

Analisis Hambatan Klaim Asuransi Jiwa akibat Kelalaian Pemegang Polis dalam Pengungkapan Data Riwayat Kesehatan

Penulis:

Cindy Er Nisa¹
Ahmad Perdana Indra²
Nurul Jannah³

Afiliasi:

Universitas Islam
Negeri Sumatera Utara,
Medan^{1,2,3}

Korespondensi:

sindiernisa@gmail.com

Histori Naskah:

Submit: 18-03-2026
Accepted: 22-03-2026
Published: 31-03-2026

Abstrak: Klaim asuransi jiwa kerap mengalami hambatan ketika pemegang polis tidak mengungkapkan riwayat kesehatan secara lengkap pada saat pengajuan polis. Kondisi ini menimbulkan persoalan hukum dan administratif yang berkaitan erat dengan prinsip itikad baik dalam perjanjian asuransi. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab hambatan klaim asuransi jiwa akibat kelalaian pemegang polis dalam pemberitahuan riwayat kesehatan serta menjelaskan kaitannya dengan prinsip itikad baik. Penelitian menggunakan pendekatan yuridis normatif dan empiris dengan metode kualitatif. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi, serta telaah terhadap peraturan perundang-undangan dan literatur yang relevan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan klaim dipengaruhi oleh rendahnya literasi hukum dan asuransi, lemahnya pendampingan agen asuransi, ketidakjelasan istilah medis dalam formulir kesehatan, asimetri informasi antara perusahaan dan nasabah, serta munculnya non-disclosure dan misrepresentation dalam pengisian data. Faktor-faktor tersebut menyebabkan proses verifikasi klaim menjadi bermasalah dan berujung pada penolakan klaim. Penelitian ini menyimpulkan bahwa hambatan klaim asuransi jiwa tidak hanya disebabkan oleh kelalaian pemegang polis, tetapi juga oleh lemahnya fungsi edukatif perusahaan dan agen dalam menjelaskan kewajiban hukum secara memadai. Oleh karena itu, penguatan literasi hukum, penyederhanaan dokumen kesehatan, dan peningkatan kualitas pendampingan agen menjadi langkah penting untuk mencegah sengketa serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap lembaga asuransi.

Kata kunci: asuransi jiwa; itikad baik; non-disclosure; pemegang polis; riwayat kesehatan

Pendahuluan

Asuransi jiwa pada dasarnya merupakan instrumen perlindungan finansial yang dibangun di atas prinsip kepercayaan antara pemegang polis dan perusahaan asuransi. Prinsip tersebut menuntut adanya keterbukaan dan kejujuran sejak tahap awal pembentukan perjanjian. Dalam praktik perasuransian, pemegang polis berkewajiban menyampaikan informasi yang benar dan lengkap mengenai kondisi kesehatannya pada saat pengajuan polis karena data tersebut menjadi dasar utama bagi perusahaan asuransi dalam melakukan penilaian risiko dan menentukan besaran premi (Nasution & Atika, 2023). Ketidakakuratan informasi pada tahap ini dapat menimbulkan konsekuensi hukum yang serius, termasuk penolakan klaim ketika risiko yang diasuransikan terjadi (M. Syafi'i, 2024).

Dalam kenyataannya, kewajiban tersebut tidak selalu dijalankan secara optimal. Berbagai kasus penolakan klaim asuransi jiwa menunjukkan bahwa perusahaan asuransi kerap mendasarkan penolakannya pada adanya kelalaian atau ketidakjujuran pemegang polis dalam menyampaikan riwayat kesehatan (Ambarwati, 2021). Kondisi ini tidak selalu lahir dari unsur kesengajaan, melainkan juga dapat dipengaruhi oleh keterbatasan pemahaman, kurangnya ketelitian, dan lemahnya pemahaman hukum dalam pengisian dokumen asuransi. Akibatnya, pemegang polis maupun ahli waris dapat mengalami kerugian, sementara tingkat kepercayaan masyarakat terhadap lembaga asuransi ikut menurun (Anam, 2021).

Fenomena tersebut juga mencerminkan masih rendahnya literasi asuransi di tengah masyarakat. Banyak calon pemegang polis belum memahami bahwa setiap informasi medis, termasuk yang dianggap ringan atau tidak relevan, tetap memiliki implikasi hukum terhadap keabsahan kontrak asuransi (Asya dkk., 2024). Pada saat yang sama, perusahaan asuransi belum sepenuhnya menjalankan fungsi edukatif secara maksimal untuk memastikan bahwa calon tertanggung memahami konsekuensi hukum dari setiap pernyataan kesehatan yang ditandatangani. Ketimpangan pemahaman antara perusahaan dan konsumen inilah yang kemudian memperbesar potensi terjadinya sengketa di kemudian hari (Kumala dkk., 2019).

Urgensi persoalan ini juga tampak dari data sektor jasa keuangan di Indonesia. Survei Nasional Literasi dan Inklusi Keuangan tahun 2024 menunjukkan bahwa indeks literasi keuangan nasional berada pada angka 65,43%, sedangkan indeks inklusi keuangan mencapai 75,02%. Data ini menunjukkan bahwa penggunaan layanan keuangan berkembang lebih cepat daripada pemahaman masyarakat terhadap karakter, risiko, dan konsekuensi hukumnya. Dalam konteks sengketa sektor jasa keuangan, LAPS SJK mencatat 2.688 pengaduan sepanjang 2024, dengan 274 pengaduan berasal dari sektor asuransi. Dari pengaduan sektor asuransi tersebut, persoalan klaim menempati porsi terbesar sebesar 67,5%, sedangkan penolakan klaim secara spesifik tercatat sebesar 3,6%. Temuan ini mengindikasikan bahwa isu klaim masih menjadi titik rawan dalam hubungan antara perusahaan asuransi dan pemegang polis, sehingga pembahasan tentang pengungkapan riwayat kesehatan, itikad baik, dan perlindungan konsumen memiliki relevansi praktis yang tinggi (LAPS SJK, 2024).

Pada tingkat perusahaan, relevansi isu klaim juga tercermin dalam publikasi penanganan pengaduan Prudential Indonesia. Dalam laporan penanganan pengaduan periode Januari sampai Desember 2024, Prudential mencatat 291 pengaduan, dan 143 di antaranya atau sekitar 49% berkaitan dengan klaim. Angka ini memang tidak identik dengan tingkat penolakan klaim, tetapi cukup menunjukkan bahwa persoalan klaim merupakan isu dominan dalam relasi antara perusahaan asuransi dan nasabah. Oleh karena itu, pembahasan mengenai kegagalan pengungkapan data kesehatan dalam penelitian ini tidak berdiri sendiri, melainkan berada dalam konteks yang lebih luas mengenai tingginya sensitivitas persoalan klaim dalam industri asuransi jiwa (PT Prudential Life Assurance, 2024).

