

Analisa Yuridis Fraud Sebagai Kejahatan dalam Asuransi Kesehatan Komersial Menurut Perspektif Perlindungan Para Pihak

Ahmad Jaeni, Tri Maryani Kusuma Astuti

Program Pascasarjana, Sekolah Tinggi Hukum Militer, Indonesia

Email: ahmad.jaeni@sthm.ac.id, drdetri@gmail.com

Article Information

Submitted: 04
November 2024
Accepted: 25
November 2024
Online Publish: 25
November 2024

Abstrak

Kecurangan dalam asuransi tidak hanya dilakukan oleh perusahaan asuransi, namun juga dilakukan oleh nasabah asuransi yang dapat mengakibatkan kerugian dan kerusakan dalam sistem kesehatan. Oleh karena itu, kajian perlindungan hukum terhadap fraud dan perlingkungannya kepada para pihak yang terikat dalam sebuah kesepakatan asuransi kesehatan penting untuk dilakukan. Metode penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yuridis normatif, dengan pendekatan perundang-undangan, pendekatan kasus, pendekatan konseptual, dan pendekatan analitis. Perlindungan Hukum kepada perusahaan asuransi terhadap tindakan fraud yang dilakukan oleh nasabah asuransi telah diatur pada Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, tetapi berdasarkan asas Lex Specialis Derogat Legi Generali yang dimana aturan lebih khusus mengalahkan aturan yang lebih umum, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Selain itu, OJK mengeluarkan Surat Edaran OJK Nomor 46 tahun 2017 tentang Pengendalian Fraud, Penerapan Fraud, dan Laporan Strategi Anti-Fraud Bagi Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Reasuransi Syariah, atau Unit Syariah.

Kata Kunci: *Fraud; Asuransi; Perlindungan Hukum.*

Abstract

Fraud in insurance is not only done by insurance companies, but also by insurance customers which can result in losses and damage to the health system. Therefore, a study of legal protection against fraud and its protection for the parties bound by a health insurance agreement is important to do. The research method used in this study is normative legal research, with a statutory approach, case approach, conceptual approach, and analytical approach. Legal protection for insurance companies against fraud committed by insurance customers has been regulated in the Criminal Code, Civil Code, Commercial Code, but based on the principle of Lex Specialis Derogat Legi Generali where more specific rules trump more general rules, Law Number 40 of 2014 concerning Insurance, and Law Number 8 of 1999 concerning Consumer Protection. In addition, OJK issued OJK Circular Letter Number 46 of 2017 concerning Fraud Control, Fraud Implementation, and Anti-Fraud Strategy Reports for Sharia Insurance Companies, Reinsurance Companies, Sharia Reinsurance Companies, or Sharia Units.

Keywords: *Fraud; Insurance; Legal Protection.*

Pendahuluan

Asuransi kesehatan merupakan instrumen penting dalam melindungi individu dan keluarga dari risiko kesehatan yang tidak terduga dan biaya perawatan yang tinggi. Biaya penyembuhan orang yang sedang mengalami sakit tidak dapat diprediksi. Nominal biaya yang dikeluarkan untuk pembiayaan kesehatan yang dibayarkan secara pribadi bahkan dapat menguras sebagian dari kekayaan yang dimiliki. Biaya Kesehatan di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami fluktuasi. Pada tahun 2023, inflasi biaya medis mencapai 13%, jauh di atas inflasi barang dan jasa secara umum di Indonesia. Peningkatan inflasi biaya medis dapat menyebabkan kenaikan premi asuransi kesehatan. Minat terhadap asuransi kesehatan tercatat meningkat. Sampai dengan Maret 2023 meningkat 22% jika dibandingkan dengan periode tahun 2022. Data dari Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) pada awal tahun 2023, kapitalisasi nilai premi asuransi kesehatan swasta mencapai Rp 2,7 Triliyun lebih tinggi jika dibandingkan dengan periode yang sama di tahun 2022 yaitu sebesar Rp 2,2 Triliyun atau mengalami pertumbuhan sebesar 19,7% dari tahun sebelumnya. Sementara dari nilai klaim mengalami peningkatan dari Rp 1,13 triliun pada awal 2022, menjadi Rp 1,59 triliun pada pertengahan 2023. Besarnya nilai klaim ini sangat berpotensi untuk timbulnya praktik fraud pada asuransi kesehatan swasta di Indonesia.

