLOSURE

CONSUMER INSURANCE CONTRACT

Where you have applied for this insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, you had a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) i.e. you should have answered the questions fully and accurately. Failure to have taken reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance in accordance with Schedule 9 of the Financial Services Act 2013. You were also required to disclose any other matter that you knew to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us, any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

NON-CONSUMER INSURANCE CONTRACT

Where you have applied for this insurance for purposes related to your trade, business or profession, you had a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied, and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of term(s) or termination of your contract of insurance.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us, any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

If you misrepresented any facts to us before the policy is entered into, examples of the actions that may be taken by us against you include the following:
(i) declare your policy void from inception (which means treating it as invalid), and we may not return any premium;
(ii) cancel this policy and return any premium less our cancellation charge or recover any unpaid premium;
(iii) remove one or more named drivers from your policy and adjust your premium accordingly;
(iv) recover any shortfall in premium;
(v) not pay any claim that has been or will be made under the policy; or
(vi) be entitled to recover from you the total amount of any claim already paid under the policy or any claim we have to pay because of any relevant road traffic legislation, plus any recovery cost.

1. What is covered?

Your insurance does not cover you against everything that can happen to your car. Check out the Schedule that we issued to you to know the type of cover you bought. The main types of cover are:

PAGE	BASIC COVER	COMPREHENSIVE	THIRD PARTY, FIRE & THEFT	THIRD PARTY ONLY
5-7	**Section A: Loss or Damage to Your Own Car**			
5	1. a. Events We Cover			
5	(i) accidental collision or overturning	✓	X	X
5	(ii) collision or overturning caused by mechanical breakdown	✓	X	X
5	(iii) collision or overturning caused by wear and tear	✓	X	X

5	(iv) impact damage caused by falling objects subject to certain exclusions	✓	X	X
5	(v) fire, explosion or lightning	✓	✓	X
5	(vi) breakage of windscreen, windows or sunroof including lamination / tinting film	✓	X	X
5	(vii) burglary, housebreaking or theft	✓	✓	X
5	(viii) malicious act	✓	X	X
5	(ix) while in transit (limited cover)	✓	X	X
5	1. b. Events We Do Not Cover			
6	2. Basis of Settlement (how we will settle your claim)	✓	✓	X
7	3.Towing Costs (to a repairer or safe place)	✓	X	X
7-8	**Section B: Liability to Third Parties**			
7	1. a. What is Covered (by this section)	✓	✓	✓
7	1. b. What is Not Covered (by this section)	✓	✓	✓
8	2. Limits of Our Liability (the maximum that we pay)	✓	✓	✓
8	3. Cover for Legal Personal Representatives (if you are dead)	✓	✓	✓
8	4. Maximum Legal Costs (if approved)	✓	✓	✓
8	5. Rights of Recovery			
8	**Section C: No Claim Discount**	✓	✓	✓
9-10	**Section D: General Exceptions (what is not covered by the policy)**			
10-12	**Section E: Conditions (terms that you must comply with)**	✓	✓	✓
12-13	**Section F: Definitions (explains the words in bold)**	✓	✓	✓
14-17	**Section G: Endorsements (additional terms that we may impose on you or additional covers if you have paid additional premium)**	Optional	Optional	Optional
18-21	**Section H : Endorsements (additional terms that we provide for you)**	✓	X	X

Key: ✓ = applicable X = not applicable

2. What this policy does not cover?

These are referred to as 'Exceptions' in your policy and there are three sections where you can find them:

Section A1b – see 'Events We Do Not Cover' (pages 5): applicable to Comprehensive policy only.
Section B1b – see 'What is Not Covered' (pages 6): applicable to Comprehensive, Third Party, Fire & Theft and Third Party Only policies.
Section D – see 'General Exceptions' (pages 8): applicable to Comprehensive, Third Party, Fire & Theft and Third Party Only policies.

There are generally three reasons why we put these exceptions in your basic Private Car Policy:

1. Cover is not provided for the exceptions. We have to charge additional premium if you want to cover any of these exceptions. Some examples of the exceptions which are not covered by your basic Private Car Policy but which can be covered if you pay additional premium are:
   - flood, storm {see Section A1b – 'Events We Do Not Cover' (page 5)};
   - strike, riot, civil commotion {see Section D – 'General Exception 8 (ii)' (page 9)}; and
   - use outside Malaysia, Singapore or Brunei {see Section D – 'General Exception 6' (page 9)}.

2. There are other risks which are not covered by the basic Private Car Policy or by any of its extensions. We would have to issue a different policy if you want these types of cover. For example, the following are not covered by your Private Car Policy but can be covered under a different type of policy:
   - carriage of goods must be covered under a Commercial Vehicle Policy; and
   - hire or reward must be covered by taxi or hired car policy.

3. We cannot and do not cover certain risks at all. Some examples of these can be seen in Section D – 'General Exceptions' (pages 8 to 9) such as:
   - war, nuclear fission or fusion;
   - risks that are against public policy or against the law; and
   - drunk driving.

3. How can your car be used?

Since this is a Private Car Policy, your policy only covers you if your car is used for "social, domestic and pleasure purposes and for the policyholder's business". This is clearly stated in the Certificate of Insurance under the heading "Limitation as to Use".

The following are some examples of how your car can be used:
- to visit relatives and friends, for shopping etc.; and
- for some limited business use such as getting to and from work, and meeting Insured.

However, we will not cover you, for example, if you use your car in the following manner:
- as a private taxi by charging fares to carry passengers;
- as a hire car by charging rental to use your car;
- to carry any goods in connection with any trade or business other than samples. You must buy a Commercial Vehicle Policy to cover for this use;
- for motor trade (use for showroom display and for test-drive);
- to practise for or to take part in any race, rally, pacemaking, reliability trial or speed test; and
- *use on any racetrack.*

4. Who can drive your car?

Practically anyone can drive your car as long as the driver:
- has a valid license of the relevant class to drive and is not disqualified to drive by law or for some other reason {(see exclusion on Unlicensed Drivers in Section D – 'General Exception 1' (page 8)};
- has your permission to drive (see definition of Authorised Driver in page 12); and
- complies with all the terms and conditions of this policy.

Although anyone complying with the above conditions can drive your car, you may have to pay an additional excess depending on the age of the driver, the type of license the driver possesses or if the driver is not a named driver (see explanation on excess in page 3). If you or your authorised driver is not qualified to drive or breach any of the terms and conditions, your claim may be rejected. If we are compelled by law to pay, we can recover any sum(s) paid and any expenses incurred from you or your authorised driver.

5. In which territory is your car covered?

This insurance you have purchased only covers you in Malaysia, Singapore and Brunei in accordance to the laws of Malaysia. Additionally, note that if you intend to drive your car into Singapore, you are required by Singapore's law to have cover against Legal Liability to Passengers (LLP). Since LLP is not covered by the basic Private Car Policy, you will need to purchase Endorsement 100 (see page 16), which provides a limited cover for your liability for death or bodily injury of passengers.

6. When is your cover effective?

This insurance is effective from the time of purchase of cover or at the agreed time of commencement, until the expiry date. The period of insurance will be printed in the Policy Schedule and related documents. If there is any change to these dates, it will be officially shown in an Endorsement issued by us.

7. How much should you insure your car for under a Comprehensive or Third Party, Fire and Theft Policy?

To be safe, you should insure your car at its current market value (see definition in page 13). In simple terms, this is the current cost to replace your car with another car of the same make, model, age and general condition. The amount that you choose to insure is called the sum insured. Please note that you could be penalised if your car is under-insured (see Section A2e – 'Under-Insurance' in page 6).

For example, if the market value of your car is RM100,000 but you only insured it for RM80,000 then you could be penalised for under-insurance. Assuming the loss is assessed at **RM5,000**, instead of we paying the full amount, you could be made to bear a portion of the loss in proportion to the under-insurance as follows:

$$\frac{\textit{Sum Insured}}{\textit{Market Value}} \quad X \quad \textit{Loss} \quad \frac{\textit{RM80,000}}{\textit{RM100,000}} \quad X \quad \textit{RM5,000} \quad = \quad \underline{\textbf{\textit{RM4,000}}}$$

Therefore, we will pay RM4, 000 while the balance of RM1, 000 will be borne by you.

You would be penalised as shown above if the market value of your car exceeds the sum insured by 10%. On the other hand, it would be a waste of money to over-insure as your insurer would not pay more than the market value. One way to protect yourself from being under-insured or over-insured is to opt for the sum insured determined by a market valuation system approved by Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM).

8. What is No Claim Discount ("NCD")?

This is a form of premium discount for not having made a claim during the preceding period of your insurance (provided the period of insurance exceeds one year). The scale of NCD applied is specifically mentioned in the policy.

The applicable NCD can be checked with us or the Central NCD Database ("CND") at https:// www.mycarinfo.com.my /ncdcheck/online before the purchase of your Private Car Policy.

9. What is an Excess?

This is the first amount that you have to bear yourself for each and every claim that we approve, even if the incident is not your fault. However, please note that the excess does not apply to loss or damage caused by fire, explosion, lightning, burglary, housebreaking, theft, third party property damage or bodily injury claims. Please check your Policy Schedule to find out the amount that you are liable to pay. This is referred to as Endorsement 1 or 2 in your policy. Note that there is also the Compulsory Excess (see page 6) where you have to bear an additional excess of RM400 if you or the person driving your car:
- is under 21 years old;

- holds a Provisional (P) or Learner (L) driver's license; or
- is not named in the Schedule as a named driver.

As an example, if we assess the claim payable to be **RM10,000** but your policy carries an excess of RM500, you will have to bear the first **RM500** yourself and we will pay the balance of **RM9,500**. However, if the driver is below 21 years old, you have to bear an additional excess of RM400. Using the same example, you now have to bear RM900 (i.e. 500 + 400) and we will pay RM9,100.

10. Do's and Don'ts – after you have had an accident or theft

Do:

(i) Call **Emergency Roadside Assistance 24 hours** nationwide Helpline number: **1-800-88-5055** for immediate road assistance or tow service in the event of a road accident / breakdown, or to make an enquiry on claims procedure;
(ii) inform us as soon as possible about any incident which may give rise to a claim; report all accidents to the police within 24 hours as required by law;
(iii) submit immediately to us all letters, claims, writs and summons which you have received from third parties as a result of the incident; remove your car to a PIAM Approved Repairer or our approved panel repairer for repairs or windscreen repairs or replacement;
(iv) fully fill up the relevant sections of your claim form – do not put "refer to police report"; and
(v) if you have a Comprehensive cover and the third party that knocked your car is clearly at fault, you are advised to submit own damage Knock-for Knock (KfK) claim to us in order to expedite claims processing. Your NCD entitlement will not be affected and you can claim the excess that you had paid from the insurer of the third party.

Don't:

(i) negotiate, admit or repudiate any claim without our consent (see Condition 2 in page 10); and
(ii) authorise repair without our consent (see Condition 2f in page 10).

Condition 2 of your policy (see page 10) spells out the do's and the don'ts after an accident or theft in more detail.

InsureMyTesla
Private Car Electric Vehicle (Enhanced Private Car)

Our Agreement with you

A. Where Your Car is used for any purpose that is not related to Your trade, business or profession, the following applies:

CONSUMER INSURANCE CONTRACT

This **Policy** is issued in consideration of the payment of premium as specified in the **Policy Schedule** and pursuant to the answers given in **Your** Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) and any other disclosures made by **You** between the time of submission of **Your** Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by **You** shall form part of this contract of insurance between **You** and **Us**. However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to **Your** answers or in any disclosures given by **You**, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 will apply.

This **Policy** reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between **You** and **Us**.

B. Where Your Car is used for purposes related to Your trade, business or profession, the following applies:

NON-CONSUMER INSURANCE CONTRACT

This **Policy** is issued in consideration of the payment of premium as specified in the **Policy Schedule** and pursuant to the answers given in **Your** Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) and any other disclosures made by **You** between the time of submission of **Your** Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by **You** shall form part of this contract of insurance between **You** and **Us**. In the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to **Your** answers or in any disclosures made by **You**, it may result in avoidance of **Your** contract of insurance, refusal or reduction of **Your** claim(s), change of terms or termination of **Your** contract of insurance.

This **Policy** reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between **You** and **Us**.

Section A: Loss or Damage to Your Own Car

This section spells out what **We** cover under Section A and is only applicable if **You** have Comprehensive cover:

1a. Events We Covers

We will indemnify You if Your Car is lost or damaged during the Period of Insurance arising from the following Incidents:
(i) accidental collision or overturning;
(ii) collision or overturning caused by mechanical breakdown
(iii) collision or overturning caused by wear and tear;
(iv) impact damage caused by falling objects provided no convulsions of nature is involved;
(v) fire, explosion or lightning;
(vi) breakage of windscreen, windows or sunroof including breakage of windscreen, windows or sunroof including lamination / tinting film, if any;

However, Your no claim discount would be forfeited when You make windscreen, windows or sunroof claim if You have not already purchased Endorsement 89.

(vii) burglary, housebreaking or theft;
(viii) malicious act; or
(ix) while in transit i.e. being carried from one place to another (including during loading and unloading) of Your Car by:
a. road;
b. rail;
c. inland waterway i.e. across a river or canal etc.; or
d. across the sea by ferry or ship or any sea faring vessels etc. between the island of Penang and the mainland only.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover for ferry transit between Sabah and Labuan (Endorsement 109).

1b. Events We Do Not Cover
The events We do not cover are the exceptions listed below. These exceptions are specific to Section A and are in addition to exceptions listed in Section D and the applicable Endorsements.

We will not pay for the following losses:
(i) Consequential Losses
Any direct or indirect losses of any kind that may arise as a consequence of any Incident other than that provided for in Section A2.
(ii) Loss of Use
Any expense or financial loss that You may incur because You cannot use Your Car e.g. cost of hiring replacement car, travelling expenses etc.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover an agreed payment per day for an agreed duration (Endorsement 112).

(iii) Depreciation
The loss of value of Your Car due to the damage sustained or the time taken to repair the Car, and / or for any loss or damage that results over a prolonged period of time due to wear and tear, rust and corrosion.
(iv) Breakdown or Malfunction of Parts
Any mechanical, electrical or electronic breakdown, equipment or computer malfunction, or any other failure or breakdown to Your Car.
(v) Damage to tyre(s)
Any damage to the tyre(s) of Your Car unless other parts of Your Car are also damaged at the same time.
(vi) Convulsions of Nature
Any loss or damage to Your Car caused by flood, typhoon, hurricane, storm, tempest, volcanic eruption, earthquake, landslide, landslip, subsidence or sinking of the soil / earth or other convulsions of nature.
(vii) Excess
The amount of Excess stated in the Schedule. This is the first amount that You have to bear in respect of each and every claim under the Policy.
(viii) Loss of Electronic Data
Loss of electronic data and any consequences arising from it, directly or indirectly caused by or in connection with a computer virus. This includes loss of use, reduced functionality, or any other associated loss or expense in connection with the electronic data.
(ix) Cheating or Criminal Breach of Trust
Any loss or damage, including theft, caused by or attributed to the act of Cheating or Criminal Breach of Trust by any person.

2. Basis of Settlement
This section explains how We will settle Your claim once We accept that it is payable under Section A. If Your Car is damaged as a result of any Incident, We have the option of doing the following:

(a) If Your Car is Repairable
If in Our opinion Your Car is economical to repair, We have the option to:
- arrange for Your Car to be repaired at Our approved Repairer and pay the cost of repairing Your Car to the condition which is as near as possible to the condition it was in before the loss happened;
- pay You in cash the amount We estimate it would cost to repair Your Car; or
- reinstate or replace Your Car with one of the same make, model, age and general condition.

(b) If Your Car is not Repairable
If in Our opinion, the damage to Your Car is so great that it would not be safe or economical to repair, We will declare Your Car "Beyond Economic Repair" ("BER") and We will pay You up to the maximum amount as stated in (d) below or offer You a settlement sum equivalent to the Market Value. We may also opt to replace Your Car with one of the same make, model, age and general condition. If We take any of these actions, this Policy shall be automatically terminated once We make payment.

In cases where the valuation of the franchise-holder vary from Market Value by more than 10%, We would also have the option to offer a settlement value which is equal to the cost of purchasing a replacement car of the same make, model and age of the Car at the time of loss. It is Our option to offer You a replacement of the Car, should You not agree with the offer.

(c) Replacement Parts
If the spare parts or Accessories required to repair Your Car are not available in Malaysia, or if We choose to pay for the loss or damage in cash, We will settle Your claim on the following basis:
- the last known parts price list issued in Malaysia by the manufacturer or their agent. If the price list in Malaysia does not exist, We will use the price at the manufacturer's production plant and include reasonable cost of transportation to Malaysia (but not the cost of air freight); and

- the reasonable labour cost of fitting such spare parts or Accessories in Malaysia.

(d) The Maximum Amount We Will Pay You
If Your Car is BER or stolen and not recovered, the amount payable under the Policy will be the Market Value at the time of the loss or the Sum Insured as shown in the Schedule, whichever sum is the lesser. Upon Our payment of the said amount, this Policy shall be automatically terminated. The Market Value is to be determined according to clauses 14 and 15 of Section F.

(e) Under-Insurance
If the Sum Insured of Your Car is less than the Market Value at the time of the loss, We will only bear part of the loss in proportion to the difference between the Market Value and the Sum Insured as shown in the formula below:

Sum Insured x Assessed Loss
Market Value

The balance has to be borne by You. However, this will only apply if the under-insured amount is more than 10% of the Market Value.

(f) Betterment
If new original parts are used to repair Your Car and as a result of which Your Car is in a better condition than it was before the damage, You would be required to contribute to its betterment, a proportion of the costs of such new original parts. Your contribution would be according to the following scale:

Age of Your Car (Years)	Rate of Betterment
less than 5	0
5	15%
6	20%
7	25%
8	30%
9	35%
10 and above	40%

To determine the rate of betterment to be applied, the age of Your Car will be calculated based on when it was originally registered in Malaysia:

a. as a locally assembled car	Date of Original Registration
b. as a new imported Completely Built Unit (CBU) car	Year of Manufacture
c. as an imported second-hand / used / reconditioned car	Year of Manufacture

(g) Compulsory Excess (please see page 4 for explanation)
In addition to the Excess shown in the Schedule, We have the right to deduct another RM400 as Compulsory Excess if at the time of the Incident, You or the person driving Your Car with Your consent:
- is under 21 years old;
- holds a Provisional (P) or Learner (L) driver's license; or
- is not named in the Schedule as Named Driver.

We will not deduct this additional RM400 Excess if the loss or damage is caused by fire, explosion, lightning, burglary, housebreaking, theft, third party property damage or bodily injury claims.

3. Towing Costs
If Your Car cannot be driven as a result of any damage to it that is covered by this Policy, We will pay up to a maximum of RM200 for the necessary and reasonable costs to remove Your Car to the nearest approved Repairer or to a safe place of storage while awaiting repair or disposal

Section B: Liability to Third Parties

This section explains what is covered and not covered under Section B.

1a. Events We Covers
We will indemnify You and / or Your Authorised Driver for the amount which You and / or Your Authorised Driver are legally liable to pay any third party (including third party's costs and expenses) for:
(i) death or bodily injury to any person except those specifically excluded under this Policy; and / or
(ii) damage to property except those specifically excluded under this Policy as a result of an Incident arising out of the use of Your Car on a Road. This cover is extended to Your Authorised Driver provided Your Authorised Driver also complies with all the terms and conditions of this Policy.

1b. Events We Do Not Cover
These exceptions are specific to Section B and are in addition to the Exceptions stated in Section D of this Policy and any other applicable endorsements.

