

PENOLAKAN KLAIM ASURANSI JIWA KARENA TIDAK DIUNGKAPKANNYA RISIKO KESEHATAN

Jamalum Sinambela,
Fakultas Hukum Universitas Prima Indonesia
jamalumsinambela@unprimdn.ac.id

ABSTRAK

Penolakan klaim asuransi jiwa karena tidak diungkapkannya kondisi kesehatan oleh tertanggung merupakan isu yang kerap menimbulkan sengketa hukum antara perusahaan asuransi dan ahli waris. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dasar hukum penolakan klaim berdasarkan Pasal 251 KUHD serta penerapan asas itikad baik dalam kontrak asuransi jiwa. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan yuridis-normatif dan studi kasus, yang menelaah kasus nyata penolakan klaim oleh Prudential serta beberapa putusan pengadilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa menyembunyikan fakta material terkait kondisi kesehatan dapat menjadi dasar sah bagi penolakan klaim oleh penanggung. Namun demikian, peran agen asuransi, transparansi informasi, dan edukasi nasabah menjadi faktor penting dalam mewujudkan keseimbangan perlindungan hukum bagi kedua belah pihak. Penelitian ini merekomendasikan penguatan regulasi dan sistem verifikasi risiko yang lebih transparan untuk menghindari sengketa di masa mendatang.

Kata kunci: asuransi jiwa, penolakan klaim, Pasal 251 KUHD, risiko kesehatan, itikad baik.

ABSTRACT

The rejection of life insurance claims due to the insured's failure to disclose health conditions often leads to legal disputes between insurance companies and beneficiaries. This study aims to analyze the legal basis for claim rejection under Article 251 of the Indonesian Commercial Code (KUHD) and the application of the good faith principle in life insurance contracts. The research employs a qualitative method with a normative juridical and case study approach, examining an actual claim rejection case by Prudential and several court decisions. The findings indicate that concealing material facts about health conditions constitutes a valid legal ground for insurers to reject claims. However, the role of insurance agents, transparency of information, and policyholder education are crucial in ensuring balanced legal protection for both parties. This study recommends strengthening regulations and establishing a more transparent risk verification system to prevent future disputes.

Keywords: life insurance, claim rejection, Article 251 KUHD, health risk, good faith.

A. PENDAHULUAN

Kontrak asuransi jiwa merupakan bentuk perjanjian yang unik karena bersifat aleatorik, yakni ditentukan oleh suatu peristiwa yang belum pasti terjadi. Dalam pelaksanaannya, perjanjian ini sangat bergantung pada asas *uberrimae fidei* atau itikad baik tertinggi dari kedua belah pihak, khususnya tertanggung. Prinsip ini mengharuskan tertanggung untuk mengungkapkan seluruh informasi yang relevan dan material terhadap risiko yang akan ditanggung oleh penanggung. Ketidakjujuran dalam menyampaikan kondisi kesehatan menjadi salah satu penyebab utama terjadinya sengketa dalam kontrak asuransi jiwa¹.

Peraturan yang secara eksplisit mengatur tentang kewajiban pengungkapan risiko dapat ditemukan dalam Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD). Pasal ini menegaskan bahwa penanggung berhak membatalkan perjanjian atau menolak klaim apabila terbukti bahwa tertanggung menyembunyikan fakta yang dapat memengaruhi risiko. Ketentuan ini menjadi dasar yuridis yang sering digunakan oleh perusahaan asuransi dalam membela diri saat menghadapi tuntutan hukum dari tertanggung atau ahli waris.

Dalam praktik, tidak sedikit kasus di mana tertanggung mengisi formulir permohonan asuransi dengan bantuan agen, tanpa memahami secara utuh dampak hukum dari informasi yang

diberikan atau diabaikan. Kurangnya edukasi, kejelasan komunikasi dari agen, serta minimnya verifikasi independen dari pihak asuransi sendiri, turut memperburuk situasi dan berpotensi menimbulkan sengketa hukum di kemudian hari².