Seperti halnya dalam sektor keuangan lainnya, asuransi kesehatan juga rentan terhadap tindak penipuan. Penipuan dalam asuransi kesehatan merugikan tidak hanya perusahaan asuransi, tetapi juga peserta asuransi dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Seperti yang dapat kita ketahui, bahwa dalam mengarungi hidup, manusia selalu dihadapkan kepada sesuatu yang tidak pasti, yang mungkin menguntungkan, tetapi mungkin pula sebaliknya. Kemungkinan menderita kerugian yang dimaksud disebut risiko (Ganie, 2011). Salah satu cara penanganan risiko yang lazim dilakukan adalah dengan mengalihkannya kepada pihak lain yang bersedia untuk menerimanya (Hartono, 2008).

Perjanjian antara penanggung dan tertanggung sebagai suatu perjanjian yang timbulnya tidak dapat dipastikan, ini tidak membatasi kejadian yang dapat diperjanjikan. Oleh karena itu, diperlukan kejelasan tentang risiko yang dihadapi oleh tertanggung yang akan diambil alih oleh penanggung dengan imbalan pembayaran premi (Ganie, 2011). Dalam praktiknya banyak ditemukan pelanggaran-pelanggaran dalam asuransi kesehatan. Dalam suatu riset yang dilakukan oleh Rumah sakit merupakan salah satu institusi atau lembaga pelayanan kesehatan tertinggi yang dapat memberikan atau mengupayakan pelayanan kesehatan individu secara paripurna dalam artian pelayanan yang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam suatu rumah sakit pastilah ada beberapa pelayanan yang disediakan seperti perawatan rawat inap, pelayanan rawat jalan dan layanan gawat darurat. Demikian dalam memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang aman, bermutu tinggi dan efektif serta dilakukan sesuai dengan standar operasional pelayanan atau kode etik yang ada di instansi tersebut.

Di Jerman beberapa dokter mengungkapkan bahwa kecurangan dalam perawatan kesehatan merupakan sumber yang paling potensial yang dapat merugikan perusahaan asuransi khususnya asuransi kesehatan. Disisi lain perkembangan bisnis asuransi ini pada prakteknya diikuti pula dengan timbulnya kecurangan atau dalam bisnis asuransi dikenal dengan *Insurance Fraud*. Keinginan memperoleh keuntungan sebesar-besarnya menjadi salah satu faktor pendorong berkembangnya *Insurance Fraud*. Kecurangan dilakukan dengan kesengajaan yang bermaksud untuk mendapatkan keuntungan dari perbuatan tersebut (Sarwo, 2015).

Perjanjian asuransi pada dasarnya harus mengacu pada ketentuan dalam pasal 1320 KUHPerdara tentang syarat sah perjanjian, yaitu (Muhamad, 1993): Syarat ada persetujuan kehendak antara pihak-pihak meliputi unsur-unsur persetujuan, syarat-syarat tertentu, bentuk

