

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan hidup manusia, oleh karena itu negara harus menjamin pelayanan kesehatan yang terbaik bagi rakyatnya. Masyarakat di negara-negara maju seperti Amerika dan Inggris diwajibkan oleh negaranya untuk membayar pajak penghasilan yang cukup besar, dimana pajak tersebut kemudian dialokasikan salah satunya untuk membayar asuransi kesehatan dan jaminan masa tua tiap rakyatnya. Banyak orang mulai menyadari arti pentingnya kesehatan, hal ini dapat kita lihat dari banyaknya produk-produk kesehatan yang beredar. Tidak dapat dipungkiri bahwa kesehatan merupakan investasi yang penting bagi tiap-tiap orang.

Asuransi bukanlah hal yang baru lagi di kalangan masyarakat Indonesia, banyak masyarakat Indonesia yang mulai sadar betapa pentingnya memiliki polis asuransi, terutama asuransi jiwa dan kesehatan. Hal ini disadari oleh pemerintah Indonesia yang bercita-cita mengubah Indonesia dari negara berkembang menjadi negara maju, dengan meningkatkan peran negara dalam menjamin dan melindungi kesehatan rakyatnya melalui pengadaan program BPJS kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Peran penjaminan / asuransi telah disadari jauh hari sejak zaman Yunani kuno (356-323 SM) hingga abad pertengahan. Jenis asuransi pada saat itu hanya berupa penjaminan asuransi jiwa dan asuransi kecelakaan/ kerugian, yang mana biasanya rakyat membayar upeti kepada pemerintah dengan jaminan akan diberikan perlindungan kesejahteraan bagi keluarga yang ditinggal mati kepala keluarganya.

Kegiatan asuransi masuk ke bumi nusantara mengikuti keberhasilan bangsa Belanda dalam usaha perkebunan dan perdagangan di negeri jajahannya. Pada awalnya, kegiatan asuransi terbatas untuk melindungi kepentingan Belanda, Inggris dan bangsa Eropa lainnya yang melakukan perdagangan dan usaha perkebunan di Indonesia, terutama untuk asuransi pengangkutan dan kebakaran. Sejarah mencatat bahwa perusahaan asuransi pertama kali beroperasi adalah Semarang Sea yang berdiri tahun 1816. Perusahaan-perusahaan seangkatannya adalah Java Sea, Arjoeno, Veritas dan Mercurius. Asuransi jiwa nasional pertama adalah Bumiputera 1912 yang didirikan pada tahun 1912 di Magelang atas prakarsa seorang guru yang bernama M. Ng. Dwidjosewojo sebagai perusahaan asuransi yang berbentuk badan usaha bernama. Pendirian

Bumiputera 1012 didorong oleh keprihatinan yang mendalam terhadap nasib para guru pribumi (bumiputera). Asuransi non jiwa yang pertama adalah NV Indische Lloyd yang kemudian berganti nama menjadi Lloyd Indonesia.

Selama masa penjajahan Jepang, Industri asuransi tidak berkembang. Setelah Perang Dunia Kedua usai, perusahaan-perusahaan asuransi Belanda dan Inggris kembali beroperasi di Indonesia dengan mendirikan suatu badan yang bernama *Bataviasche Verzekerings Unie* (BVU) yang merupakan suatu usaha asuransi kolektif.

Setelah kemerdekaan RI, pemerintah melakukan nasionalisasi atas sejumlah perusahaan asuransi termasuk NV Assurantie Maatschappij De Nederlandern dan Bloom Vander EE milik Belanda yang didirikan tahun 1845 yang diubah menjadi Umum International Underwriters (UIU) dan perusahaan asuransi Inggris yang diganti nama menjadi Bendasraya. Pada tahun 1972 UIU dan Bendasraya digabung menjadi Asuransi Jasa Indonesia. Untuk sektor asuransi jiwa, pemerintah melakukan nasionalisasi atas perusahaan asuransi jiwa yang berdiri pada 1859 dengan nama *Nederlandsche Indische Leverzekerings en Lijvrente Maatschappij* (NILLMIJ). Dalam upaya meningkatkan retensi asuransi dalam negeri, pada tahun 1953 berdirilah suatu perusahaan reasuransi profesional swasta, Maskapai Reasuransi Indonesia (Marein) yang disusul oleh pendirian PT Reasuransi Umum Indonesia (IndoRe) yang merupakan perusahaan reasuransi milik pemerintah.