Penelitian ini juga dapat dibaca secara komparatif dengan melihat pelaporan klaim pada beberapa perusahaan asuransi lain. Allianz Indonesia melaporkan pembayaran klaim lebih dari Rp5 triliun untuk lebih dari 390.000 klaim jiwa dan kesehatan sepanjang 2024. Pada periode yang sama, IFG Life dan Mandiri Inhealth melaporkan pembayaran klaim sebesar Rp10,6 triliun kepada lebih dari 890.000 peserta. Sementara itu, laporan keuangan Prudential Indonesia mencatat klaim dan manfaat dibayar sebesar Rp7.731.945 juta pada 2024. Perbandingan ini menunjukkan bahwa pembayaran klaim tetap merupakan fungsi sentral dalam industri asuransi, tetapi setiap perusahaan memiliki basis produk, segmentasi nasabah, dan pola pelaporan yang berbeda. Karena itu, studi komparatif dalam artikel ini sebaiknya digunakan untuk menunjukkan variasi tata kelola klaim dan pelaporan perusahaan, bukan untuk menilai kualitas perusahaan hanya dari satu indikator tunggal.

Dalam perspektif hukum asuransi, kondisi tersebut menunjukkan adanya persoalan mendasar dalam penerapan prinsip utmost good faith (*uberrimae fidei*). Prinsip ini menegaskan bahwa kedua belah pihak, baik perusahaan asuransi maupun pemegang polis, sama-sama berkewajiban bertindak jujur dan terbuka dalam proses pembentukan serta pelaksanaan kontrak. Namun, dalam praktiknya, kewajiban untuk mengungkapkan informasi secara lengkap lebih sering dibebankan kepada pemegang polis, sedangkan tanggung jawab perusahaan asuransi dalam memberikan penjelasan rinci mengenai makna, konsekuensi, dan risiko hukum dari formulir kesehatan belum selalu dilaksanakan secara menyeluruh. Ketidakeimbangan ini memperlihatkan bahwa penerapan prinsip itikad baik belum sepenuhnya berjalan secara proporsional (Ceysa, 2024).

Kelemahan dalam penerapan prinsip tersebut berimplikasi pada munculnya berbagai bentuk kelalaian administratif dalam pengisian formulir pernyataan kesehatan. Dalam banyak kasus, pemegang polis tidak mencantumkan seluruh riwayat penyakit karena menganggap penyakit tersebut telah sembuh, tidak penting, atau tidak berkaitan langsung dengan perlindungan yang diajukan. Selain itu, penggunaan istilah medis yang kurang dipahami juga dapat menimbulkan kesalahan interpretasi atas pertanyaan yang

tercantum dalam formulir. Ketika risiko yang diasuransikan kemudian terjadi, ketidaksesuaian data tersebut dijadikan dasar hukum oleh perusahaan asuransi untuk menolak klaim yang diajukan (Saputra & Sudiarawan, 2024).

Masalah ini semakin kompleks karena adanya asimetri informasi antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Di satu sisi, perusahaan asuransi memiliki hak untuk melindungi diri dari risiko yang tidak diungkapkan secara benar. Di sisi lain, penolakan klaim sering dipandang sebagai bentuk ketidakadilan oleh pemegang polis yang telah memenuhi kewajibannya membayar premi dalam jangka waktu tertentu. Ketidakseimbangan posisi antara perusahaan asuransi sebagai lembaga finansial dan pemegang polis sebagai konsumen memperkuat persepsi negatif bahwa asuransi tidak selalu memberikan perlindungan sebagaimana yang dijanjikan pada awal perjanjian (Rambe & Sekarayu, 2022).

Ketika penolakan klaim terjadi, sebagian besar pemegang polis juga belum memiliki pemahaman yang memadai mengenai mekanisme penyelesaian sengketa yang tersedia. Rendahnya kesadaran hukum, keterbatasan akses terhadap bantuan hukum, dan kurangnya pemahaman terhadap hak-hak sebagai konsumen menyebabkan posisi pemegang polis menjadi semakin lemah ketika berhadapan dengan perusahaan asuransi. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan penolakan klaim tidak hanya berkaitan dengan aspek administratif, tetapi juga berkaitan erat dengan perlindungan hukum dan kualitas edukasi yang diterima oleh pemegang polis sejak awal perjanjian dibuat (Chindy & Sylviana, 2023; Siswajanthi dkk., 2024).

Keterulangan kasus serupa menunjukkan adanya kesenjangan antara kebutuhan masyarakat akan perlindungan finansial dan efektivitas sistem perasuransian dalam memberikan kepastian hukum. Ketidaksesuaian data kesehatan yang berujung pada penolakan klaim sesungguhnya merupakan gejala dari masalah yang lebih mendalam, yaitu rendahnya pemahaman hukum, terbatasnya komunikasi dua arah, dan belum optimalnya pendampingan yang diberikan kepada calon pemegang polis (Fahira, 2025; Saputra & Sudiarawan, 2024). Oleh karena itu, kajian mengenai hambatan pengajuan klaim asuransi jiwa akibat kelalaian dalam pemberitahuan riwayat kesehatan menjadi penting untuk dilakukan secara lebih komprehensif.

Analisis terhadap persoalan tersebut memiliki nilai strategis, tidak hanya untuk mengidentifikasi akar penyebab hambatan klaim, tetapi juga untuk merumuskan solusi yang lebih adil bagi kedua belah pihak. Kajian ini diharapkan dapat berkontribusi pada penguatan perlindungan konsumen, peningkatan kepercayaan publik terhadap lembaga asuransi, dan penerapan prinsip itikad baik secara lebih seimbang dalam praktik perasuransian di Indonesia. Dengan demikian, penelitian ini difokuskan pada analisis hambatan pengajuan klaim asuransi jiwa yang timbul akibat kelalaian pemegang polis dalam pemberitahuan riwayat kesehatan.

Studi Literatur

Literatur mengenai asuransi jiwa menunjukkan bahwa hambatan pengajuan klaim tidak hanya berkaitan dengan aspek administratif, tetapi juga dipengaruhi oleh tingkat pemahaman pemegang polis, kualitas penerapan etika bisnis, dan efektivitas pelayanan yang diberikan perusahaan asuransi. Dalam konteks ini, kajian teoritis menjadi penting untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi munculnya sengketa atau penolakan klaim, khususnya yang berkaitan dengan kelalaian pemegang polis dalam pemberitahuan riwayat kesehatan.

Literasi dalam Konteks Asuransi Jiwa

Literasi dalam konteks asuransi jiwa merujuk pada kemampuan individu, khususnya pemegang polis, untuk memahami, menafsirkan, dan menggunakan informasi yang tercantum dalam kontrak atau dokumen asuransi. Literasi asuransi tidak hanya menyangkut kemampuan membaca isi polis, tetapi juga mencakup pemahaman terhadap hak, kewajiban, risiko, serta implikasi hukum yang melekat pada perjanjian tersebut. Pemahaman yang memadai terhadap isi polis menjadi faktor penting karena setiap informasi yang diberikan pada tahap awal perjanjian akan memengaruhi validitas kontrak dan proses klaim di kemudian hari (El-Khalieqy, 2021).