We will not pay for:
(i) death or bodily injury to any passenger being carried for hire or reward;
(ii) death or bodily injury to any person where such death or injury arises out of and in the course of the employment of such person by You or by Your Authorised Driver;

Under the Road Transport Act 1987, this Policy shall not be required to cover, except in the case of a motor vehicle in which passengers are carried for hire or reward or by reason of or in pursuance of a contract of employment, liability in respect of death of or bodily injury to persons being carried in or upon or entering or getting onto or alighting from the motor vehicle at the time of the occurrence of the event out of which the claims arise.

In the course of employment – Any person who is injured / dies (whether as passenger or otherwise) while on the job and is on the said Car as part of his / her employment e.g. mechanic.

(iii) damage to property belonging to or in the custody of or control of or held in trust by You or Your Authorised Driver and / or any member of Your or Your Authorised Driver's Household.
(iv) liability to any person being carried in or upon or entering or getting onto or alighting from Your Car unless he / she is required to be carried in or on Your Car by reason of or in pursuance of his / her contract of employment with You or Your Authorised Driver and / or his / her employer;

In pursuance of the contract of employment – The passenger is required to be carried to a destination in order to carry out the job as spelt out in his / her contract of employment.

Liability to passengers other than:
a. passengers carried for hire or reward;
b. employees in the course of employment; or
c. Your or Your Authorised Driver's Household member unless he / she is required to be carried in Your Car by reason of or in pursuance to a contract of employment; may be insured separately for additional premium under
Endorsement 100. If You have insured such liability, You will need to refer to the full text of Endorsement 100: Legal Liability to Passengers as to what this Endorsement covers or excludes and the applicable conditions.

(v) liability caused by a passenger travelling in or alighting from Your Car;

Liability for accidents caused by Your passengers may be insured separately for additional premium under Endorsement 72. You will need to refer to the full text of Endorsement 72: Legal Liability of Passengers for Negligent Acts as to what this Endorsement covers or excludes and the applicable conditions.

(vi) any claims brought against You by any driver of Your Car, whether authorised or not;
(vii) any claims brought against any person in any country in courts outside Malaysia, the Republic of Singapore or Negara Brunei Darussalam; and / or
(iv) all legal costs and expenses which are not incurred in or recoverable in Malaysia, the Republic of Singapore and Negara Brunei Darussalam.

2. Limits of Our Liability
We will pay the following for any one claim, or series of claims arising from one Incident, in any one Period of Insurance:
(i) unlimited amount for death or bodily injury to third party; and / or
(ii) up to a maximum of RM3 million for third party property damage.

For an additional premium, the limits of liability for third party property damage can be extended up to RM20 million (Endorsement 105).

3. Cover for Legal Personal Representatives
Following the death of any person covered under this Policy, We will indemnify that person's legal representatives for liability covered under this Section, provided such legal representatives comply with all the terms and conditions of the Policy.

4. Legal Costs
If You or Your Authorised Driver is charged for reckless and dangerous driving or careless or inconsiderate driving under the Road Transport Act 1987 or any other offence related to the said Incident, We will pay legal costs incurred up to a maximum of RM2,000 to defend You or Your Authorised Driver provided always that such costs are incurred in Malaysia, the Republic of Singapore or Negara Brunei Darussalam, and that cost has been incurred with Our prior agreement in writing.

We will only pay for legal cost and We will not pay for any penalty imposed on You or Your Authorised Driver.

5. Rights of Recovery
We have a right to refuse to indemnify You or Your Authorised Driver if either of You commit a breach of any Policy conditions or where the claim falls outside the scope of cover provided by Us under this Policy. However, if We are legally required to pay any judgment sum in respect of a claim under Section B of this Policy because of laws in force in Malaysia, Republic of Singapore or Negara Brunei Darussalam, which We would otherwise not have to pay, We have the right to ask You or Your Authorised Driver to repay to Us the amount of that payment and any costs We have incurred in connection with the claim.

Section C: No Claim Discount

This section spells out the reward system known as the "No Claim Discount".

1. No Claim Discount (NCD)
If You have insured Your Car for a continuous period of 12 months and You or anyone else did not make any claim under this Policy during that time, a NCD will be applied at each renewal. The applicable NCD will increase with each renewal if You continue to have claim free years as follows:

Claim Free Year of Insurance	NCD Entitlement
After 1 continuous claim free year	25%
After 2 continuous claim free years	30%
After 3 continuous claim free years	38.33%
After 4 continuous claim free years	45%
After 5 continuous claim free years and beyond	55%

2. One Claim and Your NCD is Down to Zero
If You or anybody else meet with an Incident which will give rise to a claim on this Policy, the NCD entitlement that You have accumulated would drop to zero at the next renewal and Your NCD will start all over again. If a claim is received after the NCD has been applied, We shall be entitled to recover the NCD given from You.

3. Exception to this Rule
Your NCD will not be affected even if a claim is made if:

We are of the opinion that You are not at fault for causing the loss;
- the offending vehicle is identifiable and is not a vehicle used for carriage of passengers for hire or reward (for example taxis, hire cars, public buses, stage buses, school buses and factory buses for hire);
- the offending vehicle is insured by a Malaysian licensed insurer; and
- there is no death or personal injury claim involved.

4. Your NCD is not Transferable
The NCD is personal to You which means that if You were to sell Your Car and We agree to transfer this Policy to the new owner, Your NCD cannot be transferred for the benefit of the new owner.

5. Non-Utilisation of NCD
For every year that the NCD is not utilised by You, the NCD accumulated and applicable for this Policy will be reversed in accordance with the scale set out in the table in clause C1 above.

Section D: General Exceptions – these apply to the whole policy

This section lists down circumstances under which this Policy does not provide cover at the time of happening of the Incident. This is in addition to those already listed in Sections A1b (see pages 5 and 6) and B1b (see pages 7 and 8).

1. Unlicensed Drivers
There is no cover under this Policy if You or Your Authorised Driver do not have a valid driving license to drive Your Car. This will not apply if You or Your Authorised Driver have an expired license but are not disqualified from holding or obtaining such driving license under any existing laws, by-laws and regulations.

2. Alcohol, Drugs and Other Intoxicating Substances
There is no cover under this Policy if You or Your Authorised Driver is under the influence of alcohol or intoxicating liquor, narcotics, dangerous drugs or any other deleterious drugs or intoxicating substance to such an extent that You or Your Authorised Driver are incapable of having proper control of Your Car.

You or Your Authorised Driver shall be deemed as incapable of having proper control of Your Car if after a toxicology or equivalent test, it is shown that the alcohol level in the breath, blood or urine of You or Your Authorised Driver is higher than the prescribed limit pursuant to Section 45G(1) of the Road Transport Act 1987 of 80mg of alcohol in 100ml of blood (or equivalent in respect of breath or urine) or other equivalent legislation that is in force at the material time.

3. Fraud and Exaggerated Claims
If any claim is in any part fraudulent or exaggerated, or if You or anyone acting on Your behalf, uses fraudulent means to get any benefit under this Policy, the entire claim will not be paid or payable. If We are required to make payment of any such claim to a third party, We shall be entitled to recover the sum paid and any costs incurred from You.

4. Unlawful Purpose
There is no cover under this Policy if You or Your Authorised Driver use Your Car for an unlawful purpose or to attempt an unlawful purpose i.e. in violation of the criminal law or a recognised law of the country where Your Car was being used.

5. Use for Racing etc.
There is no cover under this Policy if You use or You allow Your Authorised Driver to use Your Car:
(i) to practise for or to take part in any motor sport, competition (other than treasure hunt), rally, pacemaking, reliability trial or speed test; or
(ii) on any racetrack.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover the use of Your Car for reliability trial or competition if You purchase the prescribed extension cover {Endorsement 24(c) or 24(d)}.

6. Use Outside Malaysia
Unless We provide otherwise, this insurance does not cover You in respect of claims arising whilst Your Car was being used or driven outside Malaysia, the Republic of Singapore and Negara Brunei Darussalam. In Malaysia, Our liability under this Policy is governed by the Road Transport Act 1987 and the terms and conditions of this Policy, and Our liability outside Malaysia is governed by the terms and conditions of this Policy only.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover the use of Your Car in Thailand or Kalimantan only if You purchase the prescribed extension cover (Endorsements 101 and 102).

7. Failure to take Precaution
We will not pay for any additional damages if after an Incident or breakdown You:
(i) left Your Car unattended or failed to take proper precaution to prevent further loss or damage; or
(ii) continue to drive Your Car in an unroadworthy condition before any repair is done.

We will also not pay for claims that arise if, when using Your Car, You do not take reasonable precaution to keep Your Car secured. This includes but is not limited to leaving Your Car unattended while unlocked or with ignition key left in or on Your Car.

8. War Risk
There is no cover under this Policy for any loss or liability (including any cost of defending any action) connected in any way directly or indirectly to:
(i) war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities or warlike operation (whether war is declared or not), civil war, Act of Terrorism, mutiny, rebellion or revolution; or
(ii) strike, riots or civil commotion assuming the proportion of or amounting to an uprising, insurrection or military or usurped power.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover strikes, riots and civil commotion (Endorsement 25).

9. Nuclear Risk
There is no cover under this Policy for any accident, loss or damage to any property or any loss or liability arising therefrom (including consequential losses and costs of defending any actions) connected in any way with operations using the nuclear fission or fusion process, or handling of radioactive material. This includes, but is not limited to:
(i) the use of nuclear reactors such as atomic piles, particle accelerators or generators and similar devices;
(ii) the use, handling or transportation of radioactive material in relation to any Act of Terrorism;
(iii) the use, handling or transportation of any weapon or explosive device employing nuclear fission or fusion; or
(iv) the use, handling or transportation of radioactive material.

10. Convulsions of Nature
There is no cover (unless specifically purchased) for any loss, damage or liability caused by flood, typhoon, hurricane, storm, tempest, volcanic eruption, earthquake, landslide, landslip, subsidence or sinking of the soil / earth or other convulsions of nature.

For an additional premium, Your Policy can be extended to cover flood, typhoon, hurricane, storm, tempest, volcanic eruption, earthquake, landslide, landslip, subsidence etc. (Endorsement 57).

11. Contractual Liability
We will not pay for any liability that arises by virtue of an agreement but for which We would not have been liable in the absence of such agreement.

12. Unauthorised Driver
We will not pay for any Incident, loss, damage or liability caused, sustained or incurred whilst Your Car, in respect of which indemnity is provided by this Policy, is being driven by any person other than an Authorised Driver or person driving on Your order or with Your permission.

13. Sanction Limitation and Exclusion Clause
We shall not be liable to pay any benefit under this Policy to the extent that such cover, payment of such claim or such benefit would expose Us to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

14. Cyber Loss Limited Exclusion Clause

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this Policy, this Policy excludes any Cyber Loss.

2. Cyber Loss means any loss, damage, liability, expense, fines or penalties or any other amount directly caused by:
2.1 the use or operation of any Computer System or Computer Network;
2.2 the reduction in or loss of ability to use or operate any Computer System, Computer Network or Data;
2.3 access to, processing, transmission, storage or use of any Data;
2.4 inability to access, process, transmit, store or use any Data;
2.5 any threat of or any hoax relating to 2.1 to 2.4 above;
2.6 any error or omission or accident in respect of any Computer System, Computer Network or Data.

3. Computer System means any computer, hardware, software, application, process, code, programme, information technology, communications system or electronic device owned or operated by the Insured or any other party. This includes any similar system and any associated input, output or data storage device or system, networking equipment or back up facility.

4. Computer Network means a group of Computer Systems and other electronic devices or network facilities connected via a form of communications technology, including the internet, intranet and virtual private networks (VPN), allowing the networked computing devices to exchange Data.

5. Data means information used, accessed, processed, transmitted or stored by a Computer System.

Section E: Conditions – These apply to the whole Policy

This section spells out the terms and conditions that You must observe to ensure this insurance remains effective. Basically these conditions are of three types:

- What You must do
- What You must no do
- What We can do

Conditions Precedent to Policy Liability

The following conditions are conditions precedent to Our liability to indemnify You under this Policy and have to be observed by You strictly. We can repudiate this Policy and / or will not pay claims under the Policy if You breach any of the relevant conditions. These conditions also apply to Your Authorised Driver and any legal representative who seek indemnity under this Policy.

1. Duty of Disclosure

The duty of disclosure is different for a Consumer Insurance Contract and for a Non-Consumer Insurance Contract. They are separately outlined below:

(i) **Consumer Insurance Contract**

Where You have applied for this insurance wholly for purposes unrelated to Your trade, business or profession, You had a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when You applied for this insurance) i.e. You should have answered the questions fully and accurately. Failure to have taken reasonable care in answering the questions may result in avoidance of Your contract of insurance, refusal or reduction of Your claim(s), change of terms or termination of Your contract of insurance in accordance with Schedule 9 of the Financial Services Act 2013. You were also required to disclose any other matter that You knew to be relevant to Our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell Us immediately if at any time after Your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with Us, any of the information given in the Proposal Form (or when You applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

(ii) **Non-Consumer Insurance Contract**

Where You have applied for this insurance for purposes related to Your trade, business or profession, You had a duty to disclose any matter that You know to be relevant to Our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied, and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of Your contract of insurance, refusal or reduction of Your claim(s), change of terms or termination of Your contract of insurance.

You also have a duty to tell Us immediately if at any time after Your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with Us, any of the information given in the Proposal Form (or when You applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

2. Accidents and Claims Procedures

If Your Car is involved in any Incident that could lead to a claim under this Policy, You must do the following:

a) Notify Our claims department of the Incident and get a Claim Form. You must notify Us of the Incident as soon as possible but in any event:
Within seven (7) days if You are not physically disabled or hospitalised following the Incident; or
Within thirty (30) days or as soon as practicable if You are physically disabled and hospitalised as a result of the Incident.

We may allow a longer notification period if You can provide specific proof and justification for the delay.

b) Report the Incident to the police as required by law and do all that is required to assist the police authorities to secure a conviction against the offender

c) Complete the Claim Form in full and return it to Us within twenty-one (21) days from the date of Your notification as per (a) above. You are required to answer all the questions in detail in all applicable sections and provide Us with all the necessary documents to support Your claim. We will not be held responsible if there is any delay on Your part to submit the Claim Form duly completed together with all the necessary documents.

A longer claims submission period may be allowed by Us subject to specific proof and justification by You for the delay.

d) If there are any claims made against You by a third party, You must immediately notify Us of the same and You must send to Us any notification of claim, notice of impending prosecution or inquest, summons, writ or any letters from the solicitors of the third party as soon as You receive such documents, but in any event within fourteen (14) days from the date of receipt of any of the documents.

e) Send Your Car to any of Our approved Repairer so that We can inspect Your Car before We give approval to proceed with repairs or take reasonable action to safeguard Your Car from further loss or damage. We can refuse to pay any claim under Section A of this Policy if You breach this condition.

f) You must obtain Our consent in writing before You repair Your Car or incur any expenses in connection with a claim under this Policy.

You must not do any of the following:

a. Admit any responsibility for any Incident; or
b. Negotiate or settle any claims made against You by a third party, unless We write and inform You that You can.

We will decide whether to negotiate, defend or settle, in Your name, Your Authorised Driver's name and / or on Your behalf, any claims made against You or Your Authorised Driver by a third party. If in Our assessment the third party claim made against You or Your Authorised Driver for property damage will exceed the limit of liability of RM3 million, We will pay the full amount of Our liability to You or the third party and hand over the further conduct of any defence, settlement or proceeding to You completely. After doing so We will not be liable under this Policy to make any more payments to You or any claimant or any other person arising from the same Incident.

The conditions above also apply to anyone else who wishes to claim under the terms and conditions of this Policy. "Anyone else" may refer to personal representative or administrator / estate of the policyholder.

3. Cancellation

Either You or We may cancel this Policy at any time during the Period of Insurance.

(i) Cancellation by You:

a. You can cancel this Policy at any time by returning the Certificate of Insurance (CI) to Us or, if the CI has been lost or destroyed, You must provide Us with a duly certified Statutory Declaration (SD) to confirm this.

b. After returning the CI or SD You will be entitled to a refund of premium if no claim was incurred prior to cancellation. Your refund will be the difference between the total premium and Our customary short-period rates calculated for the time We were on risk until the date We received the CI or SD:

Period of Insurance	Refund of Premium
Not exceeding 1 week	87.5% of the total premium
Not exceeding 1 month	75.0% of the total premium
Not exceeding 2 months	62.5% of the total premium
Not exceeding 3 months	50.0% of the total premium
Not exceeding 4 months	37.5% of the total premium
Not exceeding 6 months	25.0% of the total premium
Not exceeding 8 months	12.5% of the total premium
Exceeding 8 months	No refund of premium allowed

c. The Policy will automatically lapse once You sell or dispose off Your Car because Your insurable interest in the Car will cease. If You want to transfer the Policy to the new buyer, You have to get Our prior consent.

(ii) Cancellation by Us:

a We may also cancel this Policy by giving You fourteen (14) days notice in writing by registered post to Your last address known to Us.

b After returning the CI or SD You will be entitled to a refund premium for the unexpired period calculated on a pro-rata basis from the date We receive the CI or SD from You to the expiry date of the Policy.

There will not be any refund of premium for any cancellation of Policy (either by You or by Us) if You have paid the Minimum Premium only or if a claim has been made on this Policy.

4. If there is More Than One Insurance Covering the Same Car

(i) You must inform Us in writing if You have taken out any other insurance in respect of Your Car during the Period of Insurance.

(ii) If a claim arises under this Policy and such a loss is also claimable under the other insurance policy (ies) taken by You, We will only contribute Our rateable proportion of the whole loss. We will not be liable to pay the claim first and then seek recovery from the other co-insurers who is / are also liable for the loss.

5. Subrogation

We are entitled to take over all rights and remedies that You may have against any third party who caused the loss. We shall have the absolute discretion in the conduct of any proceedings, at Our own costs, against the third party and in the settlement of any such claim and You shall give Us such information and assistance as We may require from time to time including assigning all rights to take action in Your name. You must however give Us Your full cooperation to protect these rights and provide all assistance and take such steps as We require.

6. Dispute Resolution

If there are differences or disputes on any matters relating to this Policy involving amounts exceeding RM250,000, an Arbitrator shall be jointly appointed by You and Us in writing to resolve the differences or disputes. If no agreement is reached on who is to be the Arbitrator within one month of being required to do so then You and We shall be entitled to appoint an Arbitrator each. Both Arbitrators shall then proceed to hear the difference or dispute together with an Umpire to be jointly appointed by them. If the Arbitrators cannot agree on an Umpire within thirty (30) days, then the Kuala Lumpur Regional Centre for Arbitration shall appoint an Umpire.

If the disputed sum is less than RM250,000, You may refer the matter to the Ombudsman for Financial Services to resolve the dispute.

7. Other Matters

We will only be liable to indemnify You under this Policy if You:

(i) Comply with all the terms and conditions of this Policy. These conditions are also applicable to Your Authorised Driver and any legal representative who seek protection under this Policy;

(ii) Maintain Your Car in a reasonably efficient and roadworthy condition. You must get Our consent if You make any modification that will enhance or in any way affect the performance of Your Car;
(iii) Take reasonable care to avoid any situation that could result in a claim. This Policy will not cover You if You or Your Authorised Driver are reckless i.e. where You recognise a serious risk but deliberately do not take steps to prevent it. This includes but is not limited to leaving Your Car unattended while unlocked or with ignition keys left in or on Your Car; and
(iv) Make Your Car available to Us for inspection at all reasonable times upon request.

8. Prevalent Policy Wording
For avoidance of doubt, the English version of this Policy wording will prevail over the Bahasa Malaysia version at all times.

Section F: Definitions of words highlighted in the Policy

This section explains what We mean by the words printed in bold in this Policy.
In this Policy, Schedule and Certificate of Insurance, unless the context otherwise requires, the following words shall have the meanings as defined below.