tertentu. a) Adanya kata sepakat bagi mereka yang mengikatkan dirinya; b) Syarat kecakapan pihak-pihak meliputi unsur pihak-pihak dalam perjanjian syarat-syarat perjanjian (a) dan (b) ini disebut syarat subyektif. Jika syarat subyektif ini tidak dipenuhi, perjanjian tersebut dapat dibatalkan (*voidable*); c) Ada hal tertentu sebagai pokok perjanjian, sebagai obyek perjanjian, baik berupa benda maupun berupa suatu prestasi tertentu. Obyek itu dapat berwujud dan tidak berwujud. Ada kausa yang halal, yang mendasari perjanjian itu. Ini meliputi unsur tujuan yang akan dicapai. Syarat-syarat perjanjian (c) dan (d) ini disebut syarat obyektif. Perjanjian tersebut batal demi hukum (*void*) apabila syarat obyektif tersebut tidak dipenuhi. Syarat pertama dan kedua adalah syarat yang menyangkut subjeknya, sedangkan syarat ketiga dan keempat merupakan syarat yang berkaitan dengan objeknya. Sebagaimana suatu perjanjian yang mengandung cacat pada subjeknya yaitu syarat:

Sepakat mengikatkan dirinya dan kecakapan untuk bertindak tidak selalu menjadikan perjanjian tersebut menjadi batal dengan sendirinya (*nietig*), tetapi (*vernietigbaar*), sedang perjanjian yang cacat dalam segi objeknya yaitu mengenai segi “suatu hal tertentu” atau “suatu sebab yang halal” adalah batal demi hukum (Satrio, 1999). Secara hukum, asuransi diatur di dalam Pasal 1774 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) yakni “Suatu persetujuan untung-untungan ialah suatu perbuatan yang hasilnya, yaitu mengenai untung ruginya, baik bagi semua pihak maupun bagi sementara pihak, tergantung pada suatu kejadian yang belum pasti”.

Tindak pidana kejahatan dalam asuransi kesehatan, para pelaku dapat diancam dengan pidana kecurangan (*fraud*) diatur dalam Pasal 381 KUHP dan Tindak pidana pemalsuan sebagai mana diatur dalam Pasal 263 ayat (1) KUHP. Prinsip kejujuran merupakan asas bagi setiap perjanjian dan harus dipenuhi oleh semua pihak dalam perjanjian. Tidak terpenuhinya prinsip kejujuran dalam suatu perjanjian akan menyebabkan adanya “cacat kehendak”, sebagaimana makna dari seluruh ketentuan dasar yang ada dalam Pasal KUHPerdata (Hartono, 2008). Dalam perkembangan hukum kontrak, kewajiban pihak-pihak dalam perjanjian untuk menjelaskan mengenai segala informasi yang benar dan selengkapnyanya menjadi kewajiban iktikad baik bagi para pihak. Adapun kewajiban tersebut dikenal dengan kewajiban iktikad baik pra kontrak (Khairandy, 2013).

Pihak bertanggung mempunyai tanggung jawab untuk menyampaikan segala informasi yang sesungguhnya berkaitan dengan objek asuransi kepada penanggung kewajiban penyampaian informasi tersebut ada pada Pasal 251 KUHD yaitu setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, atau setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh pihak bertanggung. Pihak bertanggung dianggap merahasiakan suatu peristiwa tertentu, jika yang bersangkutan mengetahui mengenai peristiwa tertentu akan tetapi tidak memberitahukan kepada penanggung.

Kecurangan dalam asuransi tidak hanya dilakukan oleh perusahaan asuransi, namun juga dilakukan oleh nasabah asuransi yang dapat mengakibatkan kerugian dan kerusakan dalam sistem kesehatan. Oleh karena itu, kajian perlindungan hukum terhadap fraud dan perlindungannya kepada para pihak yang terikat dalam sebuah kesepakatan asuransi kesehatan penting untuk dilakukan. Berdasarkan argumentasi di atas, penulis tertarik untuk membahas dan melakukan kajian hukum yang lebih mendalam mengenai perlindungan hukum atas tindakan kecurangan (*fraud*) yang terjadi dalam asuransi kesehatan dan perlindungannya bagi para pihak. Berdasarkan uraian di atas, maka dalam penulisan tesis ini, penulis memilih judul “ Analisis Yuridis Fraud Sebagai Kejahatan Dalam Asuransi Kesehatan Komersial Menurut Perspektif Perlindungan Bagi Para Pihak”.