El-Khalieqy menjelaskan bahwa salah satu kesalahan yang kerap dilakukan pemegang polis adalah kelalaian dalam membaca dan memahami kontrak premi asuransi, yang kemudian berimplikasi pada kekeliruan saat pengajuan klaim. Temuan ini memperlihatkan bahwa rendahnya kemampuan memahami isi kontrak dapat menjadi sumber utama permasalahan dalam hubungan hukum antara nasabah dan perusahaan asuransi. Dalam praktiknya, banyak pemegang polis menandatangani dokumen tanpa memahami secara menyeluruh isi klausul yang disepakati.

Rendahnya tingkat literasi asuransi juga menyebabkan nasabah sering tidak menyadari makna tersirat dalam ketentuan polis. Rambe & Sekarayu menemukan bahwa banyak polis disusun dengan kalimat yang mengandung makna tersembunyi sehingga menciptakan ketidaktransparanan dan berpotensi berujung pada penolakan klaim. Temuan ini menunjukkan bahwa rendahnya literasi tidak hanya dipengaruhi oleh keterbatasan pemahaman nasabah, tetapi juga oleh kompleksitas bahasa hukum dalam kontrak asuransi yang sulit dipahami oleh masyarakat awam (Rambe & Sekarayu, 2022).

Hal serupa terlihat dalam penelitian Kusuma yang menemukan bahwa tertanggung mengajukan klaim atas manfaat investasi, padahal dalam perjanjian asuransi yang ditandatangani tidak terdapat klausul mengenai manfaat tersebut. Kondisi ini mencerminkan rendahnya literasi hukum dan kontraktual pemegang polis, di mana ketidaktelitian membaca serta kurangnya pemahaman terhadap struktur dan istilah kontrak dapat menimbulkan sengketa. Berdasarkan kajian tersebut, teori literasi dalam penelitian ini digunakan untuk menjelaskan bahwa keterbatasan pemahaman terhadap isi polis merupakan salah satu faktor penting yang menyebabkan hambatan dalam pengajuan klaim asuransi jiwa (Kusuma, 2022).

Prinsip *Utmost Good Faith* dalam Hukum Asuransi dan Perkembangan Praktik Internasional

Prinsip *utmost good faith* atau *uberrimae fidei* merupakan asas fundamental dalam hukum asuransi yang menuntut para pihak untuk bertindak jujur, terbuka, dan tidak menyembunyikan fakta material sejak tahap pembentukan kontrak. Dalam asuransi jiwa, fakta material tersebut terutama berkaitan dengan kondisi kesehatan, riwayat penyakit, kebiasaan hidup, serta informasi lain yang memengaruhi penilaian risiko dan keputusan underwriting perusahaan. Oleh karena itu, keabsahan hubungan pertanggungan sangat bergantung pada kualitas pengungkapan informasi yang diberikan calon tertanggung pada saat pengajuan polis. Dalam konteks ini, kelalaian mengungkapkan riwayat kesehatan tidak hanya dipahami sebagai kekurangan administratif, tetapi dapat berimplikasi pada terganggunya dasar kepercayaan yang menopang kontrak asuransi itu sendiri.

Namun, perkembangan praktik internasional menunjukkan bahwa prinsip *utmost good faith* tidak lagi dimaknai sebagai beban sepihak yang sepenuhnya diletakkan pada tertanggung. Dalam hukum Inggris, kontrak asuransi non-konsumen diatur melalui *Insurance Act 2015* yang mengenal konsep *fair presentation of the risk*, yaitu kewajiban menyajikan risiko secara adil dan jelas kepada penanggung. Sementara itu, untuk asuransi konsumen berlaku *Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012* yang menekankan bahwa konsumen wajib berhati-hati secara wajar agar tidak melakukan *misrepresentation*, bukan dibebani kewajiban mutlak untuk secara aktif menebak seluruh fakta material yang mungkin dianggap penting oleh penanggung. Pada saat yang sama, lembaga penyelesaian sengketa di Inggris juga menekankan bahwa perusahaan asuransi harus mengajukan pertanyaan yang jelas, spesifik, dan mudah dipahami konsumen. Perkembangan ini menunjukkan pergeseran dari model *good faith* yang sangat formal menuju model yang lebih proporsional, di mana perlindungan terhadap penanggung tetap dijaga, tetapi tanggung jawab perusahaan dalam merancang pertanyaan dan menjelaskan konsekuensi hukum juga diperkuat. Perspektif komparatif ini penting bagi penelitian ini karena menunjukkan bahwa sengketa klaim akibat ketidaklengkapan data kesehatan seharusnya tidak selalu dibaca semata sebagai kesalahan tertanggung, melainkan juga sebagai persoalan desain pertanyaan, transparansi formulir, dan keseimbangan kewajiban para pihak.

Teori Perlindungan Konsumen dalam Sektor Jasa Keuangan

Teori perlindungan konsumen dalam sektor jasa keuangan memandang nasabah asuransi sebagai pihak yang secara struktural berada pada posisi yang lebih lemah karena berhadapan dengan kontrak baku,

istilah teknis, dan struktur informasi yang kompleks. Dalam hubungan semacam ini, perlindungan konsumen tidak cukup dipahami hanya sebagai hak untuk menerima manfaat polis atau pembayaran klaim, tetapi juga mencakup hak atas edukasi yang memadai, keterbukaan informasi, perlakuan yang adil, perlindungan data pribadi, serta akses terhadap mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa yang efektif. Dengan demikian, inti perlindungan konsumen dalam asuransi terletak pada jaminan bahwa konsumen memahami produk yang dibelinya, mengerti risiko hukumnya, dan tidak ditempatkan pada posisi yang merugikan akibat ketidakjelasan informasi.

Kerangka tersebut sejalan dengan kebijakan Otoritas Jasa Keuangan melalui POJK Nomor 22 Tahun 2023 yang menegaskan sejumlah prinsip pokok perlindungan konsumen dan masyarakat di sektor jasa keuangan, yaitu edukasi yang memadai, keterbukaan dan transparansi informasi produk, perlakuan yang adil dan perilaku bisnis yang bertanggung jawab, perlindungan aset dan data pribadi, serta penanganan pengaduan dan penyelesaian sengketa yang efektif dan efisien. Regulasi ini juga menekankan pentingnya peningkatan literasi dan inklusi keuangan oleh pelaku usaha jasa keuangan. Dalam penelitian ini, teori perlindungan konsumen relevan untuk menegaskan bahwa hambatan klaim tidak dapat diletakkan semata-mata pada kesalahan pemegang polis, karena perusahaan asuransi dan agen juga memiliki kewajiban hukum dan etik untuk menjelaskan isi formulir kesehatan, makna informasi material, dan konsekuensi dari jawaban yang tidak lengkap. Dengan kata lain, penolakan klaim dapat pula mencerminkan lemahnya pelaksanaan perlindungan konsumen pada tahap prakontraktual.