Sengketa mengenai penolakan klaim asuransi karena tidak diungkapkannya kondisi kesehatan menjadi topik yang semakin penting untuk dikaji. Selain menyangkut perlindungan konsumen, persoalan ini juga berkaitan dengan upaya menciptakan keadilan dalam hubungan kontraktual antara perusahaan asuransi dan nasabah. Oleh karena itu, analisis terhadap penerapan asas itikad baik dan ketentuan Pasal 251 KUHD dalam konteks yuridis dan praktik peradilan sangat diperlukan untuk memberikan gambaran yang utuh dan solusi konstruktif dalam penyelesaian sengketa asuransi³.

RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana penerapan asas itikad baik dan ketentuan Pasal 251 KUHD dalam penolakan klaim asuransi jiwa?
2. Bagaimana pertimbangan hukum dalam putusan pengadilan atas sengketa penolakan klaim asuransi jiwa akibat tidak diungkapkannya kondisi kesehatan?

¹ Retno Andriani, 2018, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Kencana, Jakarta, hlm. 45.

² Budi Hidayat, 2020, *Perlindungan Konsumen dalam Industri Asuransi*, Sinar Grafika, Jakarta, hlm. 99.

³ Lilis Nurhidayah, 2019, "Good Faith dalam Kontrak Asuransi Jiwa", *Jurnal Hukum IUS*, Vol. 7 No. 3. Diakses dari <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IUS/article/view/12111>

B. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis-normatif yang bertumpu pada analisis peraturan perundang-undangan dan doktrin hukum yang relevan dengan kontrak asuransi, khususnya Pasal 251 KUHD. Pendekatan ini dipilih karena fokus utama penelitian adalah menganalisis norma hukum yang mengatur hubungan antara tertanggung dan penanggung dalam konteks itikad baik serta kewajiban pengungkapan risiko. Selain itu, metode ini juga digunakan untuk menelaah asas-asas hukum perdata dan dagang yang menjadi dasar pembentukan kontrak asuransi di Indonesia.

Selain pendekatan normatif, penelitian ini juga menggunakan metode studi kasus yang bersumber dari dokumen faktual seperti putusan pengadilan, dokumen internal perusahaan asuransi, dan korespondensi hukum antara pihak ahli waris dan perusahaan asuransi Prudential. Studi kasus dipilih untuk memberikan gambaran konkret mengenai praktik di lapangan, serta menilai kesesuaian penerapan hukum dengan realitas sosial dan ekonomi. Sumber data sekunder diperoleh dari buku hukum, jurnal ilmiah, peraturan Otoritas Jasa Keuangan, dan publikasi resmi dari lembaga asuransi yang diterbitkan dalam kurun waktu 2015–2025 guna memastikan relevansi dan kebaruan data yang dianalisis.

C. HASIL PENELITIAN

Kasus yang menjadi fokus penelitian ini melibatkan seorang nasabah perusahaan asuransi Prudential yang mengajukan dua polis asuransi jiwa melalui dua agen yang berbeda. Langkah tersebut dilakukan sebagai bagian dari perencanaan keuangan pribadi sekaligus

perlindungan terhadap risiko kematian. Namun, penting dicatat bahwa saat pengisian formulir SPAJ (Surat Permintaan Asuransi Jiwa), tidak seluruh riwayat kesehatan nasabah tercantum secara lengkap, terutama mengenai kondisi hipertensi dan hydrocephalus yang sebelumnya telah diderita.

Setelah polis berjalan selama beberapa bulan, tepatnya pada bulan Desember 2023, nasabah tersebut meninggal dunia. Pihak keluarga sebagai ahli waris segera mengajukan klaim atas dua polis tersebut kepada pihak Prudential. Namun, setelah dilakukan proses investigasi internal oleh perusahaan, ditemukan bahwa nasabah tidak menginformasikan secara jujur kondisi medis yang dimilikinya. Ketidakterbukaan informasi inilah yang kemudian dijadikan dasar oleh Prudential untuk menolak pencairan klaim.