1. Accessories
This refers to the standard factory-fitted tools of the Car including air-conditioners and spare tyres and may include radio / cassette player / compact disc player and the like if specified in the Schedule.

2. Act of Terrorism
This refers to an act by any person(s) or group that uses force or violence and / or the threat of force or violence, whether they are acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s) and done for political, religious, ideological, ethnic or similar purposes or reasons, including the intention to influence any government and / or to put the public, or any section of the public, in fear.

3. Adjuster
This refers to a person or entity registered under the Financial Services Act 2013 who is appointed by Us to investigate the cause and circumstances of a loss and to determine the amount of loss.

4. Authorised Driver
This refers to any person who drives Your Car with Your consent or permission provided he or she holds a valid driving license of the relevant type and is not disqualified to drive by law or for any other reason.

5. Car
This refers to the motor vehicle described in the Schedule and includes the manufacturer's standard options and Accessories fitted to it and any other non-standard options or descriptions that are specifically listed in the Schedule.

6. Certificate of Insurance
This certificate is a prescribed form that We are required to issue to You under the Road Transport Act 1987 and it outlines the particulars of any conditions subject to which the Policy is issued.

7. Cheating
This follows the meaning as defined under Section 415 of the Penal Code which is as follows:

Whoever by deceiving any person, whether or not such deception was the sole or main inducement:
a) fraudulently or dishonestly induces the person so deceived to deliver any property to any person, or to consent that any person shall retain any property; or
b) intentionally induces the person so deceived to do or omit to do anything which he would not do or omit to do if he were not so deceived and which act or omission causes or is likely to cause damage or harm to any person in body, mind, reputation, or property, is said to "cheat".

8. Criminal Breach of Trust
This follows the meaning as defined under Section 405 of the Penal Code which is as follows:

Whoever, being in any manner entrusted with property, or with any dominion over property either solely or jointly with any other person, dishonestly misappropriates, or converts to his own use, that property, or dishonestly uses or disposes of that property in violation of any direction of law prescribing the mode in which such trust is to be discharged, or of any legal contract, express or implied, which he has made touching the discharge of such trust, or wilfully suffers any other person so to do, commits "criminal breach of trust".

9. Endorsement
This refers to the document that We issue to You to confirm any changes or extensions of the coverage to the basic Policy.

10. Excess
This refers to the amount that must be borne by You first for each claim. The amount of the excess is shown in the Schedule. You have to pay the excess irrespective of who is at fault in the Incident.

11. Household
This refers to all members of Your or Your Authorised Driver's immediate family i.e. spouse, children including legally adopted children, parents, brother(s) and sister(s) staying under one roof with You in the case of Your immediate family, or with Your Authorised Driver, in the case of his immediate family.

12. Incident
Any event which could lead to a claim under this Policy.

13. Limitations as to Use
According to Your Certificate of Insurance (CI), Your Car can only be used for "Social, domestic and pleasure purposes and for the policyholder's business". The CI also states that "The Policy does not cover use for hire or reward, racing, pacemaking, reliability, trial speed-testing, the carriage of goods other than samples in connection with any trade or business".

14. Market Value
This refers to the reasonable cost to buy another car of the same make, model, age and general condition similar to Your Car at the time of loss. The Market Value of Your Car at the time of loss would be determined according to the terms of the option that You had chosen at the time You purchased this

Policy. If You had opted for a Market Valuation System to determine Your Sum Insured then the Market Value would be based on that valuation system as described in clause 15 below. However, if You had not opted for a Market Valuation System then the Market Value of Your Car in the event of dispute would be determined by the Head Office of the Car franchise-holder and this value should be equal to the cost of purchasing a replacement car of the same make, model and age of Your Car at the time of loss. If this valuation is not available or appears in Our opinion to be unduly low or high then valuation will be determined by an Adjuster registered under the Financial Services Act 2013, agreed by both You and Us.

15. Market Valuation System
This refers to the motor vehicle Market Valuation System approved by Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) to determine the Market Value of Your Car at the time You purchased / renewed this Policy as well as at the time of the loss. You can opt to use the valuation recommended by this system as the Sum Insured to avoid the consequences of under-insurance as described in Section A2e. Alternatively, You may choose to determine the Sum Insured Yourself but You would be subject to Section A2e if You are under-insured.

16. Minimum Premium
The minimal premium described in the Schedule.

17. Named Driver
This refers to the persons named in the Policy who are authorised by You to drive Your Car. The compulsory excess of RM400 stated in Section A2g will not apply if Your Car is driven by a Named Driver provided they hold a valid full driving license of the relevant type and are not disqualified to drive by law or for any other reason and are above the age of 21 years at the time of the Incident.

18. Ombudsman for Financial Services (OFS)
This is an independent body that provides a free and efficient avenue to help settle financial disputes between You and Us under this Policy as an alternative to the courts.

19. Period of Insurance
The period shown in the Schedule when the cover provided by this Policy is operative. Cover is only valid from the actual time of purchase of the insurance Policy or from when You and We agree that cover should commence.

20. Policy
Policy includes the Schedule, the Certificate of Insurance and all Endorsements specifically listed in the Schedule.

21. Repairer
This refers to motor repair workshops approved by Us or by Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) under the PIAM Approved Repairers Scheme (PARS) or any repairer that We have given You a special permission to use, for a claim.

22. Road
Section 2 of the Road Transport Act 1987 defines "Road" as "any public road and any other road to which the public has access and includes bridges, tunnels, lay-bys, ferry facilities, interchanges, round-abouts, traffic islands, road dividers, all traffic lanes, sidetables, median strips, overpasses, underpasses, approaches, entrance and exit ramps, toll plazas, service areas, and other structures and fixtures to fully effect its use".

23. Schedule
This document shows Your name and address, the Period of Insurance, the sections of this Policy which apply, the premium You have paid, the Car which is insured, the Sum Insured and details of any extensions or Endorsements.

24. Sum Insured
This is the maximum that We will pay You for a claim under Section A. This amount is shown in the Schedule. The Sum Insured must be sufficient to cover the cost to replace Your Car in the event of an Incident that completely destroys it.

25. We, Our, Us
This refers to the licensed Insurance Company that is issuing You this Policy.

26. You, Your, Yourself
This refers to the policyholder or person described in the Schedule as "the Insured".

Section G: Endorsements – applicable only if the Endorsement number is printed in the Schedule

The following is a list of additional terms and conditions (known as Endorsements) that We may impose on You or optional covers available that You may want to add to Your basic Policy by paying additional premium. Note that only Endorsements with their numbers specifically printed in the Schedule shall apply to this Policy.

Endorsement 1: Excess All Claims (please see page 4 for explanation and page 12 for definition)

The Excess amount shown in the Schedule is the amount that You have to pay for each and every claim under Section A arising out of one Incident. This means that We have the right to deduct the Excess from the amount that We would otherwise have to pay. If We are not able to deduct the Excess, We have the right to demand that You pay Us the Excess first, before We make any payment.

We will not deduct this Excess for loss or damage in respect of third party claims.

Endorsement 2: Excess Damage Claim (please see page 4 for explanation and page 12 for definition)

The Excess amount shown in the Schedule is the amount that You have to pay for each and every claim under Section A arising out of one Incident. This means that We have the right to deduct the Excess from the amount that We would otherwise have to pay. If We cannot deduct the Excess, We have the right to demand that You pay Us the Excess first, before We make any payment.

We will not deduct this Excess if the loss or damage is caused by fire, explosion, lightning, burglary, housebreaking, theft, third party property damage or bodily injury claims.

Endorsement 3(p): Third Party Only Insurance (please see pages 2 - "What is Covered?")

The cover that You have chosen for Your Car is limited to 'Third Party' insurance only. This means that We will not pay for any loss or damage to Your Car. For that reason Section A is deleted and only Section B coverage has been purchased and is available to You.

Endorsement 3(q): Third Party, Fire and Theft Insurance (please see pages 2 - "What is Covered?")

The cover that You have chosen for Your Car is called 'Third Party, Fire and Theft' insurance. This means that the cover provided to Your Car under Section A is limited to any loss or damage caused by fire, explosion, lightning, burglary, housebreaking or theft only. For that reason all the remaining covers under Section A1a are deleted and Section B coverage has been purchased and is available to You.

Endorsement 14: Transfer of Interest

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree to transfer the interest in this Policy on [state date] to [state name of transferee and NRIC No. / Business Registration No.] of [state address] carrying on or engaging in the business or profession of whose proposal and declaration dated [state date] shall be the basis of this contract Subject otherwise to the terms and conditions of this Policy.

Endorsement 15: Hire Purchase

We note that Your Car is under a Hire Purchase agreement with the Hire Purchase company named in the Schedule as the Owners. You unconditionally agree that the payment of any claim under Section A by Us by way of a cash payment shall be made to the Owners as long as they remain as the Owner of Your Car at the time of the Incident. The receipt from the Owners will fully discharge Us from any further claims or liability in respect of such loss or damage. For all other purposes You are the principal party under this Policy and not an agent or trustee for the Owners and that You have not assigned Your rights, benefits and claims under this Policy to the Owners. You cannot assign Your rights, benefits and claims under this Policy to anybody without Our written consent.

Endorsement 15(a): Employer's Loan

We note that Your Car was bought under an Employer's Loan agreement. You unconditionally agree that the payment of any claim under Section A by Us by way of a cash payment shall be made to the Employer named in the Schedule as long as the loan remains outstanding at the time of the Incident giving rise to a claim. The receipt from the Employer will fully discharge Us from any further claims or liability in respect of the Incident.

Other than the above, Our / Your rights and liabilities under this Policy are not affected.

Endorsement 18: Fleet Rated Risks – Cancellation of 'No Claim Discount'

By virtue of the benefit of the Fleet Discount received, the No Claim Discount clause of this Policy is cancelled.
Subject otherwise to the terms and conditions of this Policy.

Endorsement 22: Caravan / Luggage / Boat Trailers

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree to cover Caravan or Luggage or Boat Trailer that is specified in the Schedule under the heading

'Endorsement 22' while it is being used together with Your Car.

This endorsement does not cover:
a) legal liability for death or bodily injury to any passenger in the specified Caravan / Luggage / Boat Trailer unless such person is being carried by reason of or in pursuance of a contract of employment;
b) loss or damage to the contents of or anything being carried in the specified Caravan / Luggage / Boat Trailer; and
c) loss or damage to the Boat being carried by the specified Trailer.

The maximum amount that We will pay for loss or damage to the specified Caravan / Luggage / Boat Trailer under Section A for this endorsement is the amount mentioned in the Schedule under the heading 'Endorsement 22'.

Endorsement 24(c): Reliability Trials, Competitions etc.

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under this Policy shall cover Your Car while it is being used for [state either reliability trials, competition] to be held at [state place / location] on [state date] organized by [state name of organizer] including officially conducted practice for the event.

Endorsement 24(d): Reliability Trials, Competitions etc. (Third Party Cover Only)

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section B of this Policy shall cover legal liability while Your Car is being used for [state either reliability trials, competition] to be held at [state place / location] on [state date] organized by [state name of organizer] including officially conducted practice for the event.

Endorsement 25: Strike, Riot and Civil Commotion

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy shall cover loss or damage to Your Car caused by:

a) the wilful act of any striker or locked out worker to further a strike or to resist a lock out;
b) the act of any person taking part together with others in disturbance of the public peace (whether in connection with a strike or lock out or not); and
c) the action of any lawfully constituted authority in preventing, suppressing or attempting to prevent or suppress any of these acts or in minimising the consequences of them.

This endorsement does not cover:

a) civil war, war, invasion or acts of foreign enemy hostilities or warlike operations (whether war is declared or not);
b) revolution, rebellion or civil disturbance amounting to a popular uprising; and
c) Act of Terrorism.

It also does not cover any loss, damage or liability directly or indirectly, proximately or remotely caused by or contributed to or traceable to or arising out of or in connection with the above stated exceptions

Endorsement 57: Inclusion of Special Perils

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy will cover loss or damage to Your Car caused by flood, typhoon, hurricane, storm, tempest, volcanic eruption, earthquake, landslide, landslip, subsidence or sinking of the soil / earth or other convulsions of nature.

Endorsement 72: Legal Liability of Passengers for Negligent Acts

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section B of this Policy will include legal liability incurred by any passenger in Your Car on condition that the passenger:

a) is not driving Your Car;
b) is not entitled to indemnity under any other policy of insurance; and
c) complies with all the terms and conditions of this Policy as though he was You.

This endorsement does not cover:

a) death or bodily injury to any person who is employed by You or the passenger, and who dies or is injured in the course of such employment;
b) damage to any property that belongs to or is held in trust or in the custody or control of You or the passenger or which is being carried in Your Car; and / or
c) death or bodily injury to the driver or any other passenger travelling in Your Car at the same time.

Endorsement 87: Agreed Value Clause

The Agreed Value shown in the Schedule is the maximum amount that We will pay for Your Car, less any Excess (if applicable) if Your Car is stolen or totally destroyed.

We and You have agreed at the commencement of this Policy to use this value as the basis of settlement provided We are liable to pay for such loss or destruction under the terms and conditions of this Policy. The Market Value of Your Car at the time of the loss will not be taken into account.

Endorsement 89: Cover for Windscreens, Windows and Sunroof

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy will cover the cost to replace or repair any glass in the windscreen, window or sunroof of Your Car that is accidentally damaged including the cost of lamination / tinting film (if any) provided no other claim is submitted for this Incident. The maximum amount that We will pay under this endorsement is the amount mentioned in the Schedule under the heading 'Endorsement 89'.

If Your claim is for the damaged glass only and no other damage, We will not deduct any Excess, and You will not lose Your No Claim Discount entitlement.

If the damaged glass is replaced, the cover provided by this endorsement comes to an end as soon as the glass is replaced. If You wish to enjoy continued coverage You must buy a new endorsement cover and pay the additional premium to Us.

Alternatively if the damaged glass is repaired this cover will continue but the limit of the amount payable will be reduced by the amount of the repair cost. To restore the cover to the original limit You must pay the additional premium to Us for the increased cover.

We have the final say on whether to repair or to replace the damaged glass.

Endorsement 95: Leasing Agreement

We note that Your Car is under a Leasing Agreement with the Leasing company named in the Schedule as the Lessors. You unconditionally agree that the payment of any claim under Section A by Us by way of a cash payment shall be made to the Lessors as long as the Leasing Agreement remains valid at the time of the Incident. The receipt from the Lessors will fully discharge Us from any further claims or liability in respect of such loss or damage. For all other purposes, You are the principal party under this Policy and not as an agent or trustee for the Lessors and You have not assigned Your rights, benefits and claims under this Policy to the Lessors. You cannot assign Your rights, benefits and claims under this Policy without Our written consent.

Endorsement 97: Separate Cover for Accessories fixed to Your Car

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy shall cover the non-standard Accessories specified in the Schedule. The maximum amount that We will pay under this endorsement is the amount mentioned in the said Schedule under the heading 'Endorsement 97'.

If Your claim is for the Accessories only and no other damages, We will not deduct any Excess and You will not lose Your No Claim Discount entitlement. This cover is terminated on the date Your claim is settled under this endorsement. To restore this cover You must pay the additional premium to Us for the renewed cover.

Endorsement 97(a): Gas Conversion Kit and Tank

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy shall cover loss or damage to the Gas Conversion Kit and Tank of Your Car as a separate item provided it is installed by a qualified installer. The maximum amount that We will pay under this endorsement is the amount mentioned in the Schedule under the heading 'Endorsement 97(a)'.

If Your claim is for the Gas Conversion Kit and Tank only and no other damage, We will not deduct any Excess and You will not lose Your No Claim Discount entitlement.

This cover is terminated on the date Your claim is settled under this endorsement. To restore this cover You must pay the additional premium to Us for the renewed cover.

Endorsement 100: Legal Liability to Passengers

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We shall pay towards You or Your Authorised Driver's liability to any person being carried in or upon or entering or getting into or onto or alighting from Your Car except for:

a) death or bodily injury to any passenger being carried for hire or reward;
b) death or bodily injury to any person where such death or injury arises out of and in the course of the employment of such person by You or by Your Authorised Driver;
c) damage to property belonging to or in the custody of or control of or held in trust by You or Your Authorised Driver and / or any member of Your or Your Authorised Driver's Household;
d) liability to any person who is a member of Your and / or Your Authorised Driver's Household who is a passenger in Your Car unless he / she is required to be carried in or on Your Car by reason of or in pursuance of his / her contract of employment with You or Your Authorised Driver and / or his / her employer;
e) liability caused by a passenger travelling in or alighting from Your Car;
f) any claims brought against You by any driver of Your Car, whether authorised or not;
g) any claims brought against any person in any country in courts outside Malaysia, the Republic of Singapore or Negara Brunei Darussalam; and / or
h) all legal costs and expenses which are not incurred in or recoverable in Malaysia, the Republic of Singapore and Negara Brunei Darussalam.

Condition of Cover
If at the time of Incident giving rise to a claim under this endorsement, Your Car is carrying passengers in excess of the stated maximum number permitted by law, Our liability shall be limited to the number of passengers specified for the vehicle as registered at the Road Transport Department.

If the number of passengers carried at the time of the happening of an Incident is more than the maximum number permitted in the vehicle by law, We will not pay their claim in full. Any payment We make to any claimant under this endorsement will be rateably reduced in the proportion of the legally permitted maximum number of lawful passengers over the actual number of passengers carried, at the time of the Incident. The difference between the sum paid by Us and the claim to be paid to each passenger claimant shall be borne by You or Your Authorised Driver. The proportion We pay shall be calculated in accordance with the following formula:

$$\frac{\text{Number of passengers permitted by law}}{\text{Actual number of passengers carried at time of Incident}} \times \text{Total Claim Awarded}$$

Endorsement 101: Extension of Cover to the Kingdom of Thailand

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A and Section B1a(ii) of this Policy shall cover Your Car while it is being used in the Kingdom of Thailand from the time of purchase on [state date] to midnight (Malaysian Standard Time) on [state date]. The limit of liability that We provide under Section B1a(ii) will be up to a maximum of RM100,000 only.

This endorsement does not cover legal liability under Section B1a(i) while Your Car is being used in the Kingdom of Thailand.

Endorsement 102: Extension of Cover to Kalimantan

In consideration of the payment of additional premium by You to Us, the geographical area of this Policy is extended to include Kalimantan with effect from _____ a.m. / p.m. on [state date] to midnight (Malaysian Standard Time) on [state date] subject to the limit of liability of RM50,000 under Section B1a(i) and B1a(ii).
Subject otherwise to the terms and conditions of this Policy.

Endorsement 105: Limits of Liability for Third Party Property Damage (TPPD)

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree to increase the limit of liability provided under Section B2(ii) of this Policy to RM [state new limit] with effect from [state date].

Limits of liability in excess of RM3 million up to RM20 million is allowed subject to additional premium stated as below:

TPPD limits of Liability		
From RM3 million up to RM4 million	-	15% of Third Party Premium
Up to RM6 million	-	30% of Third Party Premium
Up to RM10 million	-	45% of Third Party Premium
Up to RM20 million	-	60% of Third Party Premium

Endorsement 109: Extension of Cover for Ferry Transit to and / or from Sabah and the Federal Territory of Labuan

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree that the insurance provided under Section A of this Policy shall cover loss or damage to Your Car when in transit to and / or from Sabah and Federal Territory of Labuan.

You must bear the first 1% of the Sum Insured or RM500 (whichever is higher) for each and every claim arising out of one transit for every claim payable under this endorsement. We have the right to deduct this amount in addition to the Excess mentioned in the Schedule of this Policy.