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yuridis

normatif. Penelitian hukum yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka atau data sekunder belaka, dinamakan penelitian hukum normatif atau penelitian kepustakaan (Budiono et al., 2015). Berdasarkan permasalahan yang dikaji pada penelitian ini, pendekatan perundang-undangan (*statue approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan analitis (*analytical approach*).

Hasil dan Pembahasan

Di Indonesia, fraud atau penipuan diatur dalam berbagai undang-undang, baik dalam konteks hukum pidana maupun hukum perdata, dengan beragam jenis tindakan yang dianggap sebagai penipuan atau tindakan curang. Terkait dengan kejahatan asuransi, ada beberapa pasal Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) yang biasa digunakan untuk mempidana para pelaku relevan dengan tindakan yang telah mereka lakukan, yakni pada: 1) Pasal 378 KUHP, yang berbunyi: “Barang siapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, dengan memakai nama palsu atau martabat palsu, dengan tipu muslihat, atau dengan rangkaian kebohongan, menggerakkan orang lain supaya memberikan sesuatu barang, membuat utang atau menghapuskan piutang, dihukum karena penipuan dengan hukuman penjara selama-lamanya empat tahun.” Dari pasal tersebut, terdapat beberapa elemen utama penipuan, yaitu: maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum; pemakaian nama palsu, martabat palsu, tipu muslihat, atau rangkaian kebohongan; adanya tindakan yang menggerakkan orang lain untuk memberikan sesuatu, membuat utang, atau menghapuskan piutang. 2) Pasal 381. Apabila dikaitkan dengan tindak pidana asuransi, maka perbuatan curang (*fraud*) terhadap perusahaan asuransi diatur oleh Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang disamakan dengan tindak pidana penipuan sebagaimana termaktub dalam Pasal 381 KUHP. 3) Pasal 382. Penipuan dalam KUHP dapat mencakup berbagai tindakan, mulai dari manipulasi fakta, pemalsuan identitas, hingga rangkaian kebohongan yang menyebabkan korban mengalami kerugian finansial atau materiil.

Fraud seringkali sulit dibuktikan dalam proses hukum karena pelaku biasanya melakukan tindakan penipuan dengan sangat terencana dan cermat. Oleh karena itu, dalam kasus fraud beban pembuktian berada pada pihak yang menuduh adanya penipuan, bukti dokumenter dan saksi sangat penting untuk membuktikan niat, kerugian, dan adanya informasi yang salah. Perlindungan hukum merupakan gambaran dari bekerjanya fungsi hukum untuk mewujudkan tujuan-tujuan hukum, yakni keadilan, kemanfa’atan dan kepastian hukum. Perlindungan hukum adalah suatu perlindungan yang diberikan kepada subjek hukum sesuai dengan aturan hukum, baik bersifat preventif (pencegahan) maupun dalam bentuk yang bersifat represif (penanggulangan), baik secara tertulis maupun tidak tertulis dalam rangka menegakkan peraturan hukum. Menurut Satjipto Rahardjo, hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya secara terukur. Kepentingan merupakan sasaran dari hak, karena hak mengandung unsur perlindungan dan pengakuan (Rahardjo, 2000). Kemudian perlindungan hukum dikonstruisikan sebagai bentuk pelayanan, dan subjek yang dilindungi (Salim, 2013).

Perlindungan hukum merupakan gambaran dari bekerjanya fungsi hukum untuk mewujudkan tujuan-tujuan hukum, yakni keadilan, kemanfaatan dan kepastian hukum. Perlindungan hukum adalah suatu perlindungan yang diberikan kepada subjek hukum sesuai dengan aturan hukum, baik bersifat preventif (pencegahan) maupun dalam bentuk yang bersifat represif (penanggulangan), baik secara tertulis maupun tidak tertulis dalam rangka menegakkan peraturan hukum. Menurut Satjipto Rahardjo, hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya secara terukur. Kepentingan merupakan sasaran dari hak, karena hak

mengandung unsur perlindungan dan pengakuan (Rahardjo, 2009). Kemudian perlindungan hukum dikontribusikan sebagai bentuk pelayanan, dan subjek yang dilindungi (Salim, 2013).