Merasa dirugikan oleh keputusan tersebut, pihak ahli waris menyampaikan keberatan melalui mekanisme somasi hukum. Mereka menyatakan bahwa pengisian SPAJ dilakukan dengan bantuan agen asuransi dan tidak ada penjelasan mengenai konsekuensi hukum dari informasi yang diisi. Dalam somasinya, kuasa hukum ahli waris menekankan bahwa pihak nasabah telah bertindak dalam koridor standar prosedur tanpa ada niat menyembunyikan informasi secara sengaja. Mereka juga menyatakan bahwa perusahaan asuransi memiliki kewajiban melakukan verifikasi risiko lebih lanjut sebelum menerima permohonan polis.

Pihak Prudential mendasarkan keputusannya pada ketentuan Pasal 251 KUHD yang mewajibkan tertanggung mengungkapkan semua keadaan yang diketahui dan dapat memengaruhi risiko yang diasuransikan.

Ketentuan ini memberikan hak kepada penanggung untuk membatalkan kontrak atau menolak klaim apabila ditemukan fakta bahwa risiko yang ditanggung berbeda dengan kondisi aktual tertanggung akibat tidak diungkapkannya informasi material⁴. Dalam konteks ini, ketidakterbukaan terhadap penyakit hipertensi dan hydrocephalus dinilai sebagai pelanggaran atas prinsip itikad baik yang menjadi dasar utama dalam kontrak asuransi.

Kasus ini mencerminkan realitas bahwa sengketa klaim asuransi jiwa kerap kali berakar dari ketidaksamaan pemahaman antara tertanggung dan penanggung mengenai informasi yang dianggap material. Selain itu, praktik pengisian SPAJ yang sering dibantu agen tanpa pendampingan hukum atau edukasi memadai menjadi tantangan serius. Oleh karena itu, kasus ini menjadi contoh penting yang menunjukkan urgensi peningkatan edukasi, verifikasi data yang transparan, serta penegakan prinsip hukum dalam setiap tahap perjanjian asuransi⁵.

D. PEMBAHASAN

1. PUTUSAN MAHKAMAH AGUNG NOMOR 1683 K/PDT/2017

Putusan Mahkamah Agung Nomor 1683 K/Pdt/2017 menjadi salah satu yurisprudensi penting yang menegaskan kewajiban hukum

⁴ Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD)

⁵ Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia, 2022, *Pedoman Praktik Asuransi Jiwa*, AAJI, Jakarta, hlm. 88.

tertanggung untuk mengungkapkan seluruh fakta material yang berkaitan dengan objek asuransi. Dalam perkara ini, Mahkamah menilai bahwa tertanggung telah lalai menyampaikan kondisi medis yang secara substansial memengaruhi keputusan penanggung dalam menerima risiko. Fakta tersebut dinilai melanggar asas *uberrimae fidei* atau itikad baik yang menjadi fondasi dalam kontrak asuransi jiwa⁶.

Pengadilan menyatakan bahwa keterbukaan informasi oleh tertanggung bukan hanya kewajiban moral, tetapi memiliki kedudukan sebagai norma hukum yang mengikat. Informasi mengenai kondisi kesehatan yang relevan harus diungkapkan secara jujur dan lengkap karena penanggung tidak memiliki akses langsung terhadap data medis calon nasabah. Oleh karena itu, setiap menyembunyian atau ketidaktengkapan data dapat dianggap sebagai bentuk wanprestasi yang sah untuk membatalkan kontrak⁷.

Dalam praktiknya, pengadilan memberikan pembenaran terhadap penolakan klaim apabila terbukti bahwa informasi yang tidak diungkapkan memiliki pengaruh terhadap keputusan underwriting. Hal ini menunjukkan bahwa proses akseptasi risiko oleh perusahaan asuransi bergantung sepenuhnya pada kejujuran informasi yang diberikan oleh tertanggung saat pengisian SPAJ. Oleh karena itu, kegagalan dalam memenuhi prinsip keterbukaan ini dapat

⁶ Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2017, Putusan No. 1683 K/Pdt/2017. Diakses dari: <https://putusan3.mahkamahagung.go.id>

⁷ Retno Andriani, 2018, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Kencana, Jakarta, hlm. 123.

menimbulkan konsekuensi hukum yang serius bagi pihak bertanggung atau ahli waris.