Pada awal pemerintahan Orde Baru pada tahun 1965, pemerintah mengizinkan berdirinya kembali perusahaan-perusahaan asuransi asing yang meninggalkan Indonesia ketika dilancarkan aksi pembebasan Irian Barat (sekarang Papua) terhadap pemerintah Belanda serta konfrontasi terhadap Malaysia tetapi terbatas 12 perusahaan asing dalam bidang asuransi umum saja. Perusahaan asuransi jiwa asing tetap dilarang beroperasi di Indonesia.

Selanjutnya, berdasarkan Pasal 8 Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, semua perusahaan perasuransian asing yang hendak beroperasi di Indonesia baik bagi yang sudah berjalan maupun bagi yang pendatang baru untuk melakukan usaha dalam bentuk usaha patungan dengan warga negara atau badan hukum yang tunduk dibawah hukum Indonesia.

Pencapaian penting lainnya dalam tonggak sejarah asuransi Indonesia sejak kemerdekaan RI antara lain adalah terlaksananya Kongres Asuransi Nasional Seluruh Indonesia (KANSI) pertama pada 25-30 November 1956 di bogor. Tujuan dari kongres tersebut adalah untuk menyatukan pendapat dan bekerjasama memberikan sumbangan yang bermanfaat bagi perekonomian nasional, mengatasi sisa-sisa sistem perekonomian kolonial, realisasi konkret dari pembatalan Perjanjian Meja Bundar (KMB) dan peningkatan kesadaran berasuransi. Kongres tersebut antara lain melahirkan kesepakatan pendirian Dewan Asuransi Indonesia (selanjutnya disebut DAI) pada 1 Februari 1957.

Pada awal pendiriannya, maksud dan tujuan DAI adalah untuk mengadakan dan memelihara persatuan dan kerja sama di antara sesama perusahaan-perusahaan asuransi dan reasuransi dan memperkuat kedudukan dan organisasi serta mempertinggi mutu pekerjaan para anggota. Anggota DAI terbatas pada perusahaan-perusahaan nasional saja. Dinamika politik nasional membuat kegiatan DAI dibekukan dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor

47 Tahun 1963 yang mewajibkan semua perusahaan asuransi dan reasuransi bergabung di bawah Gabungan Perusahaan Sejenis Asuransi Kerugian (GPS Asuransi). Selanjutnya, melalui SK Menteri Urusan *Funds & Forces* Nomor 2 Tahun 1965 dibentuklah Organisasi Perusahaan Sejenis Asuransi Indonesia (OPS Asuransi Indonesia) yang juga mewajibkan perusahaan asing untuk menjadi anggota luar biasa. OPS Asuransi Indonesia diwajibkan menjadi anggota Badan Musyawarah Nasional (Bamunas). Perubahan politik setelah pembubaran PKI membawa pengaruh pula terhadap kehidupan organisasi bidang usaha. Setelah pembubaran Bamunas berdasarkan Keputusan MPR Nomor 26 Tahun 1967, para anggota OPS Asuransi memutuskan mengaktifkan kembali DAI pada 13 Juli 1967. Pada tahun 1971 DAI berubah menjadi organisasi tunggal bagi semua perusahaan asuransi dan reasuransi di Indonesia. Pada tahun 2002, DAI berubah menjadi Federasi Asosiasi Perasuransian Indonesia (FAPI) yang menaungi semua asosiasi usaha perasuransian di Indonesia menyusul pendirian Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) dan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) dan Asosiasi Asuransi Jaminan Sosial Indonesia (AAJSI), Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia (AASI) dan bergabungnya Asosiasi Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (ABAI) serta Asosiasi Adjuster Asuransi Indonesia (AAAI) ke dalam FAPI. Di samping itu ke-6 anggota tersebut, Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) dan Ikatan Eksekutif Asuransi Indonesia (ISEA) diterima sebagai anggota kehormatan. Pada Juli 2010, disebabkan adanya kendala dalam pengesahan Anggaran Dasar FAPI, nama FAPI diganti kembali menjadi Dewan Asuransi Indonesia (DAI).¹

Kegiatan usaha persuransian sebelumnya diatur oleh Badan Pengawasan Pasar Modal serta Lembaga Keuangan (Bapepam-LK) kemudian dilebur menjadi Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan (selanjutnya disebut UU OJK) pada tanggal 27 Oktober 2011.