Endorsement 111: Current Year "NCD" Relief (only applicable to Comprehensive Private Car Policy)

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We agree to compensate you the No Claim Discount that You may forfeit due to a claim being made under this Policy. The amount is equal to Your No Claim Discount entitlement shown in the Schedule of this Policy for the current Period of Insurance.

The cover provided under this endorsement is terminated automatically when:
a) We make a payment for a claim under this endorsement;
b) the ownership of this Policy is transferred to another party; or
c) You withdraw Your No Claim Discount entitlement from this Policy.

We will not refund any portion of the additional premium that You paid to Us if the cover under this endorsement is terminated as mentioned above or if You cancel this endorsement at any time.

Endorsement 112: Compensation for Assessed Repair Time (CART)

In consideration of the additional premium that You paid Us for this endorsement, We will pay compensation for the number of days assessed by Us as required to repair Your Car under Section A of this Policy ('the assessed repair time'). We agree that payment will be based on the assessed repair time by the Adjuster or the maximum amount provided in the Schedule whichever is the lesser.

The maximum rate per day and the maximum number of days that We will pay under this endorsement is limited to the amounts mentioned in the Schedule under the heading 'Endorsement 112'.

For any claim that We agree to pay under this endorsement We will not deduct any Excess and You will not lose Your No Claim Discount entitlement.

We will not pay:
a) if Your claim is only for breakage of glass that is payable under Endorsement 89;
b) for any delay in the time taken to repair Your Car (beyond the assessed repair time) due to any reason at all. The final decision on the time required to repair Your Car will be decided by Us irrespective of whether Your claim is lodged directly with Us or against a third party;
c) if Your claim is for theft or total loss of Your Car; or
d) if Your claim is under a BER process.

We will not refund any portion of the additional premium that You paid Us if You cancel this endorsement at any time.

Endorsement 113: Reference to Motor Vehicle Market Valuation System

This refers to the motor vehicle Market Valuation System approved by Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) to determine the Sum Insured of Your Car at the time You purchased / renewed this Policy as well as the Market Value at the time of the loss.

When a claim is made, the Market Value of Your Car would be determined by the (name of motor vehicle Market Valuation System) and this value would be accepted as the cost of purchasing a replacement car of the same make, model and age of Your Car at the time of loss.

If no Market Value is available from the (name of motor vehicle Market Valuation System) for Your Car, the Market Value of the Car would be determined by an Adjuster, agreed to by both You and Us.

The valuation done by the (name of motor vehicle Market Valuation System) or Adjuster will be conclusive evidence in respect of the Market Value of Your Car in any legal proceedings against Us.

Subject otherwise to the terms and conditions of this Policy.

Section H: Endorsements – applicable only if the Endorsement number is printed in the Schedule

The following is a list of additional terms and conditions (known as Endorsements) that We provide for You. Note that only Endorsements with their numbers specifically printed in the Schedule shall apply to this Policy.
The benefits under this section are specially applicable to the Private **Car** Comprehensive

Definition of terms highlighted under this Endorsement - Section H.

1. **"Private Electric Chargers**" means any electric charging equipment supplied and manufactured by Tesla and installed by a Tesla authorised installer at the residence address as specified in the **Schedule** under the Insured's legitimate control as owner, licensee or tenant.

2. **"Designated Electric Chargers**" means electric chargers stated as "Superchargers" or "Destination Chargers" by Tesla, including any non-Tesla supplied electric chargers provided for public use to recharge **Your Car** but will not include any **Private Electric Chargers**.

InsureMyTesla – Private Car Electric Vehicle - Comprehensive - Benefits Table

Packaged Benefits		Sum Insured
A	Replacement or Repair of **Car** Key/Transmitter	Up to RM1,000 (Limited to One Occurrence per policy year)
B	Loss of or Accidental Damage to **Private Electric Charger**	As per **Sum Insured** stated in the **Schedule** (Limited to One Occurrence per policy year)
C.	Vehicle Towing to nearest Electric Vehicle (EV) Charging Station	Up to 3 events due to flat battery per policy year
D.	24 Hours Towing Accident/Breakdown	Unlimited Mileage and Unlimited Events (Excluding running out of battery)
E	Waiver of Compulsory **Excess** for Unnamed Driver	Included
F	Warranty for Workmanship Repair	Up to 12 months against defects on new parts replaced and workmanship carried out by Tesla panel repairers.

Endorsement PB0029 : Replacement or Repair of Car Key/Transmitter

This Policy shall cover the loss or damage of **Your Car** key(s) / transmitter(s) due to actual or attempted theft, robbery or house break-in, subject to a police report being lodged within twenty-four (24) hours of occurrence of the Incident. Upon receiving the original receipt from **You**, **We** will reimburse the actual expenses incurred to repair or replace the key(s) / transmitter(s) up to the amount stated in the **Schedule** provided the repair work or replacement key(s) / transmitter(s) were carried out or were purchased from an authorised **Repairer**.

This cover is limited to one (1) set of key(s) / transmitter(s) claimable up to one (1) occurrence in each **Period of Insurance** and reinstatement of this cover is not allowed. We shall have the discretion to determine whether to replace, repair, or pay an amount equal to the loss of up to the amount stated in the **Schedule** for one (1) set of key(s) / transmitter(s) as **We** deem appropriate.

This benefit does not cover:
- loss or damage caused by theft or attempted theft if the key(s) / transmitter(s) (or keyless entry system) to **Your Car** is left unsecured or unattended, or is left in or on **Your Car** whilst it is unattended;
- loss or damage due to mysterious disappearance or unexplained losses where it cannot be proved as theft, robbery or house break-in occurred; or
- any claim for additional or duplicate key(s) / transmitter(s).

Any claim under this endorsement shall not affect your NCD entitlement and no **Excess** will apply.

Endorsement PB0025: Loss of or Accidental Damage to Private Electric Charger

We will cover Loss of or Accidental Damage to the **Private Electric Charger** that has been installed in your own residence as specified in the **Schedule** due to Fire, Theft (must be due to violent and forcible entry), Lightning, Explosion, Hurricane, Cyclone, Typhoon, Windstorm, Earthquake, Flood, Aircraft and aerial devices or articles dropped therefrom, Impact damage by road vehicles, Bursting or overflowing of water tanks, apparatus or pipes during the Period of Insurance.

We will reimburse the actual expenses incurred to repair or replace the **Private Electric Charger** up to the limit stipulated in the benefit table, subject to the following conditions:

1. A police report being lodged within twenty-four (24) hours of the occurrence of the incident,
2. Original repair invoice(s) / receipt(s) for the cost that is being incurred.
3. The Insured must be able to prove that the damaged **Private Electric Charger** was previously installed in your own residence by a TESLA authorised installer.

Exclusions
This benefit does not provide coverage under any of the following circumstances:
1. Any damage or malfunction directly or indirectly caused by, due to, or resulting from, normal wear or tear, abuse, misuse, negligence, accident, lack of or improper use, maintenance, storage or transport,
2. Damage/repair covered under manufacturer's warranty,
3. Failure to follow the instructions, maintenance and warnings published in the documentation supplied with your manufacturer connector or adapter,
4. External factors, including but not limited to, objects striking the **Private Electric Charger** connector or adapter, faulty or damaged electrical wiring, junction boxes, circuit breakers, receptacles or power outlets,
5. General appearance or damage to paint, including chips, scratches, dents and cracks,
6. Failure to contact the manufacturer upon discovery of a defect of the **Private Electric Charger** by the Insured;
7. Any repair, alteration or modification to the **Private Electric Charger** connector or adapter or any part, or the installation or use of any parts or accessories, made by a person or facility not authorised or certified to do so,
8. Lack of or improper repair or maintenance, including use of non-genuine of the manufacturer accessories or parts,
9. Use for commercial purposes;
10. Any claims, direct or consequential, arising out of or resulting from the design, supply or manufacture of the **Private Electric Charger**, which caused and/or contributed to the Damage,
11. Any claims that are payable and/or covered under any other specific policy.

The cover is limited to One (1) occurrence in each **Period of Insurance** and reinstatement of this cover is not allowed.
Any claim under this benefit shall not affect your NCD entitlement and no **Excess** will apply.

Endorsement PB0026: 24 Hours Towing Breakdown to the Nearest Electric Vehicle (EV) Charging Station

In the event of a flat battery which results in immobility of **Your Car,** Authorised Service Provider will proceed to assist in towing **Your Car** to the nearest Electric Vehicle (EV) charging station for battery charging up to three (3) occurrences per policy year.

Endorsement PB0027: 24 Hours Towing Accident/Breakdown

a) Towing Services for Nationwide Accident and Towing is free for Breakdown on Unlimited mileage and Unlimited transactions (excluding running out of battery)
b) Accident Towing services with no limit of transactions per policy per annum. **Toll Free Hotline Number : 1-800-88-5005**
Minor Nationwide Roadside Assistance services and Minor repairs are available. Any other major repairs due to mechanical or electrical failure, labour cost will be determined by the Authorised Service Provider and to be paid by the Insured or Authorised Driver.
c) Toll expenses of up to RM 100 per event.
d) Taxi reimbursement up to RM 60.00. Maximum 3 times per policy year.
e) International Assistance for Thailand, Singapore & Brunei – 100km from Malaysia border. Maximum 3 times per policy year.
f) Additional Service Assistance as below that may require Insured to pay for required services where applicable :

(i) Alternative Travel Assistance
In the event of an accident or breakdown, should an alternative travel and / or accommodation assistance be required, the Insured may make a request to the Authorised Service Provider to provide alternative travel assistance.

Upon receipt of such request from the Insured, Authorised Service Provider shall assist to arrange for alternative transportation and / or accommodation for the Insured / Authorised Driver to continue their journey and / or if the Insured needs to spend a night at a hotel should the Vehicle breakdown and repair work cannot be completed. All costs incurred for alternative travel assistance will be borne totally and directly by the Insured.

(ii) Car Rental
Insured shall be entitled up to thirty percent (30%) discount on published rates on **car** rental from Authorised Service Provider's car rental partners. All rentals and other costs incurred in relations to the rental of the vehicle shall be borne totally and directly by the Insured.

(iii) Home Assist
Insured is entitled to request for the following services-
- Plumbing repair - arrangement for a competent service provider to assist in repair work.
- Air-conditioning service and repair - arrangement for a competent service provider to assist in repair work.
- Electrical wiring repair - arrangement for a competent service provider to assist in repair work.
- Locksmith - arrangement for a competent service provider to assist in repair work.

(iv) Emergency Message Transmission for the next kin
In the event of an emergency, Authorised Service Provider shall undertake to inform the Insured's next of kin within reasonable time frame from the time that it receives information of the Incident.

(v) Emergency evacuation assistance
In the event of an accident, Authorised Service Provider shall arrange on a service basis an ambulance or other means of transportation to send the Insured to the nearest public hospital or private medical centre/ hospital. The cost for any medical treatment received by the Insured shall be borne totally and directly by the Insured.

(vi) International Roadside Assistance at neighboring countries i.e. Singapore, Brunei and Thailand.
In the event of a breakdown or accident at neighbouring countries, Authorised Service Provider will provide towing services and repatriation cost up to 100 km from Malaysian borders from the neighbouring countries mentioned. Once repatriated, towing inside Malaysia borders will follow the plan purchased by the Insured.

(vii) Interstate Ambulance Service
In the event of an accident, Authorised Service Provider shall arrange on a service basis an ambulance or other means of transportation to send the Insured to the nearest public or private medical centre or hospital. The cost for any medical treatment received by the Insured shall be borne totally and directly by the Insured. Interstate ambulance service means the arrangement of transporting the Insured from one hospital in one state to another hospital in a different state. The cost shall be borne totally and directed by the Insured.

(viii) Concierge Assist
Insured are entitled to request for assistance in organising the following services:
- Hotel and restaurant reservations - arrangement to make reservations at Insured's preferred hotels and restaurants.
- Golf tee-off reservations - arrangement to make reservation at Insured's preferred golf club.
- Flower deliveries - arrangement for a florist to deliver bouquets and gifts.
- Ticket reservations - arrangement to make reservations for travel tickets to Insured's preferred destination.

Endorsement PB0028/10B: Waiver of Compulsory Excess for Unnamed Driver

It is hereby declared and agreed that the Compulsory **Excess** of RM 400 as stated under Section A, 2g, of this Policy will be waived if **You** or the person driving **Your Car** with **Your** consent is not named in the **Schedule** as a **Named Driver**. However, this waiver shall not apply if **You** or the person driving **Your Car** with **Your** consent:
- is under 21 years old; and/or
- holds a Provisional (P) or Learner (L) driver's license.

Endorsement PB0030: Warranty for Workmanship Repair

If **We** authorise **Your Car** to be repaired at the Company's authorised panel **Repairer**, the **Repairer** will provide warranty for workmanship on repairs up to twelve (12) months from the date of completion of repairs. However, **We** will not cover:
- Repairs arranged and undertaken by **Your**self
- Repairs arranged and undertaken by **You** after **We** pay **You** the reasonable cost to repair **Your Car**, that is after **We** have cash settled **Your** claim
- Loss or damage to or failure of any electrical or mechanical appliance or machine unless it is due to the workmanship on repairs which will be confirmed by the adjuster.
- Replacement of parts to **Your Car**
- Deterioration or wear and tear caused:
  (i) through passage of time
  (ii) by use of **Your Car**
  (iii) by exposing **Your Car** to the elements like rain or sun.

AVENUE TO RESOLVE YOUR INSURANCE COMPLAINT

If you are not satisfied with our response or decision, you may submit your complaint to the avenues below. Kindly check with our company's Complaints Unit on the proper avenue for dealing with your complaint.

Customer Service Executive, Customer Contact Centre
LIBERTY GENERAL INSURANCE BERHAD 197801007153 (44191-P)
Formerly known as AmGeneral Insurance Berhad
Liberty Insurance Tower,
CT9, Pavilion Damansara Heights,
3 Jalan Damanlela, Pusat Bandar Damansara,
50490 Kuala Lumpur
Tel. No.: 03-2268 3333 or 1-300-888-990
E-mail : customer@libertyinsurance.com.my
Website : www.libertyinsurance.com.my

BNMLINK (Laman Informasi Nasihat dan Khidmat)
Bank Negara Malaysia
4th Floor, Podium Bangunan AICB,
No. 10, Jalan Dato' Onn,
50480 Kuala Lumpur.
Tel. No.: 03-2698 8044 (General Line) / 1-300-88-5465 (BNMLINK)
Fax No.: 03-2174 1515
e-Link: bnmlink.bnm.gov.my
e-mail address: bnmlink@bnm.gov.my
Website: www.bnm.gov.my

Ombudsman for Financial Services (664393P) /
Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (664393P)
(Formerly known as Financial Mediation Bureau)
Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia,
4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.
Tel. No.: 03-2272 2811
Fax No.: 03-2272 1577
E-mail: enquiry@ofs.org.my
Website: www.ofs.org.my

The benefit(s) payable under this eligible policy is protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Liberty General Insurance Berhad or PIDM (visit www.pidm.gov.my).

Car Insurance

Policy Handbook Motor Third Party

Table of contents

Welcome to AXA Insurance 1

Chapter 1 2
Unified Third Party Wording

Chapter 2 15
AXA Automatic Extensions, Optional Covers and General Exclusions

Chapter 3 19
AXA Claims Procedure, Complaints Procedure and FAQ

Welcome to the AXA Third Party Insurance Motor Wording.

This booklet includes Third Party wordings.
The wording is broken down into three distinct chapters.

Chapter 1

Is the Unified Third Party Policy Wording issued by the Insurance Authority. This is the minimum level of cover that can be offered for the Third Party portion of your Motor Insurance Policy. This Wording is mandated by the Insurance Authority and cannot be reduced or contested.

Chapter 2

Contains the AXA enhancements to your policy wording, divided into automatic extensions, optional covers and general exclusions. The extensions and optional covers build upon the compulsory mandated portions from the Insurance Authority and ensure that you have the widest coverage for your Motor Vehicle.

Chapter 3

Contains the AXA enhancements to your Policy Wording, divided into Automatic Extensions, Optional Covers and General Exclusions. The extensions and optional covers build upon the compulsory mandated portions from the Insurance Authority and ensure that you have the widest coverage for your Motor Vehicle.

Chapter 1: Unified Third Party Wording

The Unified Motor Vehicle Insurance Policy against Third Party Liability issued pursuant to the Regulation of Unifying Motor Vehicle Insurance Policies according to Insurance Authority Board of Directors' Decision No. (25) of 2016.

Whereas the Insured has applied to AXA Insurance (Gulf) (hereinafter referred to as the "Company") for the insurance set herein below, and has agreed that the application is considered as the basis for and integral part of this Policy, and has paid or agreed to pay the applicable Premium, and the Company has accepted and represented to pay compensation to a Third Party/ Victim/claimant Party in case of any Accident subject to this insurance, whether it emerges from the use or parking of the Motor Vehicle in the UAE during the insurance period.

Therefore, this Policy was entered into to cover liability towards a Third Party/ Victim/claimant Party caused by the Insured Motor Vehicle to the Third Party/Victim/claimant Party according to the terms, conditions and exclusions in or appended to this Policy for the amounts the Insured or the Motor Vehicle Driver must pay against:

- Bodily Injury to a Third Party, either inside or outside the Motor Vehicle.
- Property Damages to a Third Party.

Definitions

The following terms and phrases shall have the meanings indicated beside each of them unless the context provides otherwise:

Accessories:
Parts originally installed in the vehicle by the vehicle manufacturers and included in the original price such as radios, stereo equipment, telephones and other items, the make and values of which are specifically declared to the Company and stated in the Schedule.

Accident:
Any incident that causes harm to a Third Party/ Victim/claimant Party as a result of use, explosion, combustion, scattering, drop of things from, movement, spontaneous movement or parking of the Motor Vehicle.

Bodily Injury:
Death and/or physical injuries to a Third Party, including permanent disability or temporary total or partial disability.

Company (Insurer) / We / Us / Our / Ours:
Means the insurance company named on the schedule and certificate of motor insurance; AXA Insurance (Gulf) B.S.C (c)/ AXA.

The insurance company that is licensed to operate inside the United Arab Emirates according to the laws and regulations issued in the United Arab Emirates and accepts to insure the Motor Vehicle and has issued the Policy.

Depreciation Percentage:
The percentage payable by the victim/claimant Third Party on the occurrence of an Accident, when they insist on new parts replacement instead of the used parts in case of partial loss according to the schedules of depreciation.

Family Member:
Any member of your household who resides with you.

Insurance Application:
The application that includes the details of the Insured, the details of the Motor Vehicle and the type of required coverage, which is filled in by or with the knowledge of the Insured electronically or in writing.

Insured:
The person that has applied for insurance, entered into an insurance contract with the Company, and paid or has agreed to pay the Premium.

Licensed Driver:
The Insured or any person driving with his permission provided that the person driving holds a valid driver's licence for the vehicle in accordance with the traffic laws and regulations and has not had his driver's licence withdrawn by order of a court of law or traffic regulations.

Motor Vehicle:
A mechanical machine, motorcycle or any other device that works through a mechanical force, with its specifications described in the Policy.

Motor Vehicle Driver:
The Insured or any person who drives the Motor Vehicle by the permission or order of the Insured, provided that they are licensed to drive according to the Motor Vehicle category pursuant to the traffic laws and other laws and regulations, and that the granted licence has not been cancelled by a court's order or by virtue of the traffic laws and its executive regulations. This definition includes the driver whose driving licence has expired if they manage to renew it within 30 days from the date of Accident.

Natural Disaster:
Any general phenomenon that arises from nature such as floods, tornados, hurricanes, volcanoes, earthquakes and quakes, that leads to extensive and widespread damage, and in respect of which a decree is issued by the concerned authority in the United Arab Emirates.