Etika Bisnis dan Prinsip Itikad Baik dalam Industri Asuransi

Etika bisnis dalam industri asuransi menekankan pentingnya penerapan prinsip moral, kejujuran, tanggung jawab, dan profesionalisme dalam hubungan antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Salah satu prinsip utama yang menjadi fondasi dalam perjanjian asuransi adalah *utmost good faith*, yaitu itikad baik yang paling tinggi. Prinsip ini menuntut kedua belah pihak untuk bertindak jujur, terbuka, dan tidak menyembunyikan fakta-fakta material yang dapat memengaruhi isi perjanjian maupun keputusan penanggung dalam menerima risiko (R. Gultom, 2021).

Gultom menegaskan bahwa prinsip itikad baik harus menjadi pedoman dalam setiap tahap transaksi asuransi, mulai dari pemasaran produk, pengisian formulir kesehatan, hingga pembayaran klaim. Artinya, kewajiban beritikad baik tidak hanya dibebankan kepada pemegang polis saat memberikan informasi, tetapi juga kepada perusahaan asuransi dalam menjelaskan isi perjanjian, manfaat polis, pengecualian, dan konsekuensi hukum dari pernyataan yang dibuat calon tertanggung.

Namun, dalam praktik industri asuransi, pelanggaran terhadap prinsip etika ini masih kerap ditemukan. Idrus mengungkapkan bahwa tidak adanya itikad baik dari pengelola atau pemilik perusahaan asuransi dapat memunculkan tindakan fraud yang merugikan nasabah. Bentuk pelanggaran etika tersebut dapat berupa penolakan klaim tanpa dasar yang jelas, penyusunan kontrak yang tidak sepenuhnya transparan, atau minimnya penjelasan terhadap klausul-klausul penting yang berpotensi menimbulkan multitafsir (Idrus, 2023).

Afrita & Arifalina juga menekankan bahwa perusahaan asuransi memiliki tanggung jawab etis untuk memenuhi kewajiban pembayaran santunan ketika risiko atau evenemen telah terjadi sesuai dengan perjanjian. Kewajiban ini tidak hanya bersifat legal, tetapi juga moral, sebagai bentuk pelaksanaan janji kontraktual kepada tertanggung. Dengan demikian, teori etika bisnis dalam penelitian ini digunakan untuk menilai sejauh mana integritas, kejujuran, dan tanggung jawab moral perusahaan maupun agen asuransi dijalankan dalam praktik, terutama dalam proses verifikasi dan penyelesaian klaim (Afrita & Arifalina, 2021).

Pelayanan dan Peran Pendampingan Agen Asuransi

Teori pelayanan dalam konteks asuransi menitikberatkan pada kualitas interaksi, pendampingan, dan edukasi yang diberikan perusahaan maupun agen asuransi kepada nasabah. Pelayanan yang baik tidak hanya diukur dari kecepatan administrasi atau kemudahan akses, tetapi juga dari sejauh mana nasabah memperoleh penjelasan yang memadai mengenai hak, kewajiban, risiko, dan prosedur yang tercantum

dalam polis. Dalam hubungan kontraktual yang kompleks seperti asuransi jiwa, pelayanan memiliki dimensi informatif sekaligus edukatif (El-Khalieqy, 2021).

El-Khalieqy menjelaskan bahwa perusahaan asuransi memiliki tanggung jawab untuk memberikan penyuluhan hukum agar masyarakat awam memahami isi dan prosedur kontrak asuransi sebelum menandatangani polis. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan dalam industri asuransi tidak dapat dipisahkan dari fungsi pendampingan. Kurangnya pendampingan dapat menyebabkan pemegang polis salah mengisi formulir, salah memahami klausul, atau mengabaikan informasi penting yang seharusnya diungkapkan.

Selain itu, Shaubilhaq menyoroti pentingnya analisis kelayakan dalam proses klaim oleh staf layanan pelanggan sebagai bagian dari pelayanan prima yang transparan dan akuntabel. Proses pelayanan yang baik harus mampu menjembatani kebutuhan nasabah akan kejelasan informasi dengan kebutuhan perusahaan untuk melakukan verifikasi risiko secara tepat. Dengan demikian, pelayanan bukan hanya fungsi administratif, tetapi juga bagian dari perlindungan konsumen (Shaubilhaq, 2023).

Sakinah dan Ridhah menekankan pentingnya komunikasi dua arah antara perusahaan dan tertanggung. Nasabah yang belum memahami istilah atau ketentuan tertentu harus memperoleh kesempatan untuk mengajukan klarifikasi secara langsung agar tidak terjadi salah tafsir. Berdasarkan perspektif ini, agen asuransi tidak hanya berperan sebagai penjual produk, tetapi juga sebagai mediator edukatif dan komunikatif yang membantu nasabah memahami isi polis secara benar. Oleh karena itu, teori pelayanan dalam penelitian ini digunakan untuk menjelaskan bahwa lemahnya pendampingan, kurangnya komunikasi, dan tidak optimalnya fungsi edukasi agen dapat menjadi faktor yang memperbesar terjadinya kesalahan pengungkapan informasi serta hambatan dalam pengajuan klaim asuransi jiwa (Sakinah & Ridhah, 2023).

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian yuridis normatif dan empiris. Pendekatan yuridis normatif digunakan untuk menganalisis aspek hukum yang berkaitan dengan kewajiban pengungkapan informasi dalam polis asuransi jiwa, termasuk ketentuan mengenai perlindungan konsumen, prinsip perjanjian, doktrin kontrak, serta unsur kelalaian dalam hubungan hukum antara pemegang polis dan perusahaan asuransi. Sementara itu, pendekatan empiris digunakan untuk menggambarkan fakta-fakta lapangan mengenai hambatan yang dialami pemegang polis dalam proses pengajuan klaim serta faktor-faktor penyebab kelalaian, baik yang berasal dari internal nasabah maupun dari peran agen asuransi (Nasution & Atika, 2023).

Penelitian ini difokuskan pada kasus pemegang polis di PT Prudential Life Assurance yang berlokasi di Jalan Suka Damai, Kecamatan Medan Polonia. Informan penelitian terdiri atas pemegang polis, agen asuransi, serta petugas klaim dan staf administrasi perusahaan. Penentuan informan dilakukan dengan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan informan berdasarkan keterlibatan langsung mereka dalam proses pengajuan klaim dan pemahaman terhadap prosedur administrasi asuransi jiwa. Adapun informan dalam penelitian ini meliputi pemegang polis (Informan P1, P2, P3, dan P4), agen asuransi (Informan A1), serta petugas klaim dan staf administrasi perusahaan (Informan K2, K3, K4, dan K5). Seluruh informan tersebut memberikan data empiris mengenai persepsi, pengalaman, dan praktik yang berkaitan dengan proses pengisian formulir kesehatan, kewajiban pengungkapan informasi, serta penyebab terjadinya penolakan klaim.