Istilah perasuransian berasal dari kata “asuransi” yang berarti pertanggungangan atau perlindungan atas suatu objek dari ancaman bahaya yang menimbulkan kerugian. Apabila kata “asuransi” diberi imbuhan per-an, maka muncullah istilah hukum “perasuransian”, yang berarti segala usaha yang berkenaan dengan asuransi. Usaha yang berkenaan dengan asuransi ada 2 (dua) jenis, yaitu:

- a) Usaha di bidang kegiatan asuransi disebut usaha asuransi (*insurance business*). Perusahaan yang menjalankan usaha asuransi disebut Perusahaan Asuransi (*insurance company*).
- b) Usaha di bidang kegiatan penunjang usaha asuransi disebut usaha penunjang usaha asuransi (*complementary insurance business*). Perusahaan yang menjalankan usaha penunjang usaha asuransi disebut Perusahaan

¹ Ganie A. Junaedy dan Anziif, **Hukum Asuransi Indonesia**, Jakarta: Sinar Grafika, 2011, h.34-37.

Penujang Asuransi (*complementary insurance company*).²

Asuransi memang berguna untuk melindungi seseorang / kumpulan orang dari kerugian yang mungkin akan terjadi atau yang pasti akan terjadi dimasa mendatang. Menurut Soesino, “Semua orang menyadari bahwa dunia penuh ketidakpastian,... Ketidakpastian mengakibatkan adanya resiko (yang merugikan) bagi pihak-pihak yang berkepentingan³.

Menurut M.Suparman,

Mengatasi resiko dapat dilakukan juga dengan cara mengalihkan atau membagi kepada/dengan pihak lain. Melalui cara ini, ada pihak ketiga yang bersedia menerima resiko yang mungkin diderita orang lain. Sekarang ini, usaha mengalihkan atau membagi resiko dimaksud banyak dilakukan dengan melalui perjanjian asuransi⁴

Dengan kata lain, dalam hidup manusia selalu menghadapi resiko. Namun, manusia selaku ciptaan Tuhan dilengkapi dengan akal budi beserta kemampuan yang cukup tinggi untuk mengatasi persoalan yang dihadapi. Oleh karena itu manusia tidak akan menyerah terhadap resiko yang menghadang di dalam menjalani kehidupannya. Resiko bagaimanapun kecilnya tetap menimbulkan kerugian, maka ada beberapa cara untuk mengatasi resiko yaitu dengan jalan⁵:

- a. Menghindari resiko
- b. Mencegah resiko
- c. Menahan resiko
- d. Memindahkan resiko

Masalah yang sering terjadi di masyarakat adalah hanya sedikit pemegang polis asuransi yang mengerti manfaat dan pasal-pasal dalam polis yang mungkin saja dapat merugikan para pemegang polis tersebut di kemudian hari, seperti salah satu artikel surat pembaca yang ditulis oleh David Sembiring, Jln. Gatot Subroto. No 13 Medan,

Saya adalah nasabah asuransi “M”, pemegang polis 4251993780. Saya masuk Asuransi “M” terhitung dari bulan September 2010 sampai hari ini, dan saya tidak pernah telat dalam pembayaran iuran.

Saya memilih Asuransi “M” mengingat sekarang banyak penyakit yang bisa menyebabkan kita mengeluarkan banyak biaya rumah sakit, dan “M” memberikan saya solusi dengan asuransi yang mencakup seluruh keluarga (hospital benefit plus) dengan membayar iuran selama sepuluh tahun .

²Abdulkadir Muhammad, **Hukum Asuransi Indonesia**, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2011, h.5-6.

³Soesino Djojosoedarso, **Prinsip-prinsip Manajemen Risiko Asuransi**, Jakarta: Salemba Empat, 2003, h.1

⁴Man Suparman Sastrawidjaja, **Aspek-Aspek Hukum Asuransi, Dan Surat Berharga**, Bandung: 1997, h.9

⁵Tarsisi Tamuji, **Wawasan Perasuransian**, Semarang: IKIP Press, 1990, h.5.

Ternyata itu hanya isapan jempol belaka. Terbukti setelah saya membayar iuran selama 4 tahun tiba tiba saya menerima surat dari Asuransi “M” yang isinya pemutusan sepihak mengenai cover rumah sakit atau hospital benefit plus tanpa alasan apapun. Ketika saya datang ke kantor “M” untuk menanyakan masalah ini, pihak asuransi menyatakan memang benar “M” telah memutuskan secara sepihak dengan alasan telah tercantum dalam polis pasal 7.4, dimana pihak “M” dapat memutuskan secara sepihak sesuka hatinya tanpa membicarakan terlebih dahulu dengan nasabah (tertanggung)⁶.

