

## **Fraud Pada Perusahaan Asuransi Jiwa di Indonesia**

**Muhammad Idrus** ✉

*<sup>1,2</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YAPI Bone*

### **Abstrak**

Usaha perasuransian di Indonesia merupakan usaha yang menawarkan janji atas perlindungan para tertanggung yang dituangkan dalam polis asuransi jiwa. Dalam kajian ini, bertujuan untuk mengetahui penyebab terjadinya Fraud atau ketidakmampuan perusahaan asuransi jiwa membayar klaim asuransi sesuai yang diperjanjikan dalam polis asuransi.

Metode penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan kajian pustaka berupa data-data atau informasi yang diperoleh penulis dengan melihat studi kasus pada perusahaan asuransi yang telah mengalami fraud. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perusahaan asuransi yang mengalami fraud atau kegagalan dalam menepati janji sesuai kesepakatan yang dibuat perusahaan asuransi yang tertera dalam polis asuransi disebabkan karena kurangnya pengawasan pemerintah terhadap perusahaan asuransi, dan tidak adanya etika baik dari pengelola perusahaan asuransi khususnya pemilik perusahaan asuransi itu sendiri

**Kata Kunci:** *fraud; asuransi; pengawasan*

### **Abstract**

Insurance business in Indonesia is a business that offers promises for the protection of the insured as outlined in the life insurance policy. In this study, it aims to determine the cause of fraud or the inability of life insurance companies to pay insurance claims as agreed in the insurance policy. This research method is qualitative research using a literature review in the form of data or information obtained by the author by looking at case studies on insurance companies that have experienced fraud. The results of this study show that insurance companies that experience fraud or failure to keep promises according to the agreement made by the insurance company stated in the insurance policy are caused by the lack of government supervision of the insurance company, and the absence of good ethics from the insurance company manager, especially the owner of the insurance company itself

**Keywords:** *fraud; insurance; supervision*

Copyright (c) 2023 Muhammad Idrus

---

✉ Corresponding author :

Email Address : [muhammadidrus425@gmail.com](mailto:muhammadidrus425@gmail.com)

## **PENDAHULUAN**

Besarnya jumlah penduduk Indonesia merupakan pasar potensial bagi Industri asuransi dalam meraup jumlah nasabah dan jumlah premi asuransi dalam jumlah besar. Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, Tahun 2021 menyatakan jumlah penduduk Indonesia hingga Desember 2020 mencapai 271.349.889 jiwa (jumlah penduduk Indonesia 2021). Jumlah penduduk Indonesia tersebut merupakan data penduduk terbaru berdasarkan sinkronisasi hasil Sensus Penduduk 2020 dan

data administrasi kependudukan (Adminduk) dari Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Ditjen Dukcapil) Kemendagri.

Indonesia dengan jumlah penduduk yang besar sebagaimana yang telah dijelaskan, memberikan harapan bagi para investor baik dari dalam negeri maupun luar negeri untuk mendirikan perusahaan asuransi baik asuransi jiwa maupun asuransi kerugian. Data Badan Pusat Statistik Tahun 2020, jumlah perusahaan yang bergerak dibidang perasuransian berjumlah 228 terdiri dari perusahaan asuransi dan perusahaan penunjang asuransi konvensional dan syariah. Secara umum, jika dilihat dari sisi objek pertanggung, perusahaan asuransi jiwa sebanyak 59 perusahaan dan asuransi kerugian 77 perusahaan. Besarnya jumlah perusahaan yang bergerak di bidang perasuransian, diperlukan pengawasan yang komprehensif dan lebih fokus terhadap setiap perusahaan asuransi dalam menjalankan bisnisnya terutama dalam mencegah terjadinya *fraud* dan dapat berlanjut menjadi pailit. *Fraud*, yaitu merupakan salah satu dampak negatif pada layanan keuangan. Dalam istilah perbankan, *Fraud* adalah tindakan penyimpangan atau pembiaran yang sengaja dilakukan untuk mengelabui, menipu atau memanipulasi Bank, nasabah atau pihak lain, yang terjadi di lingkungan Bank dan/atau menggunakan sarana Bank sehingga mengakibatkan Bank, nasabah atau pihak lain menderita kerugian dan/atau pelaku *Fraud* memperoleh keuntungan keuangan baik secara langsung maupun tidak langsung (sumber: POJK No.39/POJK.03/2019 tentang Penerapan Strategi Anti Fraud bagi Bank Umum).