Perlindungan hukum adalah segala upaya pemenuhan hak dan pemberian bantuan untuk memberikan rasa aman kepada saksi dan/atau korban, perlindungan hukum korban kejahatan sebagai bagian dari perlindungan masyarakat, dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk, seperti melalui pemberian restitusi, kompensasi, pelayanan medis, dan bantuan hukum (Soekanto, 2006). Philipus M. Hadjon berpendapat bahwa perlindungan hukum adalah perlindungan akan harkat dan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subyek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan atau sebagai kumpulan peraturan atau kaidah yang akan dapat melindungi suatu hal dari hal lainnya. Berkaitan dengan konsumen, berarti hukum memberikan perlindungan terhadap hak-hak pelanggan dari sesuatu yang mengakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut (Hadjon, 1987). Menurut Soekanto, perlindungan hukum pada dasarnya merupakan perlindungan yang diberikan kepada subyek hukum dalam bentuk perangkat hukum. Perlindungan hukum juga tercantum di dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28D ayat (1), yaitu Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama dihadapan hukum.

Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) No. 31/POJK.05/2020 tentang Penerapan Sistem Manajemen Resiko pada Penyelenggaraan Usaha Asuransi yang mengatur tentang kewajiban perusahaan asuransi untuk menerapkan sistem manajemen risiko yang baik dalam penyelenggaraan usaha asuransi, termasuk dalam bisnis asuransi kesehatan untuk memastikan bahwa perusahaan asuransi memiliki kesiapan dalam menghadapi berbagai risiko operasional yang mungkin mengganggu keberlanjutan usaha, serta melindungi kepentingan pemegang polis dan para pemangku kepentingan lainnya. Pada prinsipnya, perusahaan asuransi kesehatan akan melakukan proses *underwriting* yaitu proses identifikasi dan seleksi risiko yang mengacu pada ketentuan *underwriting* di masing-masing perusahaan asuransi. Proses *underwriting* bukan hanya mempengaruhi besar kecil premi tapi juga menentukan diterima atau tidaknya calon tertanggung (Mutia, Lubis, & Syarvina, 2023). Sebab itu saat pendaftaran pembelian produk asuransi kesehatan, perusahaan asuransi melakukan penilaian terhadap kondisi kesehatan calon tertanggung.

Terdapat dua langkah preventif yang dilakukan oleh perusahaan asuransi dalam mengantisipasi perbuatan *fraud* yang dilakukan nasabah, pertama, langkah preventif yang dilakukan secara internal di dalam perusahaan asuransi itu sendiri dan, kedua, langkah preventif yang dilakukan dari eksternal, baik dari pemerintah melalui peraturan perundang-undangan yang diterbitkan (Muhammad & Priyono, 2023), maupun melalui organisasi Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (untuk selanjutnya disebut dengan AAUI). Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai lembaga tinggi di Indonesia yang menangani masalah kecurangan pada lembaga keuangan termasuk di bidang asuransi.

OJK telah mengatur upaya-upaya untuk melakukan pencegahan terhadap timbulnya tindakan fraud ada perusahaan asuransi. Untuk mengantisipasi agar tidak terjadi tindakan fraud dan penerapan strategi *anti-fraud* bagi perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi, pada tahun 2017 OJK mengeluarkan Surat Edaran OJK Nomor 46 tahun 2017 tentang Pengendalian Fraud, Penerapan Fraud, dan Laporan Strategi *Anti-Fraud* Bagi Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Reasuransi Syariah, atau Unit Syariah (Kurniawan, Disemadi, & Purwanti, 2020). Surat Earan ini diterbitkan sebagai aturan turunan dari Peraturan OJK Nomor 69 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi. Beberapa poin yang terkandung dalam surat edaran tersebut adalah sebagai berikut: 1) Perusahaan asuransi diwajibkan melaksanakan pengendalian fraud yang meliputi aspek pengawasan aktif manajemen, organisasi dan pertanggungjawaban, pengendalian dan pemantauan, serta edukasi dan pelatihan; 2) Perusahaan asuransi

