Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi **e-ISSN**: 2549-4236, **p-ISSN**: 1411-8939
Lembaga Penellitian dan Pengabdian kepada Masyarakat
Volume 23(2), Juli 2023, 1601-1606
DOI: 10.33087/jiubj.v23i2.2906

Perlindungan Hukum kepada Perusahaan Asuransi terhadap Tindakan *Fraud* yang dilakukan oleh Nasabah di Indonesia

Anandri Farrasadre Muhammad, Ery Agus Priyono
Universitas Diponegoro
Corresponding e-mail: adrefarras4@gmail.com, eap.mnot@gmail.com

Abstrak. Dalam dunia asuransi sering ditemukan kejahatan, salah satunya adalah tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi. Tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi tersebut sering terjadi sehingga mengakibatkan kerugian kepada perusahaan asuransi. Oleh karena itu, perlindungan hukum bagi perusahaan asuransi penting untuk diberikan agar tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah bisa dicegah. Untuk menjawab permasalahan di atas, metode yang digunakan peneliti adalah yuridis normatif dengan menelaah hukum positif Indonesia yang memberikan perlindungan hukum kepada perusahaan asuransi. Temuan penting dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana fakta di lapangan tentang hal ini dan bagaimana perlindungan hukum secara preventif dan represif.

Kata kunci : *fraud*, perlindungan hukum, nasabah asuransi, perusahaan asuransi

Abstract. *Within the insurance often found crime, one of which is an act of fraud committed by the customers. Acts of fraud committed by the customers often resulting in losses to the insurance company. Therefore, it is important to provide legal protection for insurance companies so that fraud by the customers can be prevented. To answer the above problems, the method used by researchers is normative juridical by examining Indonesia's positive law that provides legal protection to insurance companies. An important finding in this studies is to find out how the reality facts about this problem and how legal protection is preventive and repressive*

Keywords **:** *fraud, legal protection, insurance customers, insurance companie*

PENDAHULUAN

Perusahaan asuransi adalah salah satu bentuk perusahaan jasa keuangan bukan bank yang dalam pelaksanaannya berupa pengumpulan dana masyarakat dalam bentuk premi. Sebagai imbalannya perusahaan asuransi akan memberikan perlindungan dalam bentuk sejumlah uang atas kerugian yang diderita oleh nasabahnya. Pelaksanaan perjanjian asuransi terdapat jeda waktu yang panjang antara pelaksanaan prestasi tertanggung dengan kontra prestasi yang harus dilakukan oleh Penanggung. Bahkan mungkin juga terjadi bahwa kejadian yang mungkin terjadi sebagai syarat pelaksanaan kewajiban dari penanggung tidak terjadi. Dalam jeda waktu tersebut premi yang dapat dikumpulkan oleh perusahaan asuransi harus diproduktifkan agar memperoleh laba sehingga perusahaan asuransi akan mampu memikul risiko yang mungkin terjadi sekaligus dapat dipakai sebagai biaya operasional perusahaan. Sebagai kegiatan investasi maka perusahaan asuransi juga dihadapkan pada risiko antara berhasil atau gagal. (Atmadjaja, 2019)

Usaha dan jenis kegiatan yang dilakukan oleh pihak asuransi, akan membuka kesempatan bagi pihak yang tidak bertanggung jawab atau oknum-oknum tertentu untuk memetik keuntungan pribadi, yakni dengan melakukan kecurangan-kecurangan atau yang disebut dengan *fraud* yang mengakibatkan kerugian yang dialami oleh pihak