Yurisprudensi ini juga menjadi acuan bagi pengadilan-pengadilan tingkat pertama dan banding dalam menangani sengketa klaim asuransi. Dalam banyak perkara serupa, pengadilan cenderung merujuk pada prinsip yang ditegaskan dalam putusan Mahkamah Agung tersebut, terutama dalam menilai unsur kesengajaan atau kelalaian dalam menyampaikan informasi penting. Pendekatan ini sekaligus memperkuat posisi hukum penanggung dalam menjaga integritas dan keseimbangan dalam kontrak asuransi⁸.

Dengan demikian, prinsip pengungkapan risiko menjadi syarat mutlak yang harus dipenuhi dalam setiap kontrak asuransi jiwa. Kewajiban ini tidak bisa dinegosiasikan dan berlaku sejak proses awal pengajuan polis. Putusan Mahkamah Agung No. 1683 K/Pdt/2017 telah memberikan preseden yang kuat bahwa pelanggaran terhadap kewajiban ini akan menyebabkan klaim kehilangan dasar hukumnya. Oleh karena itu, edukasi mengenai pentingnya keterbukaan informasi menjadi tanggung jawab bersama antara perusahaan asuransi, agen, dan regulator⁹.

2. PUTUSAN PENGADILAN NEGERI JAKARTA SELATAN NO. 104/PDT.G/2019/PN.JKT.SEL DAN

⁸ Budi Hidayat, 2020, *Perlindungan Konsumen dalam Industri Asuransi*, Sinar Grafika, Jakarta, hlm. 102.

⁹ Lilis Nurhidayah, 2019, “Good Faith dalam Kontrak Asuransi Jiwa”, *Jurnal Hukum IUS*, Vol. 7 No. 3. Diakses dari:

PUTUSAN PENGADILAN NEGERI BANDUNG NO. 82/PDT.G/2020/PN.BDG

Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan No. 104/Pdt.G/2019/PN.JKT.SEL memberikan penegasan bahwa kewajiban pengungkapan fakta material, khususnya kondisi medis bertanggung, merupakan tanggung jawab hukum yang tidak bisa dialihkan. Dalam perkara ini, pengadilan memutuskan bahwa bertanggung gagal menginformasikan riwayat penyakit jantung yang signifikan, yang seharusnya menjadi pertimbangan penting dalam proses underwriting oleh perusahaan asuransi. Keputusan ini memperkuat posisi penanggung yang selama ini kerap berada dalam posisi defensif ketika klaim ditolak¹⁰.

Pengadilan menyatakan bahwa formulir SPAJ bukan sekadar dokumen administratif, melainkan bagian dari kontrak awal yang memuat deklarasi risiko oleh bertanggung. Oleh karena itu, setiap informasi yang diberikan dalam formulir tersebut harus lengkap dan akurat. Jika terdapat ketidaksesuaian atau penyembunyian informasi penting, maka perusahaan asuransi memiliki dasar hukum yang sah untuk menolak klaim. Hal ini selaras dengan prinsip kehati-hatian dalam industri keuangan yang mewajibkan verifikasi awal berdasarkan keterbukaan penuh dari calon bertanggung¹¹.

<https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IUS/article/view/12111>

¹⁰ Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan No. 104/Pdt.G/2019/PN.JKT.SEL.

¹¹ Harsanti, Dwi, 2020, *Hukum Asuransi dan Praktik Peradilan*, Sinar Grafika, Jakarta, hlm. 112.

Putusan lain yang senada dapat ditemukan dalam perkara Pengadilan Negeri Bandung No. 82/Pdt.G/2020/PN.Bdg, di mana pengadilan menolak klaim karena tertanggung tidak menyatakan bahwa ia memiliki riwayat stroke ringan sebelum menandatangani polis. Dalam pertimbangannya, majelis hakim menyatakan bahwa walaupun tertanggung mengisi SPAJ dengan bantuan agen, tanggung jawab substansial tetap berada pada dirinya karena informasi kesehatan adalah bagian dari pernyataan pribadi yang tidak dapat dialihkan kepada orang lain¹².