diwajibkan menerapkan strategi *anti-fraud* yang meliputi pencegahan, deteksi, investigasi, pelaporan, sanksi, serta pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut; 3) Perusahaan asuransi diwajibkan memberikan laporan strategi anti fraud kepada Otoritas Jasa Keuangan. Adapun, penyampaian laporan dapat dilakukan secara online melalui sistem jaringan komunikasi data, ataupun melalui alamat email yang telah ditetapkan OJK.

Walaupun OJK sudah memberikan perlindungan kepada perusahaan asuransi melalui peraturan dan surat edaran yang dikeluarkan oleh OJK, tetapi menurut salah satu pegiat asuransi, perlindungan yang diberikan tersebut belum cukup untuk mencegah terjadinya tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi, pendapat tersebut disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya adalah ketidakpedulian otoritas terhadap hal ini, kasus seperti ini pernah dialami oleh beberapa perusahaan asuransi, contohnya suatu perusahaan asuransi telah membuktikan bahwa tabrakan mobil yang dialami oleh tertanggung adalah palsu dan kemudian klaim tersebut dibatalkan oleh perusahaan asuransi, lalu tertanggung menggugat perusahaan asuransi tersebut ke ranah pengadilan, tetapi hakim memutuskan gugatan tersebut di menangkan oleh tertanggung dengan alasan perusahaan asuransi melakukan wanprestasi. Hal ini sangat disayangkan, mestinya lembaga OJK lebih memperdulikan hal tersebut agar tidak terjadi lagi hal seperti ini. Selain itu, secara eksternal, AAUI juga telah mengeluarkan beberapa strategi untuk mencegah terjadinya fraud, melalui sistem yang dinamai AAUI *checking* (Pemeriksaan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia) yang diinisiasi sejak desember 2016, Program ini digunakan untuk memeriksa nasabah atau tertanggung asuransi yang berpotensi melakukan kecurangan dalam klaim asuransi.

Perlindungan Hukum kepada perusahaan asuransi terhadap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi telah diatur pada Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, tetapi berdasarkan asas *Lex Specialis Derogat Legi Generali* yang dimana aturan lebih khusus mengalahkan aturan yang lebih umum, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen juga telah mengatur tentang beberapa tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi. Peraturan tersebut telah memberikan perlindungan hukum kepada perusahaan asuransi berupa sanksi pidana dan pembatalan perjanjian asuransi terhadap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi.

Pertanggungjawaban pidana perusahaan asuransi (korporasi) dapat dimintakan pertanggungjawabannya kepada pelaku, pemberi perintah dan pemimpin dilakukannya tindak pidana asuransi, tidak terhadap Komisaris dan Dewan Direksi sebagai penanggungjawab korporasi yang seharusnya bertanggungjawab (Yusianadewi, Budiarta, & Widiantara, 2020). Pencegahan terhadap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah secara internal telah dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan melalui Surat Edaran OJK Nomor 46 tahun 2017 tentang Pengendalian *Fraud*, Penerapan *Fraud*, dan Laporan Strategi *Anti-Fraud* bagi Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Reasuransi Syariah, Atau Unit Syariah. Surat edaran tersebut diterbitkan sebagai aturan turunan dari Peraturan OJK Nomor 69 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi.