Di industri asuransi, istilah *fraud* ini hampir tidak pernah didengar, namun kenyataannya akhir-akhir ini tindakan *fraud* di industri asuransi khususnya asuransi jiwa telah terjadi di perusahaan asuransi khususnya asuransi jiwa dengan jumlah nasabah terbanyak, contoh PT. Asuransi Jiwasraya (Persero), (CNBC Indonesia, 18 Desember 2019). Kasus lain akibat *fraud* adalah Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera, menurut Irvan Rahardjo, gagal bayar Bumiputera diakibatkan karena lemahnya tata kelola, lemahnya pengawasan Otoritas Jasa Keuangan (OJK), dan kurangnya pemahaman tentang asset liability management, (Detikfinance, 11 Maret 2021).

Kasus lain yang tak kalah hebohnya adalah PT. Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya, yaitu masalah kesehatan keuangan perusahaan asuransi (Bisnis.com, 2013), bahkan perusahaan asuransi tersebut telah dipailitkan berdasarkan Putusan Mahkamah Agung Nomor 408 K/Pdt.Sus-Pailit/2015, (Ridho, 2020), namun dari hasil investigasi dalam bentuk wawancara beberapa nasabah asuransi yang telah dipailitkan tersebut tidak menerima pembayaran klaim sesuai yang telah dijanjikan dalam polis, bahkan untuk menerima setengah dari manfaat asuransinya sesuai yang dijanjikan pada waktu sebelum terjadinya pailit, nasabah tidak menerima sama sekali, ini diakibatkan pihak kurator tidak menjalankan fungsinya sebagaimana yang diamanatkan dalam undang-undang, tetapi telah terjadi penyalagunaan aset dari perusahaan PT. Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya, (Tirto.id, 22 Juli 2017).

Dari ke tiga kasus besar di atas akibat *fraud* di perusahaan asuransi jiwa, maka peran Otoritas Jasa Keuangan perlu lebih dimaksimalkan lagi selaku lembaga independen yang dibentuk dengan tujuan sebagai lembaga pengawas jasa keuangan baik yang bergerak dibidang perbankan maupun non bank. Fungsi pencegahan harusnya lebih ditekankan agar tidak terjadi kerugian keuangan dimasa akan datang khususnya nasabah asuransi akibat *fraud*. *Fraud* didalam tulisan ini diartikan sebagai

ketidakmampuan pihak penanggung (pihak perusahaan asuransi) menjalankan kewajibannya khususnya pembayaran manfaat asuransi yang sesuai yang telah dijanjikan pada saat awal terjadi penutupan asuransi (*closing*) dengan para calon nasabah. Bisnis asuransi jiwa adalah bisnis jangka panjang yang memerlukan kepercayaan (*trust*) masyarakat dalam mengelola perlindungan (proteksi) dan tabungan (*saving*) yang dipersiapkan untuk keperluan hari tua para nasabahnya dan keperluan lainnya.

Dalam menjalankan fungsinya dan wewenangnya, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) harus merubah strategi dalam menjalankan fungsi fungsi pencegahan sebelum terjadinya *fraud*, karena jika sudah terjadi *fraud* akan memberikan implikasi sosial ekonomi yang lebih besar lagi khususnya kepercayaan masyarakat terhadap perusahaan asuransi jiwa akan menurun sehingga minat masyarakat untuk berasuransi juga menurun. *Fraud* dalam dunia asuransi, selalu dikaitkan dengan kesalahan manajemen perusahaan asuransi dalam mengelola premi asuransi, bahkan akhir-akhir ini *fraud* dalam bisnis asuransi dikaitkan juga dengan kondisi eksternal misalnya keadaan makro ekonomi. Namun kenyataannya, *Fraud* di Perusahaan asuransi diakibatkan karena etiket tidak baik (*morale hazard*) dari para manajemen puncak di Perusahaan Asuransi seperti pada kasus PT. Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya, PT. Asuransi Jiwasraya (Persero). Atmasasmita, (2010), modus operandi *fraud* dalam bisnis investasi adalah sebuah perkara baru di dunia kriminilitas bisnis. Modus operandinya tidak dapat digolongkan menjadi kejahatan korporasi namun korporasi difungsikan sebagai wadah menampung hasil kejahatan.