Setelah Penulis membuka buku polis “M”, pasal 7 mengenai perpanjangan pertanggung, berisi sebagai berikut:

7.1 Pertanggung Tambahan Advanced Hospital Benefit Plus ini merupakan pertanggung tahunan dan dapat diperpanjang pada saat ulang tahun Polis sampai masa pertanggung maksimum sesuai dengan yang tercantum dalam Ringkasan Polis dengan mendapatkan persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Penanggung.

7.2 Perpanjangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat 1 dapat dilakukan dan tidak diperlukan seleksi ulang.

7.3 Penanggung mempunyai hak untuk menolak perpanjangan yang diajukan oleh Pemegang Polis, dengan memberitahukan secara tertulis ke alamat terakhir Pemegang Polis sesuai yang tercatat pada Penanggung.⁷

7.4 Pada saat perpanjangan, Penanggung mempunyai hak untuk mengubah tarif Biaya Pertanggung. Perubahan tarif Biaya Pertanggung tersebut mulai berlaku pada ulang tahun Polis berikutnya dan akan diberitahukan secara tertulis ke alamat terakhir Pemegang Polis sesuai yang tercatat pada Penanggung.

Perubahan ataupun pemutusan polis asuransi ini sangatlah merugikan konsumen / pemegang polis yakni Pasal 7.3, dan dalam ilmu hukum disebut sebagai “klausula baku / klausula eksonerasi”. Ketidaktahuan mengenai klausula baku oleh para pemegang polis ini dikarenakan sejak awalnya tidak dijelaskan pada proposal penawaran awal bahwa hal-hal ini dapat terjadi dan ketentuan-ketentuan tersebut hanya ada dalam pasal-pasal di buku polis asuransi yang tidak diperlihatkan sejak awal dan biasanya baru diberikan setelah seluruh form proposal telah ditandatangani dan persyaratan-persyaratan sudah dilengkapi oleh nasabah / pemegang polis. Intinya nasabah asuransi selalu menandatangani proposal awal, bukan menandatangani buku polis asuransi yang di dalamnya terdapat pasal-pasal yang dapat merugikan nasabah. Nasabah hanya diberikan

⁶ <http://analisadaily.com/letter/asuransi-m-yang-mengecewakan/382/2014/11/01>

⁷ Yang dimaksud oleh Bapak David Sembiring dalam surat pembaca Harian Analisa Online pada kutipan halaman 3, adalah pasal 7.3

waktu 14-21 hari untuk membaca isi polis asuransi mereka, dan jika nasabah tidak setuju dengan isi polis tersebut, maka polis dan premi yang disetor dapat dikembalikan.

Pembatasan atau larangan penggunaan klausula eksonerasi ini dapat kita temui dalam hukum positif di Indonesia yaitu dalam Pasal 18 UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (“UUPK”). Dalam UUPK ini klausula eksonerasi merupakan salah satu bentuk “klausula baku” yang dilarang oleh UU tersebut. Dalam penjelasan Pasal 18 ayat (1) UUPK menyebutkan tujuan dari larangan pencantuman klausula baku yaitu bahwa larangan ini dimaksudkan untuk menempatkan kedudukan konsumen setara dengan pelaku usaha berdasarkan prinsip kebebasan berkontrak. Karena pada dasarnya, hukum perjanjian di Indonesia menganut asas kebebasan berkontrak (Pasal 1338 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (selanjutnya disebut KUHPerdata), *pacta sunt servanda* yaitu perjanjian berlaku mengikat sebagai Undang-Undang bagi para pembuatnya.

Dalam hal ini setiap pihak yang mengadakan perjanjian bebas membuat perjanjian sepanjang isi perjanjian tersebut tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip hukum yang berlaku, tidak melanggar kesusilaan dan ketertiban umum (Pasal 1337 KUHPerdata).