Kesimpulan

Fraud dalam perspektif hukum adalah tindakan yang sangat dilarang dan dianggap sebagai pelanggaran yang serius, baik di tingkat pidana maupun perdata. Tindakan *fraud* memiliki dampak yang luas, mulai dari kerugian finansial, rusaknya reputasi, hingga berpotensi mengakibatkan kerugian ekonomi dalam skala besar bagi masyarakat umum. Perlindungan Hukum kepada perusahaan asuransi terhadap tindakan fraud yang dilakukan oleh nasabah asuransi telah diatur pada Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Kitab

Undang-Undang Hukum Perdata, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang, tetapi berdasarkan asas *Lex Specialis Derogat Legi Generali* yang dimana aturan lebih khusus mengalahkan aturan yang lebih umum, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen juga telah mengatur tentang beberapa tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi. Peraturan tersebut telah memberikan perlindungan hukum kepada perusahaan asuransi berupa sanksi pidana dan pembatalan perjanjian asuransi terhadap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi. Antisipasi agar tidak terjadi tindakan fraud dan penerapan strategi *anti-fraud* bagi perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi, OJK mengeluarkan Surat Edaran OJK Nomor 46 tahun 2017 tentang Pengendalian *Fraud*, Penerapan *Fraud*, dan Laporan Strategi *Anti-Fraud* Bagi Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Reasuransi Syariah, atau Unit Syariah.

BIBLIOGRAFI

- Budiono, Abdul Rachmad, SH, M., Bellefroid, Zevenbergen, Chand, Hari, Sidharta, B. Arief, & Mahmud, Peter. (2015). Ilmu Hukum Dan Penelitian Hukum*. *Makalah Seminar Di Fak. Hukum UNIBRAW, Malang*, 6.
- Ganie, Junaedy. (2011). Hukum Asuransi Indonesia, Jakarta, Sinar Grafika. *Man Suparman*.
- Hadjon, Philipus M. (1987). *Perlindungan hukum bagi rakyat di Indonesia: sebuah studi tentang prinsip-prinsipnya, penanganannya oleh pengadilan dalam lingkungan peradilan umum dan pembentukan peradilan administrasi negara*. Bina Ilmu.
- Hartono, Sri Redjeki. (2008). *Hukum asuransi dan perusahaan asuransi*.
- Khairandy, Ridwan. (2013). *Pokok-pokok hukum dagang Indonesia*. FH UII Press.
- Kurniawan, Syukri, Disemadi, Hari Sutra, & Purwanti, Ani. (2020). Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (Fraud) Dalam Klaim Asuransi. *Halu Oleo Law Review*, 4(1), 38–53.
- Muhamad, Abdulkadir. (1993). *Hukum perdata indonesia*.
- Muhammad, Anandri Farrasadre, & Priyono, Ery Agus. (2023). Perlindungan Hukum kepada Perusahaan Asuransi terhadap Tindakan Fraud yang dilakukan oleh Nasabah di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 23(2), 1601–1606.
- Mutia, Frissai Gusminar, Lubis, Fauzi Arif, & Syarvina, Wahyu. (2023). Analisis Peran Underwriter Dalam Menyeleksi Risiko pada Produk Asuransi Kesehatan. *ManBiz: Journal of Management and Business*, 2(1), 122–133.
- Rahardjo, Satjipto. (2000). *Ilmu hukum*. Citra Aditya Bakti.
- Salim, H. S. (2013). *Penerapan teori hukum pada penelitian tesis dan disertasi*.
- Sarwo, Yohanes Budi. (2015). Tinjauan Yuridis Terhadap Kecurangan (Frauds) Dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Kisi Hukum Unika*, 14(1), 1–15.
- Satrio, Juswito. (1999). *Hukum Perikatan: Perikatan Pada Umumnya*. Alumni.
- Soekanto, Soerjono. (2006). Pengantar penelitian hukum. (*No Title*).
- Yusianadewi, I. G. A. Bela Indah Komala, Budiarta, I. Nyoman Putu, & Widianara, Made Minggu. (2020). Sanksi Pidana Terhadap Tindak Pidana Pemalsuan Surat pada Data Polis Asuransi. *Jurnal Analogi Hukum*, 2(3), 341–345.

Copyright holder:

Ahmad Jaeni, Tri Maryani Kusuma Astuti (2024)

First publication right:

Jurnal Syntax Imperatif: Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan

This article is licensed under:

Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)