Period of Insurance:
The period of time covered by this Policy, as shown in the schedule, and any further period that We agree to insure you.

Personal Accidents Endorsement:
An additional insurance coverage against personal Accidents to the Motor Vehicle Driver, the Insured and the passengers, excluded from the basic coverage in return for an additional Premium.

Policy:
The Unified Motor Vehicle Insurance Policy Against Third Party Liability whereby the Company undertakes to compensate the victim/claimant third party, on the occurrence of the damage hereby covered, and any endorsement to it, which governs the relationship between the parties, in return of the Premium paid by the Insured.

Premium:
The consideration that is paid or undertaken to be paid by the Insured in return for insurance coverage.

Property Damage:
Damage to a Third Party's property.

Rider:
Any additional cover between the parties in supplement to the basic coverage under this Policy.

Road:
Every road open and available to public without the need to get special permission, and every place that is made available for the crossing of motor vehicles, and is made available to the public by a permission or licence from a concerned authority or otherwise, for or without consideration according to the definition mentioned in the applicable traffic laws.

Semi-Trailer:
A Trailer without a front axle and is towed in such a way that a large part of its weight and tonnage is carried by the towing vehicle or the mechanical vehicle (locomotive).

Territorial Limits:
United Arab Emirates and any other area stated in your Policy schedule.

Third Party:
a) Any person, or their properties, which have suffered an injury or damage as a result of the Accident, excluding the Insured, the Motor Vehicle Driver and passengers employed by the Insured if they are victim/claimant during and because of work. This includes but is not limited to.
b) The Family Members of the Insured and the Motor Vehicle Driver (spouse, parents and children) who caused the Accident.
c) The driver of a Motor Vehicle allocated for rent, public transportation or a vehicle used to teach driving.

Third Party Liability:
The liability for injuries and damages arising from the use of the Insured Motor Vehicle to a Third Party / Victim/claimant Party.

Trailer:
A vehicle designed to be pulled behind a Motor Vehicle, truck or towing vehicle, including lightweight Trailer (camper Trailer), the weight of which does not exceed 750kg and it so licensed according to the applicable traffic laws.

A. General Conditions

1. The Policy and its schedules shall constitute one integral contract, and any Rider to this Policy shall constitute an integral part hereof, and every term or phrase to which a special meaning has been given in any part of the Policy or its schedules shall have the same meaning elsewhere, unless the context otherwise requires.
2. This Policy does not apply outside the United Arab Emirates.
3. The Company may not assert to the victim/claimant Third Party that it is not liable for compensation as a result of any argument that can be used against the Insured.
4. The Third Party/ Victim/claimant Party may submit a claim to the Company for compensation for damages caused to them by the Insured Motor Vehicle.
5. a) In case of death of a family member of the Insured or the Motor Vehicle Driver, the Company's liability will be limited to an amount of AED 200,000 (Two Hundred Thousand Emirati Dirhams) per person. In case of injury, the Insurer's liability will be further limited to the percentage of disability per person.
   b) In case of death of the driver of a rental vehicle, public transport vehicle and a vehicle used to teach driving, the Company's liability will be limited to an amount of AED 200,000 (Two Hundred Thousand Emirati Dirhams) per person. In case of injury, the Insurer's liability will be further limited to the percentage of disability per person.
6. Any notice or notification of an

Accident that is required by this Policy shall be served to the Company in writing by e-mail, facsimile or by hand delivery to the address designated in the Policy as soon as practically possible.

7. a) With respect to a fleet insurance policy or any Motor Vehicle insured under this Policy, the Company may not enter into any agreement that may reduce or prevent the coverage of its full Third Party Liability arising from death, Bodily Injuries or Property Damages covered under this Policy or reduce the limits of liability of the Company or reduce the coverage contemplated under this Policy, including depriving a claim for compensation for any reason not related to the Accident such as age, gender, or the date of acquiring the driving licence, or otherwise, or the agreement will be deemed void.

   b) However, new coverage not provided for in the Policy may be agreed upon or the limits of such liabilities and coverages may be increased under a separate policy or an additional Rider.

8. The Company may, at its expense, assume the judicial and settlement proceedings to represent the Insured or the Motor Vehicle Driver through an attorney in any investigation or interrogation and before any court in any lawsuit or intervention in any phase of the lawsuit in relation to a claim or Accident for which the Company may be held liable under this Policy, and which may give rise to the payment of compensation according to this Policy. The Company may settle or enter into a reconciliation for such claim. The Insured shall provide every possible cooperation with the Company by signing a power of attorney or otherwise to the Company to initiate any proceedings.

9. Without prejudice to the rights emerging from life insurance policies and personal Accident insurance policies, and in case of the existence of several compulsory policies against Third Party Liability emerging from the use of the Motor Vehicle issued by more than one Company:

   a) Compensation shall be divided equally between insurers in case of death and/or injuries. If the liability is shared (between the Insured and the Third Party / Victim/ claimant Party) based on the degree of negligence, then the percentage of participation in the negligence shall be taken into account.

   b) Compensation for Property Damages shall be divided based on the percentage of the Insured amount set out in each policy to total Insured amounts in all policies, after the percentage of participation in the negligence is taken into account.

10. On the occurrence of an Accident, the Company shall:

    a) Repair the damaged Motor Vehicle or any of its parts, Accessories or spare parts and restore the Motor Vehicle to its pre-accident condition.

    b) Pay the market value of the damaged Motor Vehicle if the value of damages exceeds 50% of the market value of the Motor Vehicle at the time of the Accident, provided that the Company's liability does not exceed an amount of AED 2,000,000 per - accident according to Paragraph (c) of Part B of Chapter One: Obligations of the Insurance Company.

    c) Replace the damaged Motor Vehicle in case of total loss, for another Motor Vehicle with the same make, model, additions and pre-accident condition unless the Third Party / Victim/claimant Party requests that the Company pay them the amount in cash; in which case, the Company shall accept the Insured's request.

    d) The Company shall pay in cash to the victim/claimant Third Party, upon their request, the amount of damages (loss or damage) of the damaged parts of the Motor Vehicle in whole or any of its parts, Accessories or spare parts and including the charges for installation and replacement of lost or damaged parts at the time of the Accident in order to restore the pre-accident condition of the Motor Vehicle.

11. The damaged parts of the Motor Vehicle, for which the first registration and use of which is less than one year, shall be replaced with new original parts with no deduction of a Depreciation Percentage for the victim/claimant Third Party.

12. If it is agreed with the victim/claimant Third Party to repair the damaged Motor Vehicle, the Insurance Company shall repair the damaged Motor Vehicle at the agency repair shops for the Motor Vehicle if it is in its first year of registration and use.

13. Upon the lapse of more than one year after registration and use, the Company shall repair the damaged Motor Vehicle at suitable repair shops and the damaged parts may be replaced by other than original parts of the same grade. The Company shall ensure that repair works are carried out according to technical standards and that the work is warranted by the repair shops. The Company shall ensure that the victim/ claimant Third Party is able to have the Motor Vehicle checked by any approved Motor Vehicle examination agency in the United Arab Emirates to make sure that the Motor Vehicle has been properly repaired in accordance with the technical

licensing conditions for endurance and safety and any other condition without affecting the technical examination of the Motor Vehicle affected by the Accident at the concerned official authorities. If it is found that the repairs are below required and recognised technical standards, the Company shall address the issue(s) until the Third Party's Motor Vehicle is professionally repaired as soon as practically possible.

14. If the victim/claimant Third Party requests that new parts are to be installed in lieu of the parts damaged during the Accident, they have to bear the Depreciation Percentage set in Table (1) of the final value of the purchase invoice. In case of taxi vehicles, public transport vehicles and rental vehicles, the Depreciation Percentage set in Table (2) of the final value of the purchase invoice will be applied.

15. Neither depreciation may be deducted nor used parts be installed if the parts are within the list set out in Table (4) of this Policy.

16. The victim/claimant Third Party may repair the damages that occur to the Motor Vehicle as a result of the Accident, provided that the estimated repair costs do not exceed the value of repair agreed upon in writing with the Company. The Company may require a proof that the Motor Vehicle repairs have been completed.

17. If durable and hard to replace parts of the Motor Vehicle such as chassis or pillars are damaged and need cutting, tightening or welding as a result of the Accident, the Motor Vehicle may be considered a total loss and the Company shall pay compensation according to the market value of the Motor Vehicle at the time of the Accident.

18. If the Motor Vehicle is considered as total loss, and the Company compensates the victim/claimant Third Party on that basis, the salvage will be deemed property of the Company. The victim/claimant Third Party may not be charged any expenses related to the transfer of the Motor Vehicle title or issuance the of a certificate of ownership of the Motor Vehicle, provided that the Motor Vehicle is free of any obligations against Third Party such as traffic fines or otherwise.

a) In case of any conflict between the Company and the victim/claimant Third Party concerning the value of damages or the amount of compensation or determination of the market value of the damaged Motor Vehicle, an authority-licensed and registered Surveyor and loss adjuster, as an expert will be appointed to determine the value of the damages or the amount of compensation at the Company's expense.

b) If the expert's opinion is not accepted, either party may request the Authority to appoint an expert licensed by it at the expense of that party, and that the expert's charges will eventually be borne by the party for whom the report was not in their favor.

19. In case of an agreement to insure the Insured himself, the Motor Vehicle Driver or any person excluded from the coverage under this Policy, the amount of the death benefit will be determined not less than AED 200,000 (Two Hundred Thousand Emirati Dirhams) at a minimum.

20. The Company may not refuse to compensate the Insured as a result of late notification of the Accident, if lateness is attributed to an acceptable excuse.

21. The provisions of this Policy cover the damages to a Third Party caused by a Trailer or Semi-Trailer as long as it is pulled by the vehicle.

22. Neither this Policy nor any Rider hereto undermines the right of any person to claim for compensation or recovery of any amount payable under the provisions of any applicable legislation.

B. Obligations of the Insurance Company

1. In case of any Accident that results from the use of the Motor Vehicle, the Company shall compensate the victim/claimant Third Party within the scope of its limits hereunder for all amounts which the Insured or the Motor Vehicle Driver is committed to pay as compensation for:

   a) Death or any bodily injury caused to any person, including the Motor Vehicle Passengers, except for the Insured and the Driver of the Motor Vehicle that has caused the Accident, and the passengers employed by the Insured if they are victim/claimant during and because of work. A person is considered a passenger if they are inside, getting in or out of the Motor Vehicle. The maximum liability of the Company for any claim or total claims arising from one Accident is the value judicially awarded without any limit whatsoever, except for the spouse, parents and children and the liability of the Company will not exceed AED 200,000 (Two Hundred Thousand Emirati Dirhams) per victim/claimant person in case of death. In case of disability, maximum liability will be adjusted by the percentage of disability to the amount of AED 200,000 (Two Hundred Thousand Arab Emirates Dirhams).

   b) Subject to paragraph (a) above, the liability of the Insurance Company shall be the value judicially awarded of any amount whatsoever, including the Third Party's judicial expenses and charges, except for fines. The Company shall pay compensation to the Third Party once the judgment becomes enforceable.

   c) As to the damages to items and properties (except

for those owned by the Insured or the Motor Vehicle Driver at the time of the Accident or the properties kept with them in trust or in their guardianship or possession), the Insured amount of any claim or total claims arising from one Accident is AED 2,000,000 (Two Million Emirati Dirhams) regardless of the number of the persons whose properties are damaged, inclusive of necessary costs of movement of the damaged Motor Vehicle to the agency shop or other repair shops according to this Policy, as the case may be.

d) The Company shall pay an amount of AED 6,770 (Six Thousand Seven Hundred and Seventy Emirati Dirhams) to the provider of ambulance services and medical transportation to hospitals. The amount is per victim/claimant person that suffers from a bodily injury or death and is being given first aid and transported to a hospital as a result of an Accident caused by a Motor Vehicle Insured by the Company against Third Party Liability.

e) The Victim/claimant Third Party (the owner of a private motor vehicle) is entitled to a loss of benefit allowance (substitute motor vehicle) as follows:

First: If the victim/ claimant Third Party chooses cash compensation, no benefit allowance shall be paid.

Second: If the damaged Motor Vehicle is to be repaired at a repair shop, as the case may be, the period of loss of use allowance shall be calculated in days from the date of delivery of the damaged Motor Vehicle, the Accident report and deed of title to the Company.

Third: The liability of the Company for loss of use allowance, shall be calculated per day, per damaged Motor Vehicle as per the charges for a similar Motor Vehicle of the same make, not exceeding AED 300 (Three Hundred Emirati Dirhams) per day. The Maximum period for loss of use allowance is ten days, and the Company may provide a similar alternative Motor Vehicle for the same period in good working condition for road traffic.

2. The Company may not apply any deductible from the victim/ claimant Third Party compensation.
3. In case of the death of a person covered by the insurance provided for hereunder, the Company shall pay the benefit due as a result of the Accident to their heirs according to the terms and conditions hereof.
4. The Company shall abide by any settlement between the Insured and the victim/claimant Third Party if it is done with its written consent.
5. The insurance provided for under this Chapter shall be extended, subject to the terms and conditions hereof, to the liability of every licensed driver while they are driving the Insured Motor Vehicle.

C. Obligations of the Insured

1. In case of any Accident that gives rise to a claim according to the provisions of this Policy, the Insured or the Motor Vehicle Driver shall notify the concerned official authorities and the Insurer within a reasonable period of time after occurrence of the Accident and furnish all documents and details pertaining to the Accident, unless the delay is attributed to an acceptable excuse. The Insured shall furnish the Company as soon as possible a copy of every claim, notice or judicial document once they receive them.
2. The Insured or the Motor Vehicle Driver shall notify the Company as soon as practically possible once they become aware of any lawsuit, investigation or findings concerning the Accident, unless the delay is attributed to an acceptable excuse. In case of theft or any other criminal act which may give rise to a claim according to this Policy, the Insured shall promptly notify the concerned authorities and the Company as soon as practically possible and cooperate with the Company in that regard.
3. Neither the Insured nor any person acting on their behalf may declare acceptance of liability, offer, promise or payment of any amount without the written consent of the Company.

D. Exclusions

This insurance does not cover the third party liability arising or emerging from accidents that are caused by the insured motor vehicle in the following cases:

1. The accidents that occur outside the borders of the united arab emirates.
2. The accidents that have occurred, caused, resulted in or are related directly or indirectly to natural disasters such as floods, tornados, hurricanes, volcanoes or earthquakes.
3. Invasion, foreign enemy hostilities or warlike operations, whether war is declared or not, civil war, strike, riot, civil commotion, mutiny, rebellion, revolution, insurrection, or ionising radiation contamination by radioactivity from any nuclear fuel, power usurpation, confiscation or nationalization, radioactive substances and radioisotopes, atomic or nuclear explosions, or any element related directly or indirectly with the abovementioned causes.
4. The accidents that occur to the insured, the motor vehicle driver or the persons employed by the insured if they are victim/claimant during and because of work, unless they have obtained additional coverage under a rider or another policy.

E. Recourses /Recovery from the Insured

The Company may have recourse to the Insured, the

Motor Vehicle Driver or the person responsible for the Accident, as the case may be, within the limit of the amount of compensation paid in the following cases:

1. If it is proven that the insurance was concluded based upon the Insured's misrepresentation or non-disclosure of material facts that affect the acceptance by the Company to cover the risks or determination of the Premium.
2. If the Motor Vehicle is proven to have been used for purposes other than those set out in the Insurance Application attached to this Policy or the maximum number of passengers is exceeded or the Motor Vehicle was overloaded or its loading was not secured correctly or exceeds the limits of permissible width, length or height, provided that this is proven to be the proximate cause of the Accident.
3. If it is proven that the Motor Vehicle was used in a speed race or test (in impermissible cases), provided that this is proven to be the proximate cause of the Accident.
4. If following payment of the compensation it is proven that there is a violation of the laws, if the violation involves a willful felony or misdemeanor, as defined in the UAE's applicable penal code.
5. If it is proven that the Motor Vehicle was driven without obtaining the driving licence for the type of Motor Vehicle according to the traffic laws and regulations and the provisions of this Policy, or that the licence granted to the Insured or the Motor Vehicle Driver was suspended by a court's order or by the concerned authorities or by virtue of traffic regulations, or that Motor Vehicle driving licence was expired at the time of the Accident, unless the driver manages to renew it within thirty days from the date of Accident.
6. If it is proven that the Motor Vehicle Driver, or another person allowed by them to drive the Motor Vehicle, caused the Accident while being in an abnormal condition due to being under the influence of narcotics or alcohol that undermine the driver's ability to control the Motor Vehicle or medical drugs for which driving is medically prohibited. In case of rental vehicles, recourse will be made against the Motor Vehicle Driver (renter).
7. If it is proven that the Accident occurred intentionally by the Insured or the Motor Vehicle Driver.
8. If the Trailer, half-Trailer or Semi-Trailer caused the Accident and the Insured has not agreed with the Company to include it in the policy.
9. If the Motor Vehicle is used outside the road, as defined in this Policy, without any additional coverage.
10. If damages occur to the victim/claimant Third Party is a result of theft or robbery of the Insured Motor Vehicle, recourse will be against the thief only.

F. Policy Termination / Cancellation

1. Neither the Company nor the Insured may terminate this Policy during its term as long as the Motor Vehicle licence is valid.
2. However, the Policy may be terminated before its expiration on the grounds of:
   a) Cancellation of the Motor Vehicle licence;
   b) Submission of a new policy due to change of the Motor Vehicle details; or
   c) Transfer of the Motor Vehicle title by virtue of a certificate issued by the concerned authority.

   In this case, the Company must refund to the Insured the paid Premium after deducting a portion in proportion to the period during which the Policy has remained in effect according to the Short Period Table No. (3) set out in this Policy, provided that there are no paid claims or outstanding claims where the Insured has caused the Accident.
3. This Policy shall be considered terminated in case of a total loss to the Motor Vehicle, provided that its registration is deleted with a report issued by the road and traffic department confirming that it is unroadworthy, and the Company and the Insured shall remain bound by its provisions before termination.

G. General Provisions

1. The Company shall include all details in Table (5) of this Policy, and this schedule shall be part of this Policy.
2. Any lawsuits arising from this Policy may not be filed after the lapse of three years from the date of the Accident or the victim/claimant Third Party and related parties become aware of the damage and the person liable for it.
3. The courts of United Arab Emirates shall be competent to determine any dispute arising in connection with this Policy.

Table No. (1)
Spare Parts Depreciation

Year	Percentage
First	-
Second	5%
Third	10%
Fourth	15%
Fifth	20%
Sixth and above	30%

Table No. (2)

Spare Parts Depreciation - Taxis, Public Transport and Rental Vehicles

Year	Percentage
Last six months of the first year	10%
Second	20%
Third	25%
Fourth	30%
Fifth	35%
Sixth and above	40%

Table No. (3)

Short Period Cancellation

Year	Percentage
A period not exceeding one month	80%
A period exceeding one month to the end of the fourth month	70%
A period exceeding four months to the end of the sixth month	50%
A period exceeding six months to the end of the eighth month	30%
A period exceeding six months to the end of the eighth month	35%
A period exceeding eight months	40%

Table No. (4)

Spare parts where depreciation do not apply

Glass
Brake master cylinders
Brake wheel cylinders
Brake calipers
Brake cables (conduit type)
Brake hoses
Brake hoses
Brake diaphragms
Steering boxes
Steering rakes
Steering ball joints and swivels
Seat belts

Chapter 2: AXA Automatic Extensions, Optional Covers and General Exclusions

Automatic Extensions

A) THIRD PARTY PROPERTY DAMAGE LIMIT IS INCREASED TO AED 3,500,000.00

B) ACCIDENT/BREAKDOWN RECOVERY & ROADSIDE ASSISTANCE

- **Towing of the Insured Vehicle**

  In the event of a breakdown or Accident of the Insured Vehicle, AXA will arrange to tow or transport the Insured Vehicle to the nearest authorized proper workshop.