Kita mengetahui sendiri bahwa penggunaan klausula baku tidak memenuhi kriteria hukum perlindungan konsumen di Indonesia. Usaha perasuransian di Indonesia sendiri harus mematuhi peraturan mengenai perlindungan konsumen yang secara spesifik diatur pada Salinan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor: 1/POJK.07/2013 Tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan Pasal 22 ayat 1, 2 dan 3 huruf c yang mengatur sebagai berikut:

- (1) Dalam hal Pelaku Usaha Jasa Keuangan menggunakan perjanjian baku, perjanjian baku tersebut wajib disusun sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perjanjian baku sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk digital atau elektronik untuk ditawarkan oleh Pelaku Usaha Jasa Keuangan melalui media elektronik.
- (3) Perjanjian baku sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang digunakan oleh Pelaku Usaha Jasa Keuangan dilarang:
 - c. menyatakan pemberian kuasa dari Konsumen kepada Pelaku Usaha Jasa Keuangan, baik secara langsung maupun tidak langsung, untuk melakukan segala tindakan sepihak atas barang yang diagunkan oleh Konsumen, kecuali

tindakan sepihak tersebut dilakukan berdasarkan peraturan perundang-undangan;

Berdasarkan uraian tersebut maka Penulis tertarik untuk mengkaji lebih mendalam tentang permasalahan tersebut dengan judul **“UPAYA HUKUM BAGI PEMEGANG POLIS ASURANSI YANG MENGALAMI PEMUTUSAN SEPIHAK DITINJAU DARI PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN TENTANG PERLINDUNGAN KONSUMEN SEKTOR JASA KEUANGAN.”**

1.2. Rumusan Masalah:

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dikemukakan bahwa perubahan ataupun pemutusan polis asuransi secara sepihak ini sangatlah merugikan konsumen / pemegang polis, sehingga penulis mengemukakan rumusan masalah sebagai berikut, “Apakah bentuk upaya hukum yang dapat dilakukan oleh pemegang polis asuransi kesehatan yang mengalami pemutusan sepihak oleh perusahaan asuransi?”

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dibuat untuk memenuhi beberapa tujuan penulisan, yakni:

A. Tujuan Akademik

Untuk memenuhi salah satu persyaratan akademik sebelum memperoleh gelar Sarjana Hukum di Universitas Pelita Harapan Surabaya.

B. Tujuan Praktis

1. Untuk mengetahui adanya kesesuaian hukum dalam polis asuransi dengan hukum positif di Indonesia.
2. Untuk menemukan suatu kepastian hukum dan rasa keadilan bagi pemegang polis asuransi.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini ditulis agar dapat memenuhi manfaat seperti:

- A. Penelitian ini digunakan sebagai sumber untuk memperluas pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat terutama para pemilik polis asuransi

berkaitan dengan perlindungan hukum terhadap kesewenang-wenangan perusahaan asuransi.

- B. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber bahan hukum bagi praktisi hukum berkaitan dengan hukum perasuransian dalam kaitannya tentang perlindungan konsumen dan hukum positif Indonesia lainnya.

1.5. Metode Penelitian

A. Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian Yuridis Normatif/doktrinal. Metode Yuridis Normatif/doktrinal adalah di mana hukum berfungsi sebagai norma (*Law in book*) yaitu dengan cara studi pustaka, melihat hukum sebagai fungsi norma.

B. Pendekatan Masalah

Pendekatan masalah dalam penelitian ini menggunakan pendekatan Undang-Undang (*Statute Approach*), pendekatan konseptual (*Conceptual Approach*) dan pendekatan kasus (*Case approach*)⁸. *Statute approach* adalah pendekatan perundang-undangan yang berlaku berkaitan dengan materi yang dibahas.⁹ Pendekatan secara *conseptual approach* yaitu suatu pendekatan dengan cara membahas pendapat para sarjana sebagai landasan pendukung pembahasan Karya Tulis Ilmiah. Sedangkan *case approach* adalah suatu pendekatan dengan cara membahas permasalahan yang terjadi sebagai landasan pendukung pembahasan Karya Tulis Ilmiah.

C. Sumber/Bahan Hukum

Bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Bahan hukum primer, yang merupakan bahan hukum yang sifatnya mengikat, berupa peraturan perundang-undangan, dalam hal ini yakni Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, Undang-Undang No.21 tahun 2011 tentang Otoritas Jasa

⁸ Peter Mahmud Marzuki, **Penelitian Hukum**, Kencana, Jakarta, 2011, h. 35.

⁹ Peter Mahmud, Marzuki. **Penelitian Hukum**, Jakarta: Kencana, 2010, h.96.

Keuangan, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor: 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan, Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 13/SEOJK.07/2014 tentang Perjanjian Baku.

- b. Bahan hukum sekunder, yang erat kaitannya dengan bahan hukum primer karena bersifat menjelaskan, yang dapat membantu menganalisis dan memahami bahan hukum primer, antara lain literatur, asas-asas, konsep, doktrin dan ilmu hukum (*jurisprudence*), serta karya ilmiah dari para sarjana yang berkaitan dengan hukum perasuransian di Indonesia.

D. Langkah Penelitian

- a. Langkah pengumpulan bahan hukum

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode deduksi, yakni cara pengumpulan bahan-bahan hukum yang didapatkan dengan cara membaca, mempelajari peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta literatur-literatur yang berhubungan dengan permasalahan perasuransian ini. Kemudian seluruh bahan hukum tersebut akan diinventarisasi, yang pada akhirnya disusun secara sistematis agar memudahkan untuk membaca dan memahaminya.

- b. Langkah analisa

Pembahasan masalah/silogisme penelitian menggunakan silogisme deduksi, yaitu pola berpikir atau bernalar yang menggunakan pemikiran yang berawal dari pengetahuan atau hal-hal yang bersifat umum yang diperoleh dari bahan hukum primer maupun sekunder yang akan diimplementasikan pada permasalahan yang terjadi, sehingga akan diperoleh suatu jawaban/kesimpulan yang bersifat khusus atas kasus-kasus perasuransian yang telah terjadi atau yang akan terjadi berkaitan dengan kepastian hukum agar sejalan dengan rasa keadilan dan hukum positif yang berlaku di Indonesia (*Ius Constitutum*).¹⁰

Untuk memperoleh jawaban yang akurat menggunakan penafsiran otentik, sistematis, dan teleologis. Penafsiran otentik adalah penafsiran

¹⁰ *Ibid*, h.47

yang pasti terhadap arti kata yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan itu sendiri. Penafsiran sistematis adalah penafsiran dengan cara melihat/ memperhatikan susunan pasal yang berhubungan dengan pasal-pasal yang lainnya yang ada di dalam undang-undang itu sendiri maupun dengan pasal-pasal lain dari undang-undang yang lain untuk memperoleh pengertian yang lebih mantap. Penafsiran teleologis adalah penafsiran yang digunakan untuk mengetahui maksud dan tujuan Undang-Undang (*the aims of the legislation*).

1.6. Pertanggungjawaban Sistematis

Pertanggungjawaban sistematis dari penulisan ini terdiri dari 4 (empat) bab dan setiap bab dibagi menjadi beberapa sub bab. Adapun keempat bab tersebut sebagai berikut:

Bab I, Pendahuluan, merupakan langkah awal dari penelitian ini. Di sini digambarkan secara jelas tentang permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini. Bab I terdiri dari beberapa sub bab, yaitu: Latar Belakang Masalah, pada latar belakang masalah ini dipaparkan kesenjangan/ketidaksinkronan yuridis antara hukum positif yang berlaku dengan kasus perasuransian seperti pada kasus pemutusan/perubahan polis secara sepihak oleh perusahaan asuransi demi kepentingan perusahaan tersebut sehingga merugikan para pemegang polis. Sub bab selanjutnya mengemukakan Rumusan Masalah, Tujuan dan Manfaat Penelitian, Metode Penelitian dan diakhiri dengan sub bab Pertanggungjawaban Sistematis yang berisi penjabaran bab-bab yang ada dalam skripsi ini.

Bab II, yang berjudul **Hubungan Hukum Antara Penanggung dan Tertanggung dalam Hukum Perasuransian di Indonesia**, terdiri dari 3 sub bab, yaitu sub bab 1 yang berisi tentang hak dan kewajiban tertanggung dan penanggung dalam perjanjian asuransi. Sub bab 2 Klausula Baku dalam Perjanjian Asuransi, dan sub bab 3 tentang Upaya Hukum Konsumen Asuransi terhadap Kerugian yang Diderita.

Bab III, berjudul **Analisis Pemutusan Sepihak Pertanggungjawaban oleh Perusahaan Asuransi**, yang terdiri atas 2 sub bab, yang pertama yaitu Kronologis Kasus Pemutusan Polis Asuransi oleh Perusahaan Asuransi, kedua

yakni Upaya Hukum dari Pemegang Polis asuransi yang mengalami pemutusan sepihak.

Bab IV, Penutup. Terdiri dari Kesimpulan dan Saran. Kesimpulan yaitu perumusan jawaban secara singkat atas pokok masalah yang dikemukakan. Saran berisi tentang gagasan yang disampaikan untuk menyelesaikan polemik hukum dalam kasus Perasuransian di Indonesia.