Data penelitian diperoleh dari sumber primer dan sumber sekunder. Sumber primer meliputi hasil wawancara mendalam, observasi terhadap proses klaim, serta studi kasus pada dokumen polis dan catatan administrasi perusahaan. Sumber sekunder meliputi dokumen hukum, formulir pernyataan kesehatan, catatan medis, literatur hukum, dan jurnal ilmiah yang relevan dengan topik penelitian. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur, observasi, dan studi dokumentasi guna memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai hubungan antara aspek hukum dan praktik di lapangan.

Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Untuk menjamin keabsahan data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi

sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara antarinforman, yaitu pemegang polis, agen asuransi, serta petugas klaim dan staf administrasi perusahaan. Sementara itu, triangulasi metode dilakukan dengan mencocokkan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi dengan dokumen hukum serta literatur ilmiah yang relevan. Melalui langkah tersebut, penelitian ini diharapkan menghasilkan temuan yang objektif, valid, dan sesuai dengan kondisi nyata di lapangan.

Hasil

Identifikasi Faktor Hambatan dalam Pengajuan Klaim

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan dalam pengajuan klaim asuransi jiwa umumnya berkaitan dengan kelalaian administratif, rendahnya literasi asuransi, dan terbatasnya pemahaman hukum pemegang polis terhadap kewajiban pengungkapan informasi kesehatan. Temuan wawancara juga memperlihatkan bahwa sebagian agen asuransi belum sepenuhnya menjalankan fungsi edukatif secara optimal, sehingga nasabah tidak memahami secara utuh konsekuensi hukum dari setiap data yang dicantumkan dalam formulir kesehatan. Kondisi ini sejalan dengan pandangan El-Khalieqy yang menegaskan bahwa kelalaian dalam membaca dan memahami kontrak asuransi dapat berimplikasi pada kesalahan saat pengajuan klaim (El-Khalieqy, 2021).

Pada sisi pemegang polis, hambatan utama tampak pada kurangnya pemahaman mengenai makna hukum dari data kesehatan yang diminta dalam formulir. Sebagian informan menganggap bahwa riwayat penyakit yang telah lama sembuh tidak lagi relevan untuk dicantumkan, padahal informasi tersebut tetap menjadi bagian penting dalam penilaian risiko oleh perusahaan asuransi. Selain itu, penggunaan istilah medis dalam formulir juga menimbulkan kebingungan, sehingga jawaban yang diberikan sering kali tidak akurat atau tidak lengkap. Temuan ini menguatkan pendapat Rambe dan Sekarayu bahwa kompleksitas bahasa dalam dokumen asuransi dapat menciptakan ketidaktransparanan yang menyulitkan pemegang polis dalam memahami isi kontrak (Rambe & Sekarayu, 2022).

Dari sisi agen asuransi, hambatan muncul karena fokus pelayanan lebih banyak diarahkan pada penjelasan manfaat produk dibandingkan kewajiban hukum nasabah dalam pengisian formulir kesehatan. Akibatnya, penjelasan mengenai risiko hukum dari jawaban yang tidak lengkap atau tidak benar menjadi kurang optimal. Dalam beberapa kasus, keterbatasan waktu juga menyebabkan agen tidak memiliki ruang yang cukup untuk melakukan klarifikasi terhadap informasi kesehatan yang disampaikan calon pemegang polis. Temuan ini sejalan dengan kajian Sakinah & Ridhah yang menekankan pentingnya komunikasi dua arah dan pendampingan yang memadai agar tidak terjadi salah tafsir dalam hubungan antara perusahaan asuransi dan tertanggung (Sakinah & Ridhah, 2023).

Pada tingkat perusahaan, hambatan terlihat ketika ketidaklengkapan data baru terdeteksi pada tahap verifikasi klaim. Riwayat penyakit yang tidak dicantumkan sejak awal dapat menjadi dasar penolakan klaim setelah dilakukan pemeriksaan ulang terhadap dokumen dan kondisi medis tertanggung. Keadaan ini menunjukkan bahwa hambatan klaim bukan hanya disebabkan oleh kelalaian pemegang polis, tetapi juga oleh belum optimalnya sistem komunikasi, edukasi internal, dan standar pelayanan yang konsisten dalam proses pengajuan polis. Hal tersebut memperlihatkan bahwa pelaksanaan prinsip utmost good faith masih menghadapi tantangan dalam praktik.

Tabel 1. Ringkasan Faktor Hambatan dalam Pengajuan Klaim Asuransi Jiwa

No.	Faktor Penyebab Utama	Indikator Hasil Wawancara	Dampak terhadap Proses Klaim	Implikasi Hukum/Praktis	Sumber Data
1	Rendahnya pemahaman hukum terhadap formulir kesehatan	Pemegang polis menandatangani formulir tanpa membaca secara cermat	Data tidak akurat dan berpotensi menimbulkan <i>misrepresentation</i>	Berpotensi melanggar asas itikad baik dan menjadi dasar penolakan klaim	P1, K2
2	Minimnya literasi asuransi	Nasabah tidak memahami kewajiban pengungkapan informasi dan menganggap klaim ditolak karena perusahaan tidak mau membayar	Terjadi kesalahan administratif dan persepsi negatif terhadap perusahaan	Menunjukkan lemahnya pemahaman perlindungan konsumen	K3
3	Minimnya peran agen dalam edukasi dan pendampingan	Agen lebih fokus pada penjualan daripada penjelasan kewajiban hukum nasabah	Nasabah kurang memahami konsekuensi jawaban yang tidak tepat	Berpotensi menimbulkan sengketa dan menunjukkan perlunya penguatan pelatihan agen	A1, P2
4	Ketidakjelasan istilah medis	Nasabah kesulitan memahami istilah medis dalam formulir kesehatan	Kesalahan pengisian data, klaim tertunda atau ditolak	Memerlukan penyederhanaan bahasa dan glosarium istilah medis	P3, K4
5	Kesalahpahaman relevansi riwayat penyakit lama	Pemegang polis tidak mencantumkan penyakit lama karena dianggap telah sembuh	Data kesehatan menjadi tidak lengkap dan memengaruhi verifikasi klaim	Memerlukan panduan pengungkapan riwayat kesehatan yang lebih komprehensif	P4, K5

Sumber: Hasil data wawancara penulis

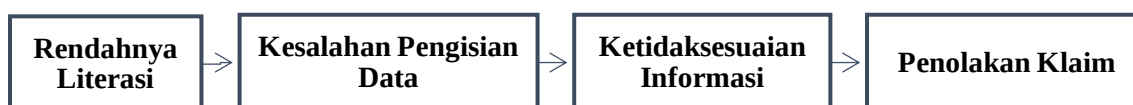
Analisis Faktor-Faktor Hambatan Pengajuan Klaim

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor hambatan tersebut saling berkaitan dan membentuk pola kelalaian yang bersifat sistemik. Rendahnya pemahaman hukum dan literasi asuransi menjadi faktor dasar yang memengaruhi kemampuan pemegang polis dalam mengisi formulir kesehatan secara benar dan lengkap. Kondisi tersebut semakin diperburuk oleh kurang optimalnya peran agen dalam memberikan penjelasan yang memadai pada tahap pra-kontraktual. Dengan demikian, kesalahan dalam pengisian data tidak dapat dilihat semata-mata sebagai kesalahan individual nasabah, melainkan juga sebagai konsekuensi dari lemahnya proses edukasi dan komunikasi yang mendampingi pembentukan kontrak asuransi.