Putusan-putusan tersebut mencerminkan kecenderungan peradilan yang konsisten dalam menegaskan prinsip keterbukaan informasi (duty of disclosure) dalam hukum asuransi. Hal ini mencerminkan bahwa pengadilan menilai aspek materialitas informasi berdasarkan dampaknya terhadap penilaian risiko oleh penanggung, bukan hanya pada niat atau kesalahan administratif. Dengan demikian, keterbukaan bukan lagi bersifat moral, melainkan telah menjadi syarat objektif sahnya kontrak asuransi¹³.

Lebih dari itu, kecenderungan ini menunjukkan bahwa sistem peradilan Indonesia telah mulai menerapkan pendekatan berbasis *risk underwriting integrity*, yaitu sistem pertimbangan hukum yang menilai apakah keputusan awal penanggung akan berbeda jika

informasi medis yang sebenarnya telah tersedia sejak awal. Oleh karena itu, tertanggung harus menyadari bahwa kegagalan menyampaikan fakta material dapat dikategorikan sebagai pelanggaran kontrak serius. Ini menuntut peningkatan kesadaran hukum di kalangan masyarakat dan reformasi mekanisme edukasi nasabah oleh perusahaan asuransi¹⁴.

3. PERLINDUNGAN TERHADAP KONSUMEN JASA KEUANGAN

Perlindungan terhadap konsumen jasa keuangan, termasuk nasabah asuransi, menjadi salah satu mandat utama Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagaimana diatur dalam Peraturan OJK (POJK) No. 69/POJK.05/2016 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan. Peraturan ini menekankan pentingnya transparansi, keterbukaan informasi, dan tanggung jawab penyedia jasa keuangan dalam memberikan informasi yang benar, jelas, dan tidak menyesatkan kepada konsumen¹⁵. Tujuan dari regulasi ini adalah untuk memastikan bahwa konsumen dapat membuat keputusan yang rasional dan berdasarkan pemahaman yang utuh terhadap produk asuransi yang ditawarkan.

Namun demikian, pelaksanaan di lapangan menunjukkan masih adanya kesenjangan antara norma ideal dalam peraturan dengan realitas praktik pemasaran produk asuransi. Salah satu masalah utama yang sering

¹² Putusan Pengadilan Negeri Bandung No. 82/Pdt.G/2020/PN.Bdg

¹³ Mertokusumo, Sudikno, 2019, *Penemuan Hukum: Sebuah Pengantar*, Liberty, Yogyakarta, hlm. 89.

¹⁴ Rachmadi Usman, 2016, *Hukum Perikatan*, Sinar Grafika, Jakarta, hlm. 211

¹⁵ Otoritas Jasa Keuangan, 2016, POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan. Diakses dari: <https://www.ojk.go.id>

muncul adalah kurangnya edukasi menyeluruh yang diberikan oleh agen asuransi kepada calon nasabah. Banyak kasus menunjukkan bahwa agen hanya fokus pada target penjualan, tanpa menjelaskan secara detail aspek-aspek penting dari polis, seperti pengecualian manfaat, ketentuan pengungkapan risiko, dan akibat hukum dari ketidakterbukaan informasi kesehatan¹⁶.

Kondisi ini diperparah dengan sistem insentif berbasis komisi yang cenderung mendorong agen untuk mengejar penutupan polis, bahkan dengan cara yang mengabaikan prinsip keterbukaan dan perlindungan konsumen. Tidak jarang, agen mengisi SPAJ tanpa keterlibatan aktif dari calon tertanggung, atau bahkan menggunakan data standar yang tidak akurat. Hal ini berpotensi menimbulkan risiko hukum di kemudian hari, baik bagi tertanggung maupun perusahaan asuransi, ketika terjadi penolakan klaim akibat data yang tidak sesuai¹⁷.