Pada hakektnya, modus operandi korporasi dijadikan wadah menampung hasil kejahatan dalam bisnis asuransi jiwa bisa dicegah jika startegi pengawasan lebih baik lagi yang didukung oleh regulasi yang dibuat Otoritas Jasa Keuangan (OJK) khususnya dalam hal penempatan dewan komisaris dan Dewan Direksi perlu di kaji ulang efektifitasnya untuk mencegah *fraud* sehingga bisnis perasuransian khususnya asuransi jiwa di Indonesia lebih profesional menjalankan bisnisnya sehingga kepercayaan dari masyarakat akan perasuransian tetap terjaga. Kepercayaan ini sangat penting agar masyarakat mau menjadikan perusahaan asuransi khususnya asuransi jiwa sebagai tempat transfer pengelolaan perlindungan (proteksi) atas diri dan keluarga atas kerugian finansial jika terjadi sesuatu dan tempat menabung (*saving*) untuk keperluan hari tua, khususnya perusahaan asuransi dari dalam negeri (domestik).

## METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan kajian pustaka berupa buku-buku, peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan perasuransian khususnya asuransi jiwa, informasi-informasi berupa artikel dari majalah atau surat kabar yang terpercaya keakuratannya melalui media online serta informasi dari badan otoritas jasa keuangan sebagai badan otoritas dalam pengawasan usaha perasuransian. Informasi yang didapatkan melalui kajian pustaka, lalu di analisis kemudian dibuat suatu kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Beberapa kasus perusahaan asuransi di Indonesia yang mengalami Fraud atas kegagalan pembayaran sesuai janji yang telah disepakati oleh kedua pihak, baik itu perusahaan asuransi sebagai penanggung yang akan menepati janjinya dan pihak

tertanggung dalam hal ini orang yang mempertanggungkan jiwanya yang disebut tertanggung, ternyata pihak tertanggung atau istilah umum disebut sebagai nasabah asuransi selalu dirugikan bahkan banyak nasabah asuransi tidak memperoleh manfaat polis asuransi yang dimilikinya. Hal ini disebabkan kurangnya pengawasan oleh pihak Pemerintah sebagai pengawas maupun pembuat undang-undang perasuransi secara periodik dan konsisten atas tugas dan tanggung jawabnya. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Otoritas Jasa Keuangan Otoritas Jasa Keuangan pada Bab I Pasal 1 Ayat 1 disebutkan bahwa Otoritas Jasa Keuangan yang selanjutnya disingkat OJK, adalah lembaga yang independen dan bebas dari campur tangan pihak lain, yang mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, dan penyidikan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang ini. Fungsi, tugas dan wewenang yang melekat pada Otoritas Jasa Keuangan merupakan badan atau institusi satu-satunya yang mengawasi lembaga keuangan baik Bank maupun non Bank khususnya perasuransian yang ada di Negara ini. Selanjutnya pada Bab III Pasal 4 bagian c, di jelaskan tujuan, fungsi, tugas dan wewenang Otoritas Jasa Keuangan adalah untuk melindungi kepentingan konsumen dan masyarakat.

Nurwanto, et al (2010), Kegiatan pengendalian dan pengawasan pada hakikatnya dilakukan dengan mendasarkan pada peraturan-peraturan yang ada (berlaku) maupun kebijaksanaan-kebijaksanaan yang telah ditetapkan oleh organisasi. Sedangkan orientasinya lebih pada kegiatan untuk mencocokkan antara peraturan maupun kebijaksanaan tersebut dengan kegiatan yang dilakukan oleh pegawai. Dalam implementasinya pengawasan dan penegndalian sebagaimana umumnya yang dilaksanakan dalam suatu perusahaan, kantor atau institusi yang lainnya, bahwa pengawasan dan pengendalian ini didalamnya menjalankan 3 (tiga) fungsi, yaitu fungsi audit, pengawasan, dan pemeriksaan.