Selain itu, ketidakjelasan istilah medis dan kesalahpahaman mengenai relevansi riwayat penyakit lama turut memperumit proses administrasi klaim. Banyak pemegang polis tidak menyadari bahwa penyakit yang pernah diderita, meskipun sudah sembuh, tetap dapat dianggap sebagai fakta material dalam penilaian risiko. Akibatnya, data yang dimasukkan ke dalam formulir kesehatan tidak sepenuhnya mencerminkan

kondisi yang dibutuhkan perusahaan asuransi untuk melakukan underwriting. Kondisi ini memperlihatkan bahwa hambatan pengajuan klaim berakar pada ketimpangan pengetahuan dan tidak efektifnya penyampaian informasi sejak awal perjanjian.

Dari perspektif hukum perasuransian, temuan ini menunjukkan bahwa implementasi prinsip utmost good faith belum berjalan secara seimbang. Pemegang polis memang berkewajiban mengungkapkan data kesehatan secara jujur dan lengkap, tetapi perusahaan asuransi dan agen juga memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa calon tertanggung memahami isi, konsekuensi, dan risiko hukum dari setiap jawaban yang diberikan. Oleh karena itu, tingginya potensi penolakan klaim dalam kasus semacam ini menunjukkan adanya masalah tidak hanya pada tingkat kepatuhan nasabah, tetapi juga pada kualitas pelayanan, edukasi, dan perlindungan konsumen dalam praktik asuransi jiwa (Afrita & Arifalina, 2021).



Gambar 1. Alur Kausalitas antara Rendahnya Literasi Asuransi, Kesalahan Pengisian Data, dan Penolakan Klaim

Gambar 1 menunjukkan hubungan sebab akibat antara rendahnya literasi asuransi dan munculnya penolakan klaim. Rendahnya pemahaman terhadap isi formulir kesehatan menyebabkan pemegang polis tidak mengungkapkan informasi secara lengkap, baik karena tidak memahami istilah yang digunakan maupun karena menganggap beberapa data tidak relevan. Ketidaksesuaian informasi tersebut kemudian terdeteksi dalam proses verifikasi, sehingga menjadi dasar bagi perusahaan asuransi untuk menunda atau menolak klaim. Pola ini menegaskan bahwa hambatan pengajuan klaim tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan hasil dari rangkaian persoalan yang dimulai sejak tahap pengisian data awal.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan pengajuan klaim asuransi jiwa akibat kelalaian pemegang polis dalam menyampaikan riwayat kesehatan tidak dapat dipahami hanya sebagai kesalahan administratif semata, tetapi harus dilihat sebagai persoalan yang melibatkan dimensi literasi asuransi, penerapan prinsip itikad baik, dan kualitas pelayanan serta pendampingan agen. Ketiga aspek tersebut saling berkaitan dalam membentuk situasi yang menyebabkan informasi kesehatan tidak tersampaikan secara lengkap, yang pada akhirnya berimplikasi pada penolakan klaim. Dengan demikian, pembahasan ini menempatkan hambatan klaim sebagai hasil interaksi antara faktor individu, faktor kelembagaan, dan faktor normatif dalam hubungan hukum asuransi jiwa.

Dari perspektif literasi asuransi, rendahnya kemampuan pemegang polis dalam memahami dan menafsirkan isi kontrak asuransi menjadi salah satu penyebab utama terjadinya kesalahan pengisian data. El-Khalieqy menjelaskan bahwa kelalaian dalam membaca dan memahami kontrak premi asuransi berimplikasi langsung pada munculnya kesalahan saat pengajuan klaim (El-Khalieqy, 2021). Temuan penelitian ini menguatkan pendapat tersebut, karena sebagian informan menunjukkan bahwa formulir kesehatan sering dipahami hanya sebagai formalitas administratif, bukan sebagai dokumen hukum yang menentukan validitas klaim di kemudian hari. Dalam kondisi demikian, pemegang polis cenderung tidak mencantumkan riwayat penyakit lama yang dianggap telah sembuh atau tidak lagi relevan, padahal informasi tersebut tetap bersifat material bagi perusahaan dalam menilai risiko.

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Rambe & Sekarayu yang menunjukkan bahwa kompleksitas bahasa hukum dalam polis asuransi sering menyebabkan pemegang polis gagal memahami makna tersirat dari ketentuan yang mereka tandatangani (Rambe & Sekarayu, 2022). Ketidakjelasan istilah medis dan bahasa teknis dalam formulir kesehatan semakin memperbesar kemungkinan terjadinya kesalahan interpretasi. Akibatnya, jawaban yang diberikan pemegang polis sering kali tidak mencerminkan

kondisi kesehatan yang sebenarnya. Dalam konteks ini, kelalaian bukan hanya lahir dari unsur kesengajaan, tetapi juga dari keterbatasan pemahaman kontraktual dan rendahnya literasi hukum. Temuan Kusuma memperkuat hal tersebut dengan menunjukkan bahwa ketidaktepatan membaca isi polis dapat menimbulkan klaim yang tidak sesuai dengan manfaat yang sesungguhnya diperjanjikan, sehingga memicu sengketa antara tertanggung dan perusahaan asuransi (Kusuma, 2022).

Selain faktor literasi, hambatan pengajuan klaim juga berkaitan erat dengan penerapan prinsip *utmost good faith* atau itikad baik. Dalam hukum asuransi, prinsip ini mewajibkan kedua belah pihak untuk menyampaikan informasi secara jujur, lengkap, dan terbuka. Gultom menegaskan bahwa informasi yang jujur dari tertanggung merupakan syarat utama dalam terbentuknya perjanjian asuransi. Salah satu bentuk pelanggaran terhadap prinsip tersebut adalah menyembunyikan fakta material tentang kondisi kesehatan pribadi (D. Gultom, 2022). Dalam penelitian ini, tidak diungkapkannya riwayat penyakit lama atau tidak lengkapnya jawaban dalam formulir kesehatan menjadi salah satu dasar yang digunakan perusahaan untuk menolak klaim. Hal ini menunjukkan bahwa ketidakakuratan data kesehatan dipandang sebagai pelanggaran terhadap asas itikad baik dan dapat memengaruhi keabsahan atau pelaksanaan kontrak asuransi.

Namun demikian, pembahasan ini menunjukkan bahwa prinsip itikad baik tidak semestinya dibebankan hanya kepada pemegang polis. Idrus menekankan bahwa lemahnya itikad baik dari pihak pengelola perusahaan asuransi juga dapat memperburuk konflik klaim, misalnya melalui kurangnya transparansi dalam penyusunan kontrak atau penolakan klaim tanpa penjelasan yang memadai (Idrus, 2023). Dalam konteks penelitian ini, meskipun pemegang polis memang memiliki kewajiban hukum untuk mengungkapkan riwayat kesehatan, perusahaan asuransi dan agen juga memiliki tanggung jawab untuk menjelaskan makna pertanyaan, risiko hukum dari jawaban yang diberikan, dan konsekuensi dari data yang tidak lengkap. Oleh karena itu, penerapan prinsip itikad baik harus dipahami secara timbal balik. Ketika salah satu pihak tidak menjalankan kewajibannya secara proporsional, maka sengketa klaim menjadi lebih mudah terjadi (Fahira, 2025).

Persoalan ini semakin kompleks ketika dikaitkan dengan peran agen asuransi. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa agen sering lebih berfokus pada penawaran manfaat produk dibandingkan pada penjelasan kewajiban hukum pemegang polis. Kondisi ini menyebabkan calon nasabah menandatangani formulir kesehatan tanpa memahami sepenuhnya konsekuensi hukum dari setiap jawaban yang diberikan. Dalam praktiknya, kurangnya pendampingan dari agen membuat pemegang polis tidak memiliki ruang yang cukup untuk mengklarifikasi istilah medis, menjelaskan riwayat penyakit, atau memahami relevansi setiap informasi yang diminta dalam formulir (Rudiansyah & Mujib, 2023).

Pelayanan prima dalam industri asuransi harus mencakup analisis kelayakan klaim, pendampingan yang transparan, dan komunikasi yang akuntabel kepada nasabah. Sejalan dengan itu, Sakinah dan Ridhah menyoroti pentingnya komunikasi dua arah agar tertanggung dapat meminta klarifikasi terhadap ketentuan yang belum dipahami (Sakinah & Ridhah, 2023). Berdasarkan temuan penelitian ini, lemahnya pendampingan agen menyebabkan proses pengisian data berjalan secara terburu-buru dan kurang akurat. Akibatnya, potensi *misrepresentation* meningkat dan risiko penolakan klaim menjadi lebih besar. Dengan demikian, peran agen tidak dapat dipandang hanya sebagai perantara penjualan, tetapi juga sebagai mediator edukatif yang menentukan kualitas pemahaman hukum pemegang polis.

Lebih lanjut, hambatan pengajuan klaim dalam penelitian ini dapat dipahami dalam beberapa bentuk konkret. Pertama, penolakan klaim terjadi ketika data medis yang terungkap pada tahap verifikasi tidak sesuai dengan informasi awal yang tercantum dalam formulir kesehatan. Keadaan ini menimbulkan kerugian finansial bagi pemegang polis atau ahli waris karena manfaat asuransi yang diharapkan tidak dapat diterima. Kedua, penolakan klaim juga menimbulkan persepsi negatif terhadap perusahaan asuransi dan memperkuat anggapan bahwa perusahaan cenderung menghindari pembayaran klaim. Ketiga, pengalaman gagal klaim berdampak lebih luas terhadap menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi secara keseluruhan. (Fратиwі dkk., 2023; A. D. Syafi'i dkk., 2024)

Dalam perspektif preventif, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengurangan hambatan klaim memerlukan langkah-langkah yang bersifat edukatif, komunikatif, dan struktural. Pertama, perusahaan

asuransi perlu meningkatkan edukasi hukum kepada calon pemegang polis agar mereka memahami bahwa setiap informasi kesehatan memiliki konsekuensi terhadap validitas kontrak dan hak klaim. Kedua, kualitas pelayanan agen harus diperkuat melalui pelatihan yang menekankan pentingnya pendampingan, kejelasan informasi, dan komunikasi yang tidak semata berorientasi pada penjualan. Ketiga, penyederhanaan bahasa hukum dan istilah medis dalam formulir kesehatan perlu dilakukan agar dokumen asuransi menjadi lebih mudah dipahami oleh masyarakat awam (Amelia & Syahriza, 2022).

Secara keseluruhan, pembahasan ini menunjukkan bahwa hambatan pengajuan klaim asuransi jiwa akibat kelalaian pemegang polis dalam menyampaikan riwayat kesehatan merupakan persoalan multidimensional. Hambatan tersebut muncul dari interaksi antara rendahnya literasi asuransi, belum optimalnya penerapan prinsip itikad baik, dan lemahnya fungsi edukatif agen dalam proses pelayanan. Oleh sebab itu, penyelesaiannya tidak dapat dibebankan hanya kepada satu pihak. Diperlukan pendekatan yang lebih holistik melalui penguatan perlindungan konsumen, peningkatan kualitas komunikasi kontraktual, dan peneguhan tanggung jawab etis semua pihak agar sistem klaim asuransi jiwa dapat berjalan lebih adil, transparan, dan terpercaya.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, hambatan pengajuan klaim asuransi jiwa akibat kelalaian pemegang polis dalam menyampaikan riwayat kesehatan dipengaruhi oleh lima faktor utama, yaitu rendahnya pemahaman hukum pemegang polis terhadap formulir pernyataan kesehatan, rendahnya literasi asuransi, lemahnya peran agen dalam edukasi dan pendampingan, ketidakjelasan istilah medis dalam dokumen asuransi, serta kesalahpahaman mengenai relevansi riwayat penyakit lama. Kelima faktor tersebut saling berkaitan dan membentuk pola hambatan yang tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga berkaitan dengan aspek hukum, komunikasi, dan pelayanan dalam hubungan antara pemegang polis dan perusahaan asuransi.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kelalaian pemegang polis dalam pengungkapan riwayat kesehatan sering berujung pada penolakan klaim, yang mencerminkan belum optimalnya penerapan prinsip utmost good faith dalam praktik asuransi jiwa. Prinsip itikad baik seharusnya tidak hanya dibebankan kepada pemegang polis, tetapi juga harus diwujudkan oleh perusahaan asuransi dan agen melalui penyampaian informasi yang jelas, transparan, dan mudah dipahami. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan literasi asuransi, penguatan etika bisnis, penyederhanaan bahasa dalam dokumen asuransi, serta optimalisasi peran agen dalam edukasi dan pendampingan agar sistem klaim asuransi jiwa dapat berjalan lebih adil, transparan, dan mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan kepada para informan yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian, serta kepada pihak PT Prudential Life Assurance yang telah memberikan akses dan dukungan selama proses pengumpulan data. Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada dosen pembimbing dan seluruh pihak yang telah memberikan masukan, arahan, dan dukungan sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik.

Referensi

- Afrita, I., & Arifalina, W. (2021). Tanggung Jawab Hukum Perusahaan Asuransi Jiwa terhadap Tertanggung dalam Pembayaran Klaim Asuransi. *Jurnal Hukum Respublica*, 20(2). <https://doi.org/10.31849/respublica.v20i2.7232>
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Amelia, A. R., & Syahriza, R. (2022). Analisis Implementasi Underwriting dalam Proses Klaim Asuransi Jiwa Syariah pada PT. AJS Bumiputera KPS. Medan. *Jurnal Masharif al-Syariah: Jurnal Ekonomi dan Perbankan Syariah*, 7(3), 25800–5800. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30651/jms.v7i3.12619>
- Anam, M. (2021). Perlindungan hukum terhadap pemegang polis dalam penolakan klaim asuransi jiwa. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, 51(1), 101–120.
- Asya, J., Pragiswa, R., Amroyasir, I., & Andryawan, A. (2024). Perspektif Perjanjian Untung-Untungan Terhadap Penyelesaian Pembayaran Klaim Asuransi Jiwa (Studi Kasus Putusan No. 2207/Pdt.G/2023/PA.JB). *Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora dan Politik*, 5(1), 818–827. <https://doi.org/10.38035/jihhp.v5i1.3440>
- Ceysa, D. (2024). Penerapan asas itikad baik dalam perjanjian asuransi jiwa di Indonesia. *Jurnal Hukum dan Pembangunan*, 9(2), 150–162.
- Chindy, & Sylviana, A. (2023). Perlindungan Hukum Terhadap Penolakan Klaim Asuransi Oleh Perusahaan Asuransi (Studi Putusan Inkracht No. 1062/Pdt.G/2021/Pn Jkt.Sel). *Realism: Law Review*, 1(1).
- El-Khalieqy, A. (2021). Akibat hukum bagi nasabah asuransi selaku debitur terhadap penolakan klaim asuransi jiwa pada PT Bank Rakyat Indonesia Tbk (Persero). *Repertorium Jurnal Ilmiah Hukum Kenotarian*, 10(1), 121–130. <https://doi.org/https://doi.org/10.28946/rpt.v10i1.1015>
- Fahira, H. A. (2025). *Analisis Hukum Penyembunyian Informasi (Cocealment) Kesehatan Tertanggung Sebagai Alasan Penolakan Klaim Asuransi Jiwa (Studi Putusan Nomor 134/Pdt.G/2023/PN MDN)* [Skripsi]. Universitas Sumatera Utara.
- Fратиwi, D., Lubis, F., & Inayah, N. (2023). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penolakan Suatu Klaim Nasabah Asuransi (Studi Kasus Pada Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera Kantor Pemasaran Medan). *Jurnal Ekonomi Syariah*, 4(2), 158–174.
- Gultom, D. (2022). Keadilan dalam penolakan klaim asuransi jiwa akibat ketidakjujuran pemegang polis. *Jurnal Hukum Bisnis dan Investasi*, 8(1), 45–58.
- Gultom, R. (2021). Perlindungan hukum bagi pemegang polis dalam sengketa asuransi jiwa. *Jurnal Ilmu Hukum*, 18(1), 45–58.
- Idrus, M. (2023). Fraud Pada Perusahaan Asuransi Jiwa di Indonesia. *Amkop Management Accounting Review (AMAR)*, 3(1), 24–29. <https://doi.org/10.37531/amar.v3i1.521>
- Kumala, W., Yaswirman, Y., & Ulfanora, U. (2019). Kewenangan Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) dalam Menyelesaikan Sengketa Asuransi Pasca Keluarnya Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Nomor 1/POJK.07/2014. *JURNAL MERCATORIA*, 12(2), 102. <https://doi.org/10.31289/mercatoria.v12i2.2748>
- Kusuma, D. G. A. D. (2022). Analisis Yuridis Penyebab Gagal Klaim oleh Nasabah di Perusahaan Asuransi Cigna (Studi Kasus Polis Nomor AU000000000760W). *Jurnal penelitian Serambi Hukum*, 15(02), 89–95. <https://doi.org/10.59582/sh.v15i02.578>
- LAPS SJK. (2024). *Laporan tahunan 2024*. Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan. <https://lapssjk.id/storage/upload/tatakelola-1753770424688869b808fdf.pdf>
- Nasution, N. & Atika. (2023). Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penolakan Suatu Klaim Nasabah Asuransi Syariah (Studi Kasus Pada Pt. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera). *JRIME: Jurnal Riset Manajemen dan Ekonomi*, 1(4).

- PT Prudential Life Assurance. (2024). *Publikasi penanganan pengaduan periode Januari–Desember 2024*. <https://www.prudential.co.id/content/dam/prudential-aem-lbu/plai/pdf/Publikasi-Penanganan-Pengaduan-2024.pdf>
- Rambe, S. H., & Sekarayu, P. (2022). Perlindungan Hukum Nasabah Atas Gagal Klaim Asuransi Akibat Ketidaktransparanan Informasi Polis Asuransi. *Jurnal USM Law Review*, 5(1), 93–109. <https://doi.org/10.26623/julr.v5i1.4073>
- Rudiansyah, & Mujib, A. (2023). Penyelesaian Sengketa Asuransi Melalui Mediasi Di Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK). *Taqnin : Jurnal Syariah dan Hukum*, 5(2).
- Sakinah, N., & Ridhah, H. (2023). Analisis Penyebab Penolakan Klaim Asuransi Kerugian Syariah Oleh Perusahaan Asuransi: Studi Kasus: Asuransi Sinar Mas Kantor Pemasaran Bukittinggi. *Jurnal Ilmiah Manajemen, Bisnis dan Kewirausahaan*, 3(2), 295–306. <https://doi.org/10.55606/jurimbik.v3i2.524>
- Saputra, K. A. Y., & Sudiarawan, K. A. (2024). Penyelesaian Konflik Perusahaan Asuransi Terhadap Nasabah yang Meninggal Dunia dalam Persepektif Hukum Perdata. *Journal of Contemporary Law Studies*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.47134/lawstudies.v2i1.3185>
- Shaubilhaq, F. (2023). Pelaksanaan Klaim Asuransi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19 Klaim Dikaji Menurut Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.5/2016 Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah. *Bandung Conference Series: Law Studies*, 3(2), 1050–1055. <https://doi.org/10.29313/bcsls.v3i2.9319>
- Siswajanthy, F., Ceysa, S. D., Putri, J. D., Jingga, A. J. R., Dwi, M., & Putri, D. A. (2024). Implementasi Perlindungan Hukum terhadap Pemegang Polis Asuransi dalam Menyelesaikan Sengketa Asuransi. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 8.
- Syafi'i, A. D., Widiyanto, A. P., Friyadhi, N. F., Dewi, U. K., Fadilla, D. A., Lubis, T., & Ramadhani, D. A. (2024). Tanggung jawab hukum perusahaan asuransi jiwa terhadap kegagalan pembayaran klaim asuransi jiwa. *Jurnal Panorama Hukum*, 9(1), 46–63.
- Syafi'i, M. (2024). Asas kejujuran dalam hukum asuransi jiwa di Indonesia. *Jurnal Hukum Ekonomi*, 9(1), 24–39.