- **Removal of the Insured Vehicle**

  If while driving on paved roads or offroad, the covered vehicle were to be unable to move by its own means due to overturning or falling down a slope, the Company will arrange its removal, up to an agreed limit.

  The maximum amount payable is AED 1,100 in respect of removal of the Insured Vehicle necessitating the use of a crane. Any additional expense would need to be borne by the Insured.

- **Tyre Replacement**

  If your vehicle has a flat tyre, We will help to change the tyre, using an approved AXA technician.

The supply of parts &/or tools; spare tyre, jack and other tools are excluded from this specific cover.

- **Battery Service**

  If the battery is 'dead', your vehicle will be jump started to get it moving, using an approved AXA technician.

- **Lockout Service**

  If you are locked out of your vehicle, We will attempt to open the lock under the supervision of the appropriate authorities.

C) RTA INSPECTION & REGISTRATION SERVICE

If you need to register the Insured Vehicle, We will pick up the vehicle from the location of your request and complete the vehicle registration. The Insured Vehicle will be taken for registration only once. If due to any reason the customer has to take the Vehicle more than once, the Insured will be charged an extra fee. It is the Insured's responsibility to check all the fines due and pay in advance.

D) NO CLAIM DISCOUNT

If you do not claim during the current Period of Insurance, We will include a discount in your renewal Premium. The discount amount will be in accordance with the no-claims discount scale applicable at the time of renewal.

If a claim has been made or arisen, your no claims discount may be reduced at the next renewal in accordance with the step back scale applicable at the time of renewal.

Optional Covers – these covers will only apply if mentioned on your schedule.

A) OMAN COVER EXTENSION

It is agreed and acknowledged against payment of additional Premium, that the Territorial Limit for this Policy is extended to include The Sultanate of Oman.

B) PERSONAL ACCIDENT BENEFIT

It is agreed and acknowledged against payment of additional Premium, that the Company has agreed and acknowledged to pay compensation in accordance with the table stated herein-under for death or any physical injuries sustained by the Insured's and/or driver's Family Members (spouse, parents and children) and/or employees while ascending or descending from the vehicle as a result of an accidental incident that leads, in an independent manner away from any other reason (except for medical or surgical treatment needed), to any of these injuries stated in the table below during the following three months from the date of Accident.

Table No. (5)
Scale of Compensation

Sr. no	Injury Type	Limit of compensation
1	Death or permanent total disablement	AED 200,000
2	Total and incurable loss of all vision in both eyes	AED 200,000
3	Total loss by physical severance at or above the wrist or ankle of both hands or both feet or of one hand together with one foot	AED 200,000
4	Total loss by physical severance at or above the wrist or ankle of one hand or one foot together with the total and incurable loss of one eye vision	AED 200,000
5	Total and incurable loss of one eye vision	AED 100,000
6	Total loss by physical severance at or above the wrist or ankle of one hand or one foot	AED 100,000
7	Total disablement from engaging in or given any attention to such person's occupation, AED 1,500 per week for a period not exceeding 26 weeks	The compensation will be calculated on the basis of the percentage scale for permanent partial disability approved by the medical board, multiplied by the limit of compensation (AED 200,000)
8	Temporary total disability preventing the injured person from engaging in his occupation	As may be agreed (on weekly basis up to 26 weeks)

Provided always that:

a) Compensation which the company is committed to pay will be restricted according to one article only of these articles for article one to six here-in- above mentioned or as per article seven separately or by adding to it either article five or six according to the conditions of any of those persons victim/ claimant as a result of any single accident provided that total liability of the company will not exceed for compensation amount aed 200,000 for the person victim/claimant during any single period of insurance.

b) At the insured's request, the company will pay weekly compensation for temporary total disability preventing the victim/claimant person from engaging in his occupation (as per article (8) of the above table) for a period not exceeding 26 consecutive weeks. The weekly compensation amount and the aggregate amount shall be in accordance with the agreement between the person demanding insurance and the company.

c) The company is not liable to pay any compensation for death or physical injury which occurs either directly or indirectly, totally or partially as a result of the following reasons:

   i) to harm oneself intentionally or by committing suicide or by attempting suicide or physical defect or mental illness.

   ii) in respect of a person demanding compensation himself being addicted to drugs or liquor.

d) such compensation shall be payable only with the approval of the insured and directly to the victim/claimant person or his/her legal representative whose receipt shall be a full discharge in respect of the injury to such person.

e) number of vehicle passengers at the time of the accident should not exceed the authorised seating capacity of the vehicle.

General Exceptions

1. This policy does not cover third party liability arising from accidents involving the insured vehicle in the following cases

   a) Accidents which take place outside the geographic area specified in this policy.

   b) Accidents which happen directly or indirectly, proximately or remotely occasioned by, contributed to by or traceable to or arising out of or in connection with ionising radiation, contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel direct or indirect with any of the aforementioned causes.

   c) Accidents involving the insured or any driver of a vehicle whilst driving the vehicle outside the public road as per the definition of road as every passage open to public traffic unless otherwise been agreed in the insurance policy.

2. This insurance does not cover any liability due to an agreement made by the insured where no liability would arise but for that agreement.

3. Policy excludes liability arising out of usage of vehicle against racing, rallies and/or speed trials.

War and Terrorism Exclusion

We will not pay for any accident, loss, damage or injury which is the direct or indirect result of any of the following, whether or not contributed to by any other cause:

- War;
- Invasion;
- Activities of a foreign enemy;
- Hostilities or warlike operations (whether war has been declared or not);
- Civil war;
- Revolution, rebellion or insurrection (that is, people rising up and changing the government by force or attempting to do so);
- Civil commotion which is of such severity or magnitude that it can be likened to a popular uprising;
- Military power (even if properly authorised by the duly elected government); or
- Usurped power (that is power taken by force by any person or group (including armed forces) not being the duly elected government);
- For the purpose of this exclusion, an act of terrorism means an act, whether involving violence or the use of force or not or the threat or the preparation thereof, by a person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s), committed for political, religious ideological or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public or any section of the public in fear.

Loss, damage or injury which is the direct or indirect result of any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any other way relating to any of the causes listed above is also not covered.

If the company alleges that by reason of this exclusion any loss, damage, cost or expense is not covered, the burden of proving the contrary shall be upon the insured.

In the event any portion of this exclusion is found to be invalid or unenforceable the remainder shall remain in full force and effect.

3 Unified Third Party Wording

A. Claims Procedure

What to do in case of an accident?

As per the regulations, in case of an Accident you must obtain a police report. The police report is required by AXA to process your claim but even more importantly is required by the workshop to carry out the repairs on your vehicle. In case various parties are involved in the Accident, the police, based on the Accident scene will define the responsibility of each party in the Accident. These responsibilities are mentioned on the police report along with a brief description and sketch of the damages occurred to the vehicle(s).

Accordingly in case of an Accident you should immediately contact the traffic police department and wait for the police to attend the scene of the Accident.

However, please ensure that you are not blocking the traffic to avoid any penalty imposed by the traffic police department.

In the unfortunate case of any bodily injury incurred to you or any of your passengers, even a minor one, or in case of damage to personal items you should make sure that details are mentioned in the police report in order to get full entitlement of all the benefits described in this booklet.

The workshop which will repair your vehicle will only repair the damages mentioned on the police report.

Accordingly We advise you to ensure that these damages are properly mentioned on the vehicle sketch. In case you wish to repair several damages at the same time, which were caused by several Accidents or incidents, you will need to provide separate police reports for each Accident/ incident that generated the damages on your vehicle. Based on these police reports, AXA will apply the adequate number of excess. Please bear in mind that the excess mentioned on your Policy schedule is applicable for each separate Accident/incident generating a damage for which there is no identified responsible third party by the police department.

How to report a claim?

No need to come to our offices anymore, or even call our call centre to repair your vehicle resulting from an accident, because through our network of service partners you can register the claim and repair process will start immediately.

Just follow these simple steps:

1. Get the police report. You should ensure that all details are correct on the police report.
2. Go with your driving licence, registration card of your car and the police report to one of our approved workshops you'll find information about our network of workshops through our website (www.axa.ae)
3. You will find the AXA desk inside the workshop where one of our staff will take your documentation and register the claim.
4. The repair process of your car will start immediately since one of our surveyors will be permanently available at the workshop to take care of your car during all the repair process.
5. If you have hire car coverage, We will arrange to provide you the replacement car in the workshop itself so that you will be able to drop the car there and leave with the hire car.

Of course if you prefer to contact AXA through our call centre to report your claim. We will be happy to assist you 24 hours a day on our toll free number 800AXA.

For your convenience, you can also file your claim through our website (www.axa.ae) where you will need to logon in our system with information on your Policy, complete the information requested on the circumstances of your claim and attach the police report.

The system will provide your claim number at the end of the process and our claims department professionals will be put to work immediately to give the required service.

During the process of managing your claim, you will have complete information about it again by accessing our website (www.axa.ae) or by calling our call centre by phone 800 AXA (select query claims) during business hours Sunday to Thursday from 8:00 a.m. to 10:00 p.m. and Saturdays from 8 a.m to 5 p.m.

Additionally, we will provide you with regular updates via SMS and Email on your claims status.

What happens in case of a total loss?

In case the repair costs of your vehicle exceeds 50% of the depreciated value of your vehicle (as per depreciation schedule described in this booklet), your vehicle will be declared a total loss.

You will be responsible for transferring the ownership of the vehicle to AXA and to provide AXA with the official ownership transfer letter issued by the traffic department. Upon receipt of this letter AXA will reimburse you the depreciated value of your vehicle minus applicable excess.

AXA takes all necessary measures to issue its settlement within five working days upon receipt of the official transfer letter issued by the traffic department.

What happens in case of a court judgment?

On some occasions the police might decide to refer the Accident case to the court. This mainly happens in case of a death or bodily injury or in case one of the drivers has infringed the UAE legislations.

In such cases, the matter will be referred to the court. You will be the sole accredited party to attend the court.

AXA will take all the required actions to have your vehicle repaired within the shortest period of time; however, AXA will not be able to have your vehicle released from the repairer unless the final court judgment is issued.

In case the Accident is referred to the court, you need to contact AXA immediately. AXA will reserve the right to appoint a legal representative in order for AXA to manage your case through its lawyers.

What happens in case you want to give a comment on the way we have managed your claim?

We have designed a specific quality control procedure to assess our services at the time of the management of your claim.

In case you wish to raise a comment after we have managed a claim, please visit our website www.axa.ae

You can register your comment within the

section 'Contact us'; it will be immediately escalated to the relevant manager in order to assess our quality of service.

We are committed to acknowledge receipt of your comments within one working day, to revert back to you with a fair assessment of the situation within two working days and to propose a solution if technically required and justified within three weeks from your posting on our website.

B. Complaints Procedure

We are committed to provide you the highest level of customer service. We do realise that things can sometimes go wrong, and when this happens, we would like to hear about it. Telephone calls may be recorded for training and monitoring purposes. We would like to assure you that all matters are dealt with seriously and in a confidential manner.

Your complaint can be made in any of the following ways:

1. Visit our website www.axa-gulf.com - select Country 'UAE' and select 'Complaints' under 'AXA & You' (at the bottom of the webpage) and register your complaint. An auto email will be received by you providing the reference number which should be quoted in all future communications.

   Alternatively, should you not have an email address or access to the internet:

2. Send a letter to the management at AXA Insurance (Gulf) BSC (c), PO Box 5862, Dubai, United Arab Emirates; or

3. Transmit a fax to +971 44392188; or

4. Telephone Us on 8004845 and request our Customer Service Staff to register your complaint; or

5. Walk into our office and request our Customer Service Staff to register your complaint.

In these situations, and on your behalf, the complaint will be registered by our Staff and a Reference Number generated and provided to you which please quote in all future communications. Whilst all efforts will be made to revert back within 10 working days, if our final response will be delayed beyond 15 working days or if more time is needed for investigation, we will inform you when we will be able to contact you again about the complaint.

If you are dissatisfied with our final response or dissatisfied with the delay in our response (beyond 15 working days) you may refer the complaint to the Insurance Regulator (please provide them the details and AXA Complaint Reference Number). Their contact details are provided alongside.

For Abu Dhabi Healthcare Policies only:

HAAD
PO Box 5674, Abu Dhabi, United Arab Emirates
Telephone: +971 2449 3333 or Local Toll Free Number: 800 555, Fax: +971 2444 9822
Email: contact@abudhabi.ae

For Dubai Healthcare Policies only:

Website for registering complaints: http://www.isahd.ae/Home/Ipromes

For all other complaints:

Insurance Authority
PO Box 113332, Abu Dhabi, United Arab Emirates
Telephone: +971 2499 0111
Fax: +971 2557 2111
Email: contactus@ia.gov.ae
Website for registering Complaints: https://eservices.ia.gov.ae/Wirestorm/Pages/Render.aspx?page=Complaints&layout=NewAnonymousComplaint

C. Frequently Asked Questions

1. Why can't the insurance and registration be in two different names?

The Policy holder should normally be both the main driver of the vehicle and the registered owner. The Policy holder must have a financial interest in the vehicle. The traffic department will only register a vehicle in the name stated on the certificate of motor insurance.

2. How do You calculate my insurance Premium?

A number of factors are used to calculate your insurance Premium. Amongst these factors are the age of the driver, length of driving experience, claims history, location, value of the vehicle and type.

3. Why can't the insurance be transferred when the vehicle is sold?

As the insurance Premium is affected by the profile of the driver, it is not possible to simply transfer insurance cover from one driver to another. The existing Policy must be cancelled. The new owner will then be given a new insurance Policy that is required for registration purposes.

4. Which garages will you use to repair my Car?

If you have selected agency repairs then your vehicle will be repaired at the vehicle's authorised dealership. Otherwise AXA will select one of its own authorised repairers. We only use garages that adhere to our strict quality controls. Garages must have experienced, qualified personnel and access to sophisticated repair equipment. For this reason we are able to offer a 6-month guarantee on mechanical repair and 12-month guarantee on body repairs and paint jobs.

5. How does AXA's motor insurance differ from other insurance companies in the market?

AXA provides one of the highest levels of motor protection in the Middle East, combined with the security and service standards of a large international operation, 24-hour Accident recovery, guaranteed repairs and extended opening hours. If you are being offered insurance cover from another source at a lower Premium, please make sure you do a cover to cover comparison and not just a Premium one.

6. Can I choose which garage I want to take my Vehicle to?

If you have opted for agency repairs then your vehicle will be repaired at the main authorised dealership. Otherwise AXA will select one of its authorised repairers. The garage we choose will depend on the vehicle type, nature of damage and availability.



800 AXA (292)

axa.ae

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. (c)
Registered in the Insurance Companies Register - Certificate No. (69) dated 22/01/ 2002.
Subject to the provisions of Federal Law No. (6) of 2007 concerning the establishment
of Insurance Authority and Organization of its work.
Agent: Kanoo Group (Insurance Agent) L.L.C

UAEPL11EN12711PR1151230201BK

DAFTAR PUSTAKA

Abbott, A. (1988). The system of professions: An essay on the division of expert labor. University of Chicago Press.

Accenture. (2021). Customer friction survey: Insurance claims and customer trust. Accenture Insights.

Akbar Maulana Al Ishaqi. (2024, October 17). Asuransi dihantui oligopoli imbas syarat ekuitas tinggi, OJK bilang begini. Bisnis.com. https://bisnis.com

Akbar Maulana Al Ishaqi. (2024, October 19). ACPI: Aturan modal minimum jangan singkirkan perusahaan sehat ekuitas kecil. Bisnis.com. https://bisnis.com

Akbar Maulana Al Ishaqi. (2025, February 12). Asuransi belum penuhi aturan modal minimum, OJK: Kami tidak bunuh usaha. Bisnis.com. https://bisnis.com

Allianz SE. (n.d.). Company history. https://www.allianz.com

Alkaabi, A., et al. (2020). Principles of reinsurance. The Institutes.

Arab News. (2017, August 22). SAMA bans 7 companies from issuing auto policies. https://www.arabnews.com

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia. (2022). Laporan tahunan industri asuransi jiwa Indonesia. AAJI.

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia. (2023). Pedoman teknis kerja sama bancassurance. AAJI.

Atlas Magazine. (2023). Natural disasters: Natural catastrophe claims on the rise in South Korea. https://www.atlas-mag.net

AXA Group. (2016). Bancassurance report: Post-crisis adjustments in Asian bancassurance strategies. AXA Group.

AXA Mandiri. (2022). AXA Mandiri & Livin' by Mandiri launch report. AXA Mandiri.

Badan Geologi Kementerian ESDM. (2021). Peta patahan aktif Indonesia. Kementerian ESDM.

Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika. (2020). Katalog gempa bumi signifikan dan merusak 1821–2019. BMKG.

Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika. (2022). Panduan kesiapsiagaan gempa bumi dan tsunami. BMKG.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2018). Data dampak bencana gempa dan tsunami Palu–Donggala 2018. BNPB.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2023). Peta risiko bencana Indonesia. BNPB.

Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. (2019). Laporan investigasi khusus atas PT Asuransi Jiwasraya (Persero). BPK RI.

Bank Indonesia. (2019). Outlook perbankan dan fee-based income sektor ritel. BI.

BBC News. (2007). Katrina insurance claims settled. https://www.bbc.com

Bernstein, P. L. (1996). Against the gods: The remarkable story of risk. John Wiley & Sons.

Birds, J. (2021). Birds' modern insurance law (11th ed.). Sweet & Maxwell.

Bonafede, J. K., & Fagin, R. (2008). Decision-making in insurance claims: A structured approach. Journal of Insurance Operations, 23(2), 45–56.

Boubyan Takaful Insurance. (n.d.). Company profile. https://www.boubyantakaful.com

BPK RI. (2019). Laporan investigasi kasus Jiwasraya. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia.

California Department of Insurance. (2010). Report on Anthem Blue Cross case. CDI.

Chambers & Partners. (2024). Insurance litigation 2024: Japan & South Korea. Chambers and Partners.

Choisez & Associés. (2019). ACPR/Elite Insurance: Une sanction pour l'exemple?

Churchill, C. (Ed.). (2006). Protecting the poor: A microinsurance compendium. International Labour Organization & Munich Re Foundation.

Churchill, C., & Matul, M. (Eds.). (2012). Protecting the poor: A microinsurance compendium (Vol. II). International Labour Organization.

Clarke, M. A. (2016). The law of insurance contracts (7th ed.). Informa Law.

Clarke, M. A. (2017). The law of insurance contracts (7th ed.). Routledge.

CNN International. (2007). State Farm settles Katrina lawsuits. https://edition.cnn.com

Cooper, T. (2012). Handbook of professional ethics for psychologists. Routledge.

Deloitte. (2019). Reducing insurance distribution costs through strategic bancassurance. Deloitte Insights.

Deloitte. (2021). Understanding premium allocation in bancassurance channels. Deloitte.

De Roover, R. (1945). Early examples of marine insurance. Journal of Economic History, 5(2), 172–200.

Diacon, S. R., & Carter, R. L. (1992). Success in insurance (3rd ed.). Colset Private Ltd.

Dionne, G., & Wang, K. (2018). Fraud in insurance contracts: Theory and empirical evidence. Journal of Risk and Insurance, 85(2), 381–419.

Dorfman, M. S. (1998). Introduction to risk management and insurance. Prentice Hall.

Dorfman, M. S. (2007). Introduction to risk management and insurance (9th ed.). Prentice Hall.

Dorfman, M. S. (2012). Introduction to risk management and insurance (10th ed.). Pearson Education.