Pengawasan dan pengendalian manusia (seperti sikap, tingkah laku, mental dan perbuatan lain yang tidak mudah dilihat) akan lebih sulit daripada mengendalikan hal-hal yang sifatnya sudah baku, maka dari itu dibutuhkan beberapa orang yang memiliki ketrampilan, pengalaman dan kompetensi atau tidak ubahnya seorang tenaga ahli ilmu jiwa praktis (*practical psychologist*). Artinya diperlukan auditor dengan kriteria memiliki ketrampilan, pengalaman dan kompetensi. Kompetensi tidak cukup jika tidak dibarengi dengan pengalaman dan ketrampilan dalam melakukan fungsi pengawasan karena objek yang akan dilakukan pengawasan memiliki modus tersendiri atau taktik untuk menghindari terjadinya penemuan kasus yang tidak sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah dibuat, dalam hal ini Otoritas Jasa keuangan.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Otoritas Jasa Keuangan pada Bab I Pasal 1 ayat 22 tentang Dewan Audit, dalam struktur organisasi di bawahnya perlu dipisahkan antara pengawasan perbankan dan non perbankan, sehingga terjadi pemisahan dan spesialisasi tersendiri pengawasan bidang perasuransian.

Dalam mengoptimalkan salah satu 3 (tiga) fungsi pengawasan dan pengendalian yaitu pemeriksaan, maka auditor harus membuat jadwal minimal setiap tahun untuk turun ke perusahaan-perusahaan asuransi untuk mencocokkan semua laporan yang telah diberikan kepada Otoritas Jasa keuangan dengan data-data atau berkas file yang ada di perusahaan asuransi. Ini perlu dilakukan untuk mencegah

terjadinya duplikasi pelaporan antara laporan keadaan perusahaan yang dilaporkan dengan pihak Otoritas Jasa Keuangan dengan data-data keadaan perusahaan yang sesungguhnya, misal portopolio pertanggungan nasabah yang dimiliki oleh setiap perusahaan asuransi jiwa.

Pemeriksaan harus dilakukan secara periodik dan konsisten pemeriksaan, jika tidak maka akan menumpuk berbagai masalah yang terjadi di Perusahaan Asuransi sehingga jika ditemukan pelanggaran sesuai aturan yang telah dibuat oleh Otoritas Jasa Keuangan sangat susah untuk diperbaiki. Contoh: Kasus PT. Asuransi Bumi Asih Jaya, awal mula terjadinya pengawasan terhadap PT. Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya oleh Badan Pengawas Pasar Modal dan Lembaga Keuangan (Bapepam-LK) yang kini telah berubah nama menjadi Otoritas Jasa Keuangan (OJK) karena ditemukan permasalahan kesehatan keuangan perusahaan yaitu Risk Basic Capital dan rasio perimbangan investasi terhadap cadangan teknis dan utang klaim, yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan yang ada, sehingga harus menambah modal kurang lebih 1 Triliun. Hal ini, tentunya sangat sulit dipenuhi oleh PT. Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya walaupun sudah diberikan waktu yang cukup untuk memperbaiki keadaan keuangan perusahaannya, (Siregar, 2020).

Kegiatan-kegiatan tersebut di atas sangat diperlukan, agar Otoritas Jasa Keuangan bisa menjaga kelangsungan industri perasuransian sehingga terselenggara sistem pengawasan secara teratur, adil, transparan, dan akuntabel agar nasabah asuransi terhindar dari fraud, sehingga fungsi dan peran Otoritas Jasa Keuangan dapat dirasakan oleh masyarakat khususnya para nasabah perusahaan asuransi karena mampu melindungi kepentingan konsumen (nasabah asuransi) dan masyarakat pada umumnya. Tindakan mempailitkan sebuah perusahaan asuransi dapat dihindari jika secara periodik dan teratur fungsi pengendalian dan pengawasan dijalankan, karena jika perusahaan asuransi dipailitkan melalui kewenangan Otoritas Jasa Keuangan yang dimilikinya maka yang dirugikan adalah para nasabah asuransi tersebut. Tidak terjadinya *Fraud* apalagi pailit pada perusahaan asuransi, membuktikan bahwa Otoritas Jasa Keuangan memiliki asas integritas yakni asas yang berpegang teguh pada nilai-nilai moral dalam setiap kegiatannya harus dapat dipertanggung jawabkan kepada publik dalam bentuk kinerja.

Dari hasil uraian di atas, hakekatnya perlindungan konsumen dalam hal ini nasabah asuransi bukan dengan jalan mempailitkan perusahaan asuransi tetapi pengertian perlindungan konsumen dan masyarakat adalah mencegah terjadinya *fraud* dan pailit atas perusahaan asuransi jiwa. Karena jika terjadi *Fraud* apalagi mempailitkan Perusahaan Asuransi maka nasabah asuransi akan mengalami kerugian keuangan. Secara eksplisit, Otoritas Jasa Keuangan harus mampu mewujudkan lembaga keuangan baik Bank maupun Non Bank tetap eksis. Hal ini tertuang dalam Bab III Pasal 4 ayat b: "Mampu mewujudkan sistem keuangan yang tumbuh secara berkelanjutan dan stabil".

## SIMPULAN

Pemerintah dalam hal ini Otoritas Jasa Keuangan belum maksimal menjalankan peran dan fungsi sebagai suatu badan pengawas bidang perasuransian secara langsung, rutin dan periodik untuk mengadakan pengawasan atas kesehatan keuangan perusahaan asuransi. Badan otoritas jasa keuangan seolah-olah berfungsi jika sudah terjadi fraud pada perusahaan asuransi sehingga para nasabah dirugikan dan sudah tidak bisa lagi memperoleh manfaat akan asuransinya.

## Referensi :

Atmasasmita, R. (2010). *Globalisasi dan Kejahatan Bisnis*, P. Grup (Ed.); 1st ed..

Badan Pusat Statistik - bps.go.id.

Bisnis.com. *Asuransi Jiwa Bumi Asih Jaya Masuk Pengawasan Khusus OJK*. .

Detikfinance. Com. *Alasan Asuransi Bumiputera Gagal Bayar Terungkap*.

Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil. *Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia*. - <https://dukcapil.kemendagri.go.id>.

Nurwanto, R.; Budiarmo, A.; Ramadhan, F. (2010). *Audit Sektor Publik, Suatu Pengantar Bagi Pembangunan Akuntabilitas Instansi Pemerintah*. *Lembaga Pengkajian Keuangan Publik dan Akuntabilitas Pemerintah, Badan Pendidikan dan Pelatihan Keuangan, Departemen Keuangan RI*.

POJK No.39/POJK.03/2019 tentang Penerapan Strategi Anti Fraud bagi Bank Umum.

Ridho, M. (2020). Peran Otoritas Jasa Keuangan Dalam Melindungi Pemegang Polis Asuransi Akibat Pailitnya Perusahaan Asuransi (Studi Putusan Mahkamah Agung Nomor 408 K/Pdt.Sus-Pailit/2015). *Jurnal Hukum KAIDAH*, 18(2), 292-328.

Siregar, A. Y. (2020). *Pengawasan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Dalam Kasus Gagal Bayar Polis Oleh PT. Asuransi Jiwasraya Persero*. *Skripsi, Fakultas Hukum Universitas Sumatera Utara*.

CNBC Indonesia, 18 Desember 2019. *Terungkap! 12 Masalah Pemicu Gagal Bayar Jiwasraya Rp. 12,4 T*.

Tirto.id. Com. *Kepailitan Asuransi Bumi Asih Jaya dan Modus Kenakalan Kurator*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Otoritas Jasa Keuangan.