Dalam beberapa studi empirik, ditemukan bahwa tingkat literasi keuangan masyarakat Indonesia terhadap produk asuransi masih tergolong rendah. Kondisi ini mengakibatkan banyak calon tertanggung tidak menyadari bahwa mereka memiliki tanggung jawab hukum untuk menyampaikan seluruh informasi yang relevan saat pengisian formulir asuransi. Di sinilah letak pentingnya peran aktif agen asuransi sebagai jembatan komunikasi antara perusahaan dan nasabah, serta sebagai

pihak yang harus menjunjung tinggi standar etika profesi.

Oleh karena itu, implementasi prinsip perlindungan konsumen tidak dapat hanya dibebankan kepada OJK sebagai regulator. Perusahaan asuransi perlu membangun sistem internal yang memastikan bahwa seluruh agen mendapatkan pelatihan berkelanjutan, memahami ketentuan hukum yang berlaku, dan mampu menyampaikan informasi produk dengan cara yang sederhana, akurat, dan tidak menyesatkan. Dengan demikian, ekosistem asuransi yang berkeadilan dan transparan dapat tercipta untuk mencegah sengketa hukum di masa mendatang¹⁸.

4. PRINSIP ITIKAD BAIK

Prinsip itikad baik (*utmost good faith*) dalam kontrak asuransi bukan hanya merupakan kewajiban sepihak dari tertanggung, melainkan merupakan prinsip timbal balik yang mengikat kedua belah pihak, yaitu tertanggung dan penanggung. Dalam banyak literatur hukum asuransi, disebutkan bahwa perusahaan asuransi wajib menunjukkan itikad baik dalam menjelaskan seluruh hak dan kewajiban kepada calon tertanggung, termasuk dalam menyampaikan batasan manfaat, pengecualian polis, dan risiko administratif¹⁹. Artinya, kontrak asuransi hanya akan menciptakan keadilan apabila kedua belah pihak melaksanakannya dengan kejujuran dan transparansi sejak awal.

¹⁶ Lestari, Hanny, 2021, *Etika Agen Asuransi dalam Perspektif Perlindungan Konsumen*, Graha Ilmu, Yogyakarta, hlm. 63

¹⁷ Priyatna, Abdul Rachmat, 2020, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Kencana, Jakarta, hlm. 147

¹⁸ Wahyuni, Luluk, 2022, *Prinsip-Prinsip Perlindungan Konsumen dalam Hukum Asuransi*, Prenada Media, Jakarta, hlm. 91.

¹⁹ Suharnoko, 2016, *Hukum Perjanjian Teori dan Analisis Kasus*, Kencana, Jakarta, hlm. 202.

Tanggung jawab penanggung juga mencakup pengawasan terhadap agen atau tenaga pemasar yang bertindak sebagai perpanjangan tangan perusahaan dalam berinteraksi dengan masyarakat. Ketika agen menyampaikan informasi secara menyesatkan atau tidak lengkap, perusahaan asuransi tetap dapat dimintai pertanggungjawaban karena agen dianggap mewakili kepentingan penanggung²⁰. Oleh sebab itu, perusahaan perlu memastikan bahwa seluruh agen telah memiliki pemahaman memadai tentang produk yang ditawarkan serta regulasi hukum yang mengatur praktik penjualan asuransi.

Edukasi menjadi salah satu kunci penting untuk membangun pemahaman publik mengenai kewajiban dan hak dalam perjanjian asuransi. Edukasi ini tidak hanya bersifat satu arah dari penanggung kepada tertanggung, melainkan juga harus diperkuat oleh lembaga regulator seperti OJK dan asosiasi industri seperti Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). Kampanye literasi asuransi yang berkelanjutan, termasuk dalam bentuk modul pelatihan daring, media sosial, dan lokakarya, akan membantu mengurangi kesenjangan pemahaman yang selama ini menjadi sumber utama perselisihan.

Selain edukasi, sistem verifikasi risiko juga perlu diperkuat, baik melalui penggunaan teknologi digital maupun prosedur medis standar yang dilakukan oleh pihak ketiga yang independen. Penggunaan rekam medis elektronik, wawancara kesehatan oleh tenaga medis, dan integrasi data BPJS dapat menjadi

solusi untuk mempercepat proses penilaian risiko secara objektif. Dengan demikian, keakuratan data tidak hanya bergantung pada pernyataan tertanggung, tetapi juga divalidasi melalui sistem yang dapat dipertanggungjawabkan²¹.

Langkah-langkah ini pada akhirnya bertujuan untuk menciptakan hubungan hukum yang berimbang dan berkeadilan antara perusahaan asuransi dan nasabahnya. Sengketa hukum dapat diminimalkan apabila kontrak disusun dan dijalankan berdasarkan prinsip transparansi dan kesetaraan tanggung jawab. Dalam sistem hukum modern, prinsip itikad baik tidak boleh menjadi beban sepihak, melainkan prinsip universal yang dijalankan secara aktif oleh semua pihak yang terlibat dalam transaksi asuransi.

KESIMPULAN

Penerapan asas itikad baik dalam kontrak asuransi jiwa merupakan elemen fundamental yang wajib dijunjung tinggi oleh semua pihak. Berdasarkan ketentuan Pasal 251 KUHD, tertanggung memiliki kewajiban hukum untuk mengungkapkan seluruh keadaan atau fakta yang dapat memengaruhi risiko yang akan ditanggung oleh penanggung. Apabila tertanggung gagal memenuhi kewajiban ini, baik karena kelalaian maupun kesengajaan, maka penanggung secara sah memiliki hak untuk menolak klaim atau bahkan membatalkan perjanjian asuransi tersebut. Dengan demikian, asas itikad baik dan

²⁰ Manullang, Anggiat, 2021, *Tanggung Jawab Hukum Penanggung terhadap Tindakan Agen Asuransi*, Prenada Media, Jakarta, hlm. 119.

²¹ Nugroho, Dedi, 2020, *Digitalisasi Asuransi dan Penguatan Verifikasi Risiko*, Grasindo, Jakarta, hlm. 87.

Pasal 251 KUHD berjalan beriringan sebagai dasar normatif yang mengatur keterbukaan informasi dalam hubungan asuransi.

Dalam praktik peradilan, pengadilan secara konsisten menilai bahwa penolakan klaim oleh perusahaan asuransi dapat dibenarkan sepanjang terbukti bahwa tertanggung tidak mengungkapkan informasi medis yang bersifat material. Pertimbangan hukum dalam berbagai putusan menunjukkan bahwa pengadilan menekankan pentingnya keterbukaan penuh dalam proses underwriting. Ketika ditemukan bahwa informasi yang disembunyikan berdampak signifikan terhadap penilaian risiko, maka tindakan penolakan klaim dinilai sah secara hukum. Oleh karena itu, sengketa yang timbul dari penolakan klaim sering kali diputus dengan mempertimbangkan pelanggaran terhadap asas itikad baik oleh tertanggung, bukan semata-mata dari aspek administratif.

Secara keseluruhan, prinsip kejujuran, keterbukaan, dan transparansi menjadi pilar utama dalam menjamin keadilan dan kepastian hukum dalam hubungan asuransi. Penolakan klaim bukanlah bentuk pelanggaran hak konsumen apabila dilakukan berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku dan disertai bukti bahwa tertanggung telah mengingkari kewajibannya. Oleh sebab itu, baik tertanggung, penanggung, maupun agen asuransi perlu menempatkan asas itikad baik sebagai pijakan utama dalam setiap tahapan perjanjian, mulai dari penawaran hingga pengajuan klaim.

REKOMENDASI

1. Penguatan Edukasi dan Kompetensi Agen Asuransi.

Perusahaan asuransi perlu meningkatkan edukasi kepada calon tertanggung mengenai kewajiban pengungkapan informasi dan potensi konsekuensi hukum atas penyembunyian fakta material. Penjelasan harus dilakukan secara lisan dan tertulis dalam bahasa yang sederhana dan mudah dipahami. Di sisi lain, agen asuransi juga harus dibekali dengan pelatihan berkala yang mencakup aspek hukum kontrak, etika profesi, serta kemampuan komunikasi risiko secara bertanggung jawab. Sistem sertifikasi berbasis kompetensi wajib diperkuat untuk memastikan bahwa agen tidak hanya fokus pada target penjualan, tetapi juga memahami tanggung jawab hukum dan moralnya terhadap calon nasabah.

2. Perbaikan Sistem Verifikasi dan Pengawasan Risiko

Diperlukan sistem verifikasi risiko yang lebih objektif dan terintegrasi, seperti penggunaan data rekam medis elektronik, wawancara medis profesional, serta sinkronisasi data dengan lembaga kesehatan nasional. Langkah ini bertujuan mengurangi ketergantungan pada pernyataan subjektif tertanggung dalam SPAJ, sekaligus meningkatkan akurasi dalam proses underwriting. Selain itu, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) perlu memperkuat pengawasan berbasis risiko, terutama terhadap praktik pemasaran dan pengelolaan klaim asuransi, termasuk pengawasan terhadap peran agen.

3. Pembaruan Regulasi dan Penguatan Perlindungan Hukum Konsumen

Pemerintah bersama regulator perlu mengevaluasi ulang ketentuan Pasal 251 KUHD agar selaras dengan prinsip perlindungan konsumen yang lebih

berkeadilan. Harmonisasi regulasi diperlukan untuk memperjelas tanggung jawab semua pihak dalam kontrak asuransi serta menutup celah interpretasi hukum yang dapat merugikan konsumen. Di sisi lain, mekanisme penyelesaian sengketa asuransi harus diperkuat melalui kanal mediasi dan pengaduan yang cepat, transparan, dan mudah diakses oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia, 2022, *Pedoman Praktik Asuransi Jiwa*, AAJI, Jakarta.
2. Budi Hidayat, 2020, *Perlindungan Konsumen dalam Industri Asuransi*, Sinar Grafika, Jakarta.
3. Budi Hidayat, 2020, *Perlindungan Konsumen dalam Industri Asuransi*, Sinar Grafika, Jakarta.
4. Harsanti, Dwi, 2020, *Hukum Asuransi dan Praktik Peradilan*, Sinar Grafika, Jakarta.
5. Lestari, Hanny, 2021, *Etika Agen Asuransi dalam Perspektif Perlindungan Konsumen*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
6. Lilis Nurhidayah, 2019, "Good Faith dalam Kontrak Asuransi Jiwa", *Jurnal Hukum IUS*, Vol. 7 No. 3. Diakses dari <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IUS/article/view/12111>.
7. Lilis Nurhidayah, 2019, "Good Faith dalam Kontrak Asuransi Jiwa", *Jurnal Hukum IUS*, Vol. 7 No. 3. Diakses dari: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IUS/article/view/12111>
8. Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2017, Putusan No. 1683 K/Pdt/2017. Diakses dari: <https://putusan3.mahkamahagung.go.id>
9. Manullang, Anggiat, 2021, *Tanggung Jawab Hukum Penanggung terhadap Tindakan Agen Asuransi*, Prenada Media, Jakarta.
10. Mertokusumo, Sudikno, 2019, *Penemuan Hukum: Sebuah Pengantar*, Liberty, Yogyakarta.
11. Nugroho, Dedi, 2020, *Digitalisasi Asuransi dan Penguatan Verifikasi Risiko*, Grasindo, Jakarta.
12. Otoritas Jasa Keuangan, 2016, POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan. Diakses dari: <https://www.ojk.go.id>
13. Pasal 251 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD)
14. Priyatna, Abdul Rachmat, 2020, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Kencana, Jakarta.
15. Putusan Pengadilan Negeri Bandung No. 82/Pdt.G/2020/PN.Bdg
16. Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan No. 104/Pdt.G/2019/PN.JKT.SEL.
17. Rachmadi Usman, 2016, *Hukum Perikatan*, Sinar Grafika, Jakarta.
18. Retno Andriani, 2018, *Hukum Asuransi di Indonesia*, Kencana, Jakarta.
19. Suharnoko, 2016, *Hukum Perjanjian Teori dan Analisis Kasus*, Kencana, Jakarta.
20. Wahyuni, Luluk, 2022, *Prinsip-Prinsip Perlindungan Konsumen dalam Hukum Asuransi*, Prenada Media, Jakarta.