Dykema. (2024, October). Insurance bad faith report. Dykema Law Firm.

EY. (2019). Global insurance consumer study. Ernst & Young Global Limited.

EY. (2020). The future of customer experience in bancassurance. Ernst & Young.

EY. (2021). Consumer experience and convenience in bancassurance channels. Ernst & Young.

European Insurance and Occupational Pensions Authority. (2019). Good practices report on unit-linked products. EIOPA.

Fairfax Financial Holdings Limited. (n.d.). Company history and profile. https://www.fairfax.ca

Ferrell, O. C., Fraedrich, J., & Ferrell, L. (2021). Business ethics: Ethical decision making & cases (13th ed.). Cengage Learning.

Financial Conduct Authority. (2018, October 30). Press release: Liberty Mutual fine. https://www.fca.org.uk

Financial Conduct Authority. (2021). Handbook: Principles for businesses. https://www.handbook.fca.org.uk

Financial Conduct Authority. (2020). Enforcement annual report. FCA.

Financial Ombudsman Service. (2013). Case decision: Michael Foreman vs Aviva Life Insurance. Financial Ombudsman Service UK.

Financial Ombudsman Service. (2022). Annual report. https://www.financial-ombudsman.org.uk

Financial Times. (n.d.). The rise and fall of insurtech. https://www.ft.com

Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice. (2019). The Geneva papers on risk and insurance. Palgrave Macmillan.

Gough, A. (2020). Claims management in insurance: Governance and practice. Risk Books.

Greene, M. R., Trieschmann, J. S., & Gustavson, S. G. (2005). Risk and insurance (8th ed.). South-Western College Publishing.

Grameen Bank. (2002). Annual report. Grameen Bank.

Gupta, P. K. (2008). Fundamentals of insurance. Himalaya Publishing House.

Haberman, S. (1996). History of actuarial science. Institute of Actuaries.

Harrington, S. E., & Niehaus, G. R. (2004). Risk management and insurance. McGraw-Hill.

Harrington, S. E., & Niehaus, G. (2004). Risk management and insurance. Journal of Risk and Insurance, 71(3), 441–456.

Hennock, E. P. (2007). The origin of the welfare state in England and Germany: 1850–1914. Cambridge University Press.

Hubbard, D. W. (2009). The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it. John Wiley & Sons.

Hukumonline. (2015). Upaya nasabah jika klaim terlambat dibayar. https://www.hukumonline.com

Hyde, M. (2018). Insurance claims: A comprehensive guide. CILA Publishing.

IAIS. (2007). Issues in regulation and supervision of microinsurance. International Association of Insurance Supervisors.

IAIS. (2018). Issues paper on climate change risks to the insurance sector. IAIS Publications.

Institute of Risk Management. (2010). A structured approach to enterprise risk management (ERM) and the requirements of ISO 31000. IRM.

Insurance Business UK. (2024, November 12). FCA bans former insurance director. https://www.insurancebusinessmag.com

Insurance Institute of India. (2016). Insurance agents general. Insurance Institute of India.

Investopedia. (2023). What is bad faith insurance? https://www.investopedia.com

Jakarta Post. (2017, September 28). Former Allianz executives charged for rejecting claims. https://www.thejakartapost.com

Jerusalem Insurance Company. (n.d.). Company profile. https://www.jic.com.jo

Kaplan, R. S., & Mikes, A. (2012). Managing risks: A new framework. Harvard Business Review, June 2012.

Kartasasmita, G. (2020). Asuransi dan risiko. Gramedia Pustaka Utama.

Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2018). Strategi pembiayaan dan asuransi risiko bencana. Kementerian Keuangan RI.

Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2019). Peran asuransi dalam pemulihan ekonomi pasca bencana. Direktorat Jenderal Kekayaan Negara.

Kompas.com. (2020–2022). Liputan khusus kasus Jiwasraya, Bumiputera 1912, Wanaartha Life, dan Kresna Life. https://www.kompas.com

Kontan.co.id. (2021). OJK longgarkan reasuransi luar negeri, ini alasannya. https://www.kontan.co.id

Lam, J. (2014). Enterprise risk management: From incentives to controls (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Ledgerwood, J. (2013). The new microfinance handbook: A financial market system perspective. World Bank Publications.

Ledgerwood, J., Earne, J., & Nelson, C. (2013). The new microfinance handbook. World Bank Publications.

Lexology. (2021). Insurance regulation in South Korea. https://www.lexology.com

LiveLaw India. (2024, April 29). NCDRC: Can't repudiate genuine insurance claims for delay. https://www.livelaw.in

Loewe, M. (1904). The Babylonian Code of Hammurabi. Oxford University Press.

Lowry, J., & Rawlings, P. (2011). Insurance law: Doctrines and principles (3rd ed.). Hart Publishing.

Lucena v. Craufurd, (1806). House of Lords (UK). In Birds, J. (2016). Birds' modern insurance law (10th ed.). Sweet & Maxwell.

Martin, L. C. (1983). The history of Lloyd's. Sidgwick & Jackson.

Matul, M., McCord, M. J., Phily, C., & Harms, J. (2010). The landscape of microinsurance in Africa. International Labour Organization.

Mayerson, A. L. (1962). Introduction to insurance. The Macmillan Company.

McKinsey & Company. (2018). Unlocking bancassurance growth through customer lifetime value. McKinsey Insights.

McKinsey & Company. (2020). Revenue optimization in bancassurance distribution channels. McKinsey Insights.

McKinsey & Company. (2021). Reimagining bancassurance in the digital age. McKinsey Insights.

Merkin, R. (2013). Marine insurance: Law and practice (2nd ed.). Routledge.

Ministry of Finance Japan. (n.d.). Outline of Japan's earthquake insurance system. https://www.mof.go.jp

Munich Re. (2023). Company history and global role. https://www.munichre.com

National Association of Insurance Commissioners. (2022). Annual report. NAIC.

National Association of Insurance Commissioners. (2023). State licensing handbook. NAIC.

OECD. (2010). The impact of the global crisis on insurance markets. OECD Publishing.

OECD. (2025). Global insurance market trends. OECD Publishing.

Oman Insurance Company (Sukoon). (n.d.). Company profile. https://www.sukoon.com

Otoritas Jasa Keuangan. (2015). Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 14/POJK.05/2015 tentang retensi sendiri dan dukungan reasuransi dalam negeri. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2016). Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016 tentang penyelenggaraan usaha perasuransian. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2017). Buku literasi keuangan: Mengenal asuransi. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2017). Surat Edaran OJK Nomor 6/SEOJK.05/2017 tentang penetapan tarif premi atau kontribusi asuransi harta benda dan kendaraan bermotor. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2019). Laporan penanganan kasus Allianz Life Indonesia terkait pre-existing condition. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2020). Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 39/POJK.05/2020 tentang perubahan kedua atas POJK No.14/POJK.05/2015. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2020). Surat Edaran OJK Nomor 5/SEOJK.05/2020 tentang laporan penanganan pengaduan konsumen. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2021). Laporan penanganan kasus mis-selling produk PAYDI AXA Mandiri. OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2022). Survei nasional literasi dan inklusi keuangan (SNLIK). OJK RI.

Otoritas Jasa Keuangan. (2022). Laporan pencabutan izin PT Asuransi Jiwa Adisarana Wanaartha (Wanaartha Life). OJK RI.

Pawsey v. Scottish Union & National Insurance Co. (1907). 14 Bom LR 394.

Perbanas Institute. (2025, January 30). Opini: Asuransi bencana, bencana asuransi. https://perbanas.id

Pefindo. (2023). Laporan industri asuransi. Pefindo.

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 1690 K/Pdt/2020. (2020). PT Asuransi Jasa Tania Tbk dkk vs PT Multi Spunindo Jaya dkk.

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 2529 K/Pdt/2019. (2019).

Qoala Indonesia. (2022). Asuransi bencana alam: Manfaat dan cara klaimnya. https://www.qoala.app

Reinsurance Association of America. (2022). Reinsurance basics. RAA.

Rejda, G. E., & McNamara, M. J. (2017). Principles of risk management and insurance (13th ed.). Pearson Education.

Rejda, G. E., & McNamara, M. J. (2021). Principles of risk management and insurance (14th ed.). Pearson Education.

Roth, J. P. (1999). The logistics of the Roman army at war, 264 B.C.–A.D. 235. Brill Academic Publishers.

Saudia Arabian Monetary Authority. (2016). Implementing regulations for cooperative insurance companies control law. SAMA.

Sharma, V. (2020). Fraud in emerging markets. Journal of Insurance Fraud in Emerging Markets, 5(1), 33–48.

Smith, A., & Zhang, Y. (2020). Digital verification and fraud prevention in insurance underwriting. Insurance: Mathematics and Economics, 92, 20–29.

Solvency II Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council. (2009). https://eur-lex.europa.eu

Standard Club. (2015). The insurance act 2015: An overview. Standard Club.

Swiss Re Institute. (2022). World insurance report: Penetration and insurance literacy. Swiss Re.

Swiss Re Institute. (2023). Understanding reinsurance. Swiss Re.

Tokio Marine Holdings, Inc. (n.d.). Company history. https://www.tokiomarinehd.com

Uniform Commercial Code. (2007). https://www.law.cornell.edu/ucc

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

Vaughan, E. J., & Vaughan, T. M. (2008). Fundamentals of risk and insurance. John Wiley & Sons.

Vaughan, E. J., & Vaughan, T. M. (2014). Fundamentals of risk and insurance (11th ed.). John Wiley & Sons.

Velasquez, M. G. (2011). Business ethics: Concepts and cases (7th ed.). Pearson Education.

Werner, G., & Modlin, C. (2010). Life insurance. The American College Press.

Wideman, R. M. (1992). Project and program risk management: A guide to managing project risk opportunities. Project Management Institute.

Williams, N. A. (1984). Insurance: An introduction to personal risk management. South-Western Publishing.

World Bank. (2018). Insurance and economic development. World Bank Group.

World Bank. (2021). How Indonesia strengthened its disaster response with risk finance and insurance. https://www.worldbank.org

Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia. (2021). Laporan tahunan perlindungan konsumen sektor jasa keuangan dan asuransi. YLKI.

Zhang, L. (2004). Insurance traditions in ancient China. Beijing University Press.

Zhou, Y., & Wang, M. (1998). Early Chinese trade and risk-sharing practices. Journal of Asian Economic History, 2(1).

PROFIL PENULIS

Andreas Freddy Pieloor – sang pembelajar yang suka mengajar…

Freddy lahir dan tumbuh dari keluarga sederhana di Tanjung Priok, Jakarta Utara. Masa kecilnya diwarnai oleh keterbatasan ekonomi yang nyata: rumah berdinding bilik bambu, berlantaikan tanah, kerap dilanda banjir, dan kehidupan yang menuntut ketahanan fisik serta mental sejak usia dini. Ayahnya seorang pelaut dengan penghasilan tidak menentu dan kewajiban membantu keluarga besar, sementara ibunya berjuang menopang kehidupan rumah tangga dengan kreativitas, pengorbanan, dan kesabaran luar biasa—menjual air, menabung emas sedikit demi sedikit, menggadaikan perhiasan, hingga meminjam kepada saudara demi memastikan anak-anaknya tetap makan dan bersekolah. Dari fase inilah Freddy mengenal arti ketangguhan, kerendahan hati, dan harga sebuah perjuangan hidup yang kelak membentuk karakter profesionalnya.

Nilai pendidikan ditanamkan sangat kuat oleh kedua orang tuanya. Walau hidup dalam keterbatasan, Freddy didorong untuk belajar dengan sungguh-sungguh dan berprestasi. Ketika pindah dari Makassar ke Jakarta dan mengalami “kejutan akademik” akibat perbedaan standar pendidikan, ia tidak menyerah. Dengan disiplin ekstrem—bangun pukul 03.30 pagi untuk belajar—

ia mampu mengejar ketertinggalan dan kembali berprestasi. Pengalaman ini menanamkan keyakinan mendasar dalam dirinya bahwa kerja keras, konsistensi, dan kesungguhan selalu mampu mengalahkan keterbatasan awal. Prinsip ini kemudian ia bawa tidak hanya dalam pendidikan formal, tetapi juga dalam "sekolah kehidupan" dan dunia kerja.

Cita-cita awal Freddy untuk menjadi arsitek harus pupus ketika kondisi ekonomi keluarga tidak memungkinkan dirinya melanjutkan pendidikan di universitas teknik. Titik balik hidupnya terjadi pada tahun 1986 ketika, atas saran kerabat ayahnya, ia masuk Akademi Asuransi Trisakti (AKASTRI). Dunia asuransi bukanlah pilihan hati, melainkan jalan hidup yang harus diterima dengan realistis dan lapang dada. Dari sinilah Freddy mulai memahami bahwa hidup tidak selalu berjalan sesuai rencana, namun setiap perubahan menyimpan peluang jika dijalani dengan kesungguhan. Prinsip menerima realitas, beradaptasi, dan terus meningkatkan kompetensi menjadi fondasi penting dalam perjalanan panjangnya di industri asuransi.

Selama hampir 15 tahun, Freddy memandang setiap perusahaan sebagai "perguruan tinggi kehidupan". Ia menimba ilmu dari berbagai institusi: konsultan asuransi, perusahaan asuransi nasional dan multinasional, serta berbagai departemen teknis seperti underwriting, klaim, dan pemasaran. Ia dikenal sebagai pembelajar serius yang tidak memilih pekerjaan, mempelajari polis secara mendalam hingga detail klausul, dan menjadikan praktik kerja sebagai sarana pendidikan sejati. Perpindahan dari satu perusahaan ke perusahaan lain bukan didorong oleh gaji semata, melainkan oleh kebutuhan untuk terus belajar, memperluas jaringan, dan meningkatkan nilai diri.

Dari pengalaman inilah lahir keyakinannya bahwa uang akan mengikuti kompetensi, bukan sebaliknya.

Puncak perjalanan profesional Freddy ditandai dengan pendirian Antara Intermediary Indonesia pada tahun 2002, di mana ia berperan sebagai pendiri, pendidik, dan pemimpin. Pada usia 50 tahun, Freddy memilih pensiun dini dari posisi eksekutif untuk memberi ruang bagi generasi muda dan mengabdikan diri lebih luas pada dunia pendidikan melalui Itikad Academy. Baginya, mengajar adalah cara belajar terbaik, dan menulis adalah napas kehidupan. Seluruh perjalanan hidupnya mencerminkan satu pesan utama: keberhasilan bukanlah hasil kebetulan, melainkan konsekuensi dari pilihan sadar, kerja keras, dan kesediaan untuk terus bertumbuh. Dari rumah bilik bambu hingga menjadi pendidik dan praktisi asuransi nasional, hidup Freddy adalah kesaksian bahwa keterbatasan bukan penghalang, melainkan titik awal pembentukan makna hidup yang sejati.



Rapat Dengar Pendapat DPR Komisi XI – 23.09.2025
Sebagai Narasumber Program Penjaminan Polis



Lembaga Penjamin Simpanan – Jakarta, 12 Desember 2025
Sebagai narasumber Program Penjaminan Polis

Frederick Philippe Pierre P. – tidak pernah terpikir masuk asuransi



Frederick Philippe P., yang akrab disapa Pierre, lahir sebagai anak pertama dalam keluarga dengan tanggung jawab yang ditanamkan sejak dini. Sejak awal, ayahnya menanamkan peran sebagai teladan bagi adik-adiknya—bukan hanya dalam sikap, tetapi juga dalam cara menjalani hidup dengan disiplin dan tanggung jawab. Harapan tersebut membentuk kesadaran Pierre bahwa menjadi anak sulung bukan sekadar urutan kelahiran, melainkan amanah untuk menjaga nama baik keluarga dan menunjukkan kedewasaan dalam setiap keputusan hidup. Nilai ini menjadi fondasi karakter yang terus ia bawa dalam pendidikan, pekerjaan, dan kehidupan berkeluarga.

Dalam pendidikan, Pierre sebenarnya memiliki keinginan untuk melanjutkan studi di BINUS, namun demi pertimbangan jarak dan arahan orang tua, ia akhirnya menempuh pendidikan di Institut Bisnis dan Informatika Kwik Kian Gie (IBI KKG), Sunter, dengan mengambil jurusan Manajemen Keuangan. Setelah lulus, Pierre belum memiliki gambaran jelas tentang arah karier yang ingin ditempuh. Ketika ditanya tentang rencana kerja, jawabannya sederhana: ia belum tahu. Dari ketidaktahuan itulah, ayahnya menawarkan sebuah jalan—mencoba bekerja di industri perasuransian. Tanpa banyak pertimbangan, Pierre menerima tawaran tersebut sebagai langkah awal memasuki dunia profesional.

Ayahnya menanamkan satu prinsip penting: pada tahun-tahun awal bekerja, Pierre tidak boleh terjebak pada ekspektasi penghasilan, melainkan harus fokus belajar, menyerap ilmu, dan membangun jejaring. Dengan bimbingan tersebut, Pierre memulai karier di sebuah perusahaan penilai kerugian (loss adjuster). Di sana, ia belajar secara menyeluruh mengenai proses kerja, dokumentasi, dan analisis kerugian. Ia berusaha tidak hanya memenuhi ekspektasi, tetapi melampauinya—bekerja lebih cepat, lebih rapi, dan lebih bertanggung jawab. Tanpa disadari, proses "belajar sambil bekerja" ini berlangsung selama lima tahun dan membentuk fondasi teknis yang sangat kuat bagi dirinya.

Seiring berjalannya waktu, Pierre memasuki fase kehidupan baru sebagai kepala keluarga. Tanggung jawab yang meningkat mendorongnya mencari tantangan dan kesempatan baru. Ia kemudian berpamitan dengan perusahaan loss adjuster tempatnya bertumbuh dan bergabung dengan perusahaan asuransi joint venture, khususnya di bagian klaim. Di posisi ini, Pierre menemukan kepuasan profesional karena dapat memanfaatkan seluruh pengalaman sebelumnya dalam melakukan verifikasi dan analisis klaim. Tantangan yang kompleks justru menjadi ruang pembelajaran yang memperkaya kompetensi dan ketajaman profesionalnya.

Pierre memandang kesuksesan sebagai proses jangka panjang yang dibangun melalui kerja keras, pembelajaran berkelanjutan, dan integritas. Ia terus mencari kesempatan menangani pekerjaan tambahan, mengikuti pelatihan, dan memperdalam keahlian profesi. Nasihat ayahnya selalu menjadi pengingat: bekerja dengan jujur, menjaga reputasi, dan menolak segala bentuk penyimpangan. Bagi Pierre, industri asuransi

adalah industri yang mulia karena memberi perlindungan nyata bagi masyarakat—namun hanya jika dijalankan dengan benar, sesuai kebutuhan dan profil risiko tertanggung. Dengan menjunjung tinggi prinsip utmost good faith, Pierre memilih untuk menikmati perjalanan kariernya dengan komitmen belajar tanpa henti dan bekerja sebaik mungkin.

Gerald Andrew Renee P. – aku bukan siapa-siapa



Gerald Andrew memulai kisah hidupnya dengan kesadaran sederhana namun jujur: ia merasa “bukan siapa-siapa”. Ia tumbuh sebagai anak kedua dari orang tua yang sangat ia hormati dan cintai, terutama ibunya, Barbara, yang menjadi sosok penting dalam pembentukan karakter hidupnya. Gerald menjalani masa kanak-kanak dan remaja dengan berupaya menjadi anak yang baik dan membanggakan orang tuanya. Hingga usia 27 tahun ia tinggal bersama keluarga, sebelum akhirnya menikah dan memulai kehidupan rumah tangganya sendiri. Nilai kedekatan keluarga, rasa hormat kepada orang tua, serta keinginan untuk hidup bertanggung jawab menjadi fondasi kepribadian yang ia bawa hingga dewasa.

Dalam perjalanan pendidikannya, Gerald mengikuti jalur yang relatif umum hingga tingkat SMA di sekolah pilihan orang tuanya. Barulah saat memasuki perguruan tinggi ia menentukan pilihan sendiri dengan mengambil Jurusan Ilmu Komunikasi di Institut Bisnis dan Informatika Kwik Kian Gie, Jakarta Utara. Pilihan ini diambil dengan kejujuran khas anak muda—bukan karena idealisme besar, melainkan karena pertimbangan praktis. Namun dari proses itulah Gerald belajar bahwa hidup sering kali dimulai dari keputusan sederhana, yang kelak membawanya pada pengalaman-pengalaman penting. Setelah lulus dan diwisuda, ia memasuki dunia kerja sebagai karyawan Bank Bumi Arta, sebuah bank swasta nasional, yang menjadi pintu masuknya ke dunia profesional.

Di Bank Bumi Arta, Gerald tidak hanya belajar tentang dunia perbankan, tetapi juga tentang kehidupan. Di sanalah ia menemukan pasangan hidupnya, Della Marina Sutanti, yang kemudian menjadi alasan penting dalam pengambilan keputusan besar dalam hidupnya. Demi menikah, Gerald memilih mengundurkan diri dari pekerjaannya meskipun kariernya relatif nyaman dan stabil. Keputusan ini menuntut keberanian, karena ia harus kembali mencari pekerjaan tanpa bekal jaringan yang memadai. Dengan bantuan dan referensi dari ayahnya, Gerald akhirnya mengikuti Management Development Program di PT Kalibesar Raya Utama (KBRU), salah satu perusahaan pialang asuransi terbesar di Indonesia yang berada di bawah naungan Sinarmas Group. Keputusan ini menjadi titik balik yang membawanya masuk ke industri asuransi.

Di KBRU, Gerald memilih bergabung di tim klaim—sebuah posisi yang menuntut ketahanan mental, empati, dan kemampuan analisis yang tinggi. Ia menyadari bahwa pekerjaan klaim bukan sekadar proses administratif, melainkan ruang konflik antara harapan tertanggung dan batasan polis asuransi. Tekanan muncul ketika tim klaim dipandang sebagai "penyelamat terakhir", meskipun secara kontraktual jaminan polis tidak selalu sejalan dengan penyebab kerugian. Gerald kerap harus berdiskusi dengan senior, bahkan dengan ayahnya, untuk mencari solusi terbaik—dan tidak jarang harus menerima kenyataan pahit bahwa klaim tidak dapat dibayarkan. Dari pengalaman ini, ia belajar pentingnya edukasi yang benar kepada tertanggung, desain program asuransi yang tepat, serta penegakan prinsip *utmost good faith* sejak awal.

Meski penuh tekanan, Gerald menemukan makna terdalam dari pekerjaannya ketika klaim berhasil diselesaikan dan rasa terima kasih disampaikan oleh tertanggung. Ia menyadari bahwa hidup sering kali tidak berjalan sesuai cita-cita masa kecil, namun justru di situlah pelajaran hidup bekerja. Dengan kesadaran bahwa industri asuransi mungkin adalah takdir yang digariskan baginya, mengikuti jejak ayah dan kakaknya, Gerald bertekad untuk terus belajar dan bertumbuh. Keputusannya melanjutkan pendidikan Strata 2 di Sekolah Tinggi Manajemen Asuransi Trisakti mencerminkan komitmen tersebut. Dari posisi “bukan siapa-siapa”, Gerald memilih untuk terus melangkah—melayani, belajar, dan memberi manfaat bagi masyarakat awam melalui profesi yang dijalaninya dengan kejujuran dan ketekunan.

Kurnia Haryakusuma



Kurnia Haryakusuma adalah seorang profesional di sektor keuangan baik konvensional maupun syariah dengan pengalaman luas dalam perencanaan strategis, pengembangan produk, serta manajemen keuangan dan risiko. Kurnia Haryakusuma memiliki gelar Master of Science di bidang Islamic Finance dari Durham University, Inggris.

Ir. Sudarno Hardjo Saparto, AAIK, ICPU, ICBU, AMRP, QRGP, CIIB



Ir. **Sudarno Hardjo Saparto**, AAIK, ICPU, ICBU, AMRP, QRGP, CIIB, adalah seorang profesional senior di bidang **teknik, manajemen risiko, asuransi, dan keselamatan kerja (K3)** dengan pengalaman lebih dari empat dekade. Lahir di Karanganyar, Surakarta pada 10 Mei 1956, beliau merupakan Warga Negara Indonesia yang saat ini berdomisili di Jakarta Pusat dan aktif sebagai **Technical Advisor di PT Pasopati Insurance Broker**.

Beliau memiliki latar belakang pendidikan teknik yang kuat, dengan gelar **Sarjana Teknik Mesin**. Kompetensi formal tersebut diperkuat oleh berbagai sertifikasi nasional dan internasional di bidang **Teknologi informasi**, **asuransi, manajemen risiko, risk governance, serta Health and Safety & Environment (HSE)**, termasuk pelatihan di Jepang dan Singapura. Keahliannya mencakup proteksi kebakaran, kelistrikan, petir, HAZOP, fire modelling, hingga penerapan ISO dan SMK3.

Karier profesional Ir. Sudarno mencakup posisi strategis di berbagai perusahaan besar, mulai dari sektor **industri berat P.T. Indonesia Asahan Aluminium (PT. Inalum), teknologi informasi, hingga asuransi nasional dan multinasional.** Pengalaman panjangnya di PT Asuransi Allianz Utama Indonesia selama lebih dari 20 tahun membentuk keahliannya sebagai **Senior Risk Engineer, Technical Advisor, dan Claim Manager**, dengan tanggung jawab pada risk survey, loss control, claim handling, serta pengembangan sistem underwriting dan manajemen risiko berbasis teknologi.

Selanjutnya, beliau dipercaya memegang posisi pimpinan dan penasihat teknis di berbagai perusahaan pialang asuransi dan reasuransi, seperti **PT MNC Asuransi Indonesia, PT Adonai Pialang Asuransi, PT Multipilar Energi, dan PT Pasopati Insurance Broker**. Dalam peran tersebut, beliau berfokus pada penyusunan SOP, pengembangan kualitas operasional, konsultasi risiko, pengendalian klaim, serta pembinaan sumber daya manusia di bidang teknik dan asuransi.

Selain berkarier sebagai praktisi, Ir. Sudarno juga aktif sebagai **narasumber, instruktur, dan pengajar** di berbagai institusi pendidikan, asosiasi profesi, serta seminar nasional, khususnya terkait **risk assessment, engineering insurance, keselamatan kerja, dan manajemen kebakaran**. Dengan pengalaman luas di ratusan proyek industri, infrastruktur, energi, manufaktur, dan properti di seluruh Indonesia, beliau dikenal sebagai figur yang mengintegrasikan pendekatan teknik, risiko, dan asuransi secara komprehensif untuk mendukung keberlanjutan dan keselamatan bisnis.

Steven C.R. Pieloor

Steven Christopher Reynard Pieloor adalah seorang pemuda berusia 20 tahun yang tumbuh dengan kesadaran kuat akan arah hidup dan tanggung jawab pribadi. Sebagai anak bungsu dari tiga bersaudara, Steven tidak menempatkan dirinya sebagai sosok yang bergantung pada keluarga, melainkan justru terdorong untuk membuktikan kemandirian dan kapasitas dirinya sendiri. Lingkungan keluarga yang telah lebih dahulu berkecimpung di industri perasuransian membentuk pola pikirnya sejak dini, bukan dalam bentuk paksaan, tetapi melalui keteladanan. Dari sanalah tumbuh ketertarikannya terhadap dunia asuransi, yang kemudian membawanya memilih melanjutkan pendidikan di Sekolah Tinggi Manajemen Asuransi (STMA) Trisakti sebagai langkah awal membangun masa depan profesional yang terarah.

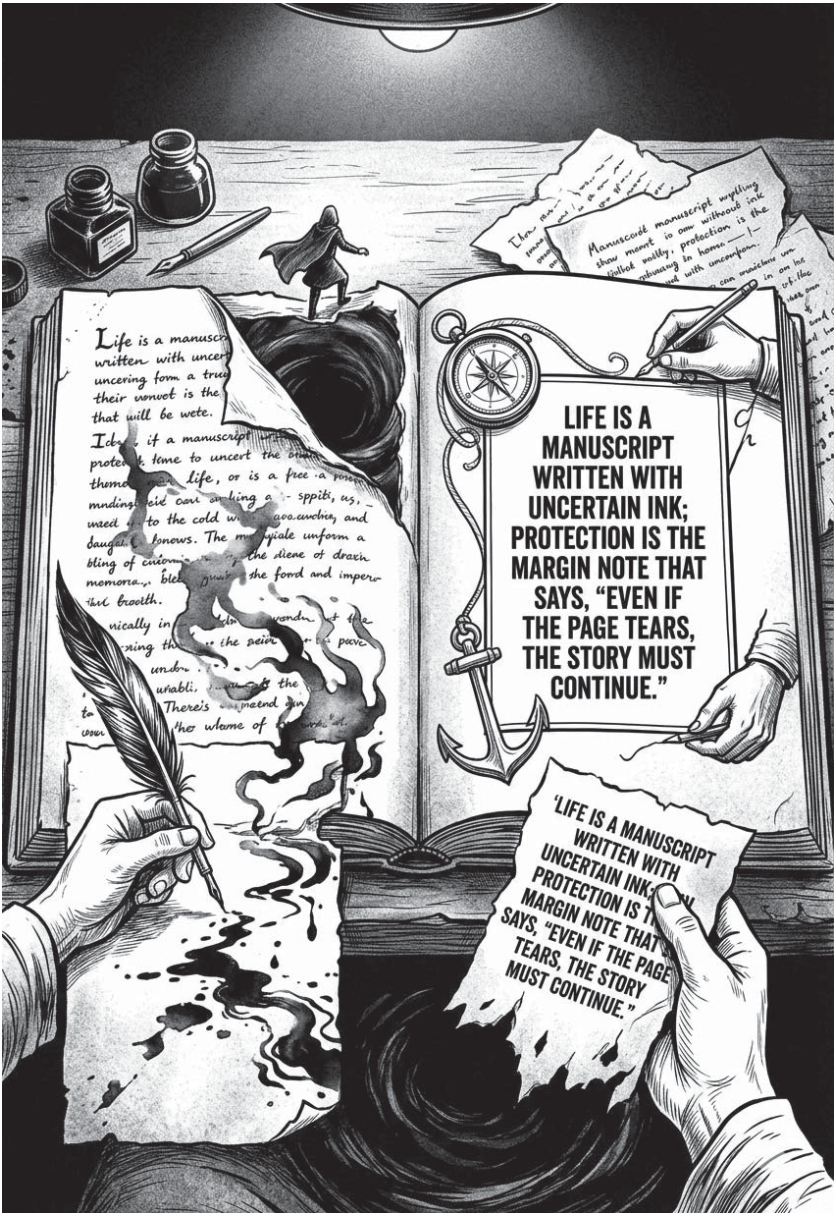
Bagi Steven, pendidikan bukan sekadar kewajiban akademik, melainkan sarana pembentukan karakter dan tanggung jawab hidup. Ia memiliki keyakinan bahwa seorang anak—terlebih seorang laki-laki—harus mampu berdiri di atas kakinya sendiri, mengambil keputusan, dan menanggung konsekuensinya. Kesadaran inilah yang mendorongnya untuk belajar dengan sungguh-sungguh dan menyiapkan diri sejak dini agar kelak dapat menjadi pribadi yang membanggakan orang tua, bukan hanya melalui capaian akademik, tetapi juga melalui integritas dan etos kerja. Steven memandang masa kuliah sebagai fase penting untuk menempa disiplin, pola pikir profesional, dan kesiapan mental menghadapi dunia kerja.

Pandangan Steven terhadap asuransi melampaui pemahaman teknis sebagai bisnis semata. Ia melihat asuransi sebagai institusi sosial yang memiliki nilai moral dan kemanusiaan yang tinggi. Asuransi baginya adalah mekanisme gotong royong

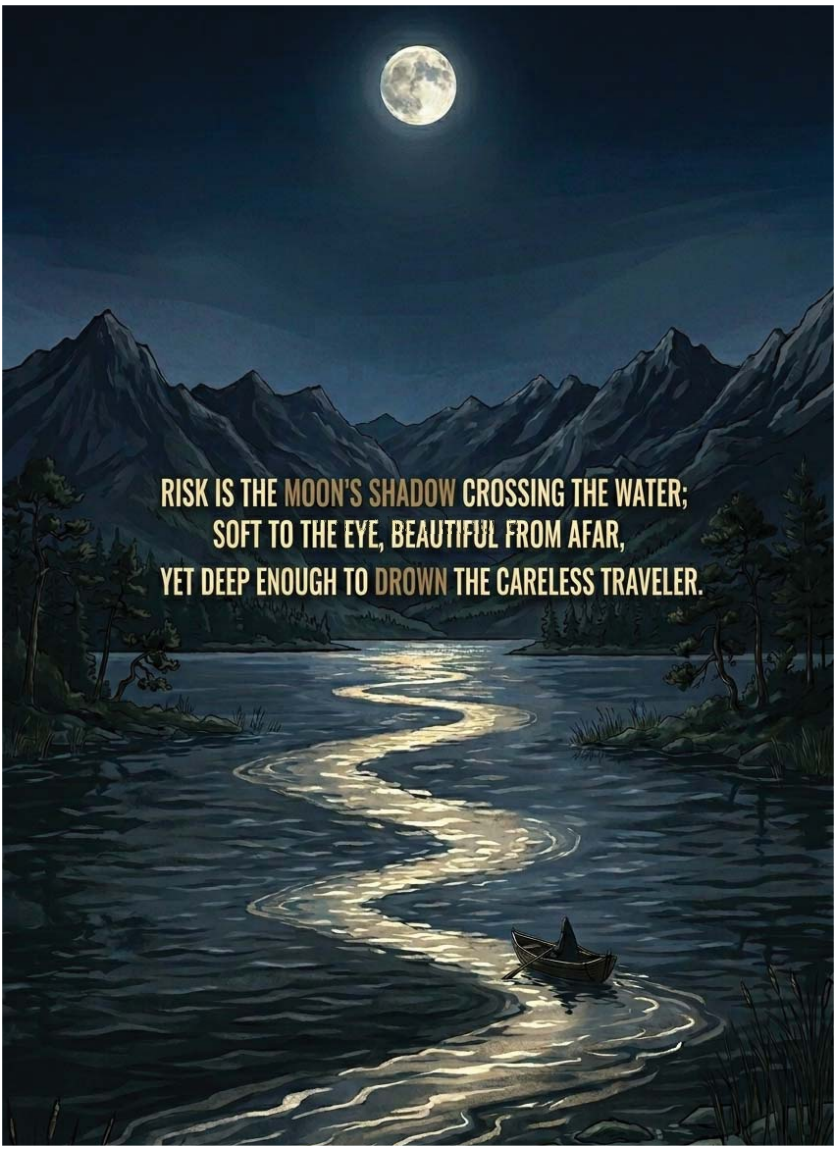
modern, yang memungkinkan masyarakat bangkit kembali dari krisis akibat risiko dan musibah. Kesadaran ini membuat Steven memahami bahwa profesi di bidang asuransi menuntut tanggung jawab yang besar, karena menyangkut kepercayaan, harapan, dan perlindungan masa depan banyak orang. Inilah yang menguatkan tekadnya untuk menjadikan industri asuransi sebagai jalan pengabdian, bukan sekadar sumber penghasilan.

Steven juga menyadari bahwa asuransi bukanlah produk yang sederhana. Ia memahami bahwa polis asuransi adalah kontrak hukum yang kompleks, penuh istilah teknis, dan sering kali sulit dipahami oleh masyarakat awam. Dari kesadaran inilah muncul keinginannya untuk menjadi "penolong" bagi masyarakat—seseorang yang mampu menjembatani kepentingan perusahaan asuransi dan hak-hak tertanggung secara adil dan transparan. Prinsip utmost good faith atau itikad baik tertinggi menjadi nilai utama yang ingin ia pegang teguh dalam setiap peran yang kelak dijalaninya. Baginya, integritas bukan sekadar jargon, melainkan fondasi moral profesi asuransi.

Dengan bekal pendidikan di STMA Trisakti, Steven meyakini bahwa dirinya sedang membangun pondasi yang kuat, baik dari sisi keilmuan, karakter, maupun jejaring profesional. Ia memandang STMA Trisakti bukan hanya sebagai tempat belajar, tetapi sebagai ruang pembentukan insan perasuransian yang siap kerja, siap tanggung jawab, dan siap bersaing. Rasa syukur kepada Tuhan serta penghargaan yang mendalam kepada orang tua dan kakak-kakaknya menjadi energi batin yang mendorongnya untuk terus bertumbuh. Steven menatap masa depan dengan keyakinan bahwa kontribusi nyata, integritas, dan kompetensi adalah jalan terbaik untuk membangun kepercayaan publik dan memberi makna bagi industri asuransi Indonesia.


LIFE IS A MANUSCRIPT WRITTEN WITH UNCERTAIN INK; PROTECTION IS THE MARGIN NOTE THAT SAYS, "EVEN IF THE PAGE TEARS, THE STORY MUST CONTINUE."
'LIFE IS A MANUSCRIPT WRITTEN WITH UNCERTAIN INK;
MARGIN NOTE THAT
SAYS, "EVEN IF THE PAGE
TEARS, THE STORY
MUST CONTINUE."


Jangan Membeli Asuransi Sebelum Baca Buku Ini
Ketika Membeli Asuransi
Karena Tidak Enak Hati
Perlindungan
Manfaat
Keamanan
Perencanaan
Matematika
GURU
ASURANSI
Andreas Freddy Pieloor

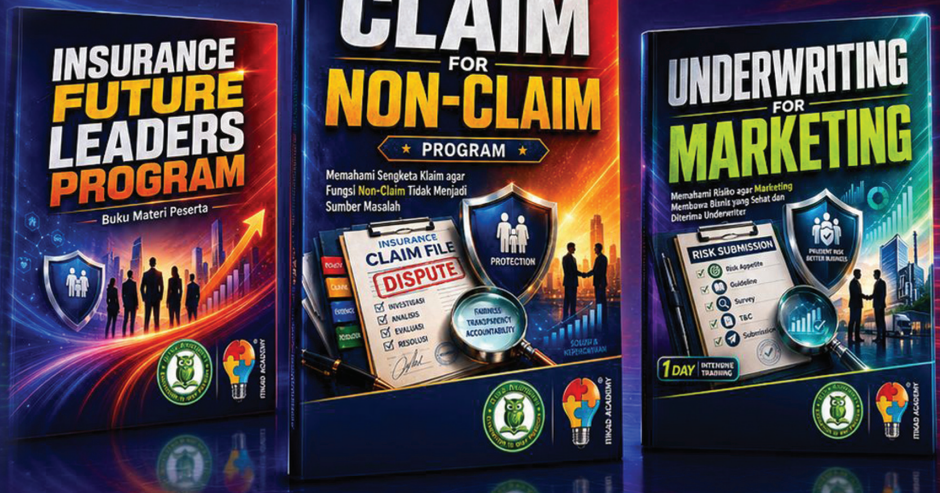

RISK IS THE MOON'S SHADOW CROSSING THE WATER;
SOFT TO THE EYE, BEAUTIFUL FROM AFAR,
YET DEEP ENOUGH TO DROWN THE CARELESS TRAVELER.

ITIKAD ACADEMY

School of Insurance Professionals

https://ItikadAcademy.com

Established 2017



Training • Books • Insurance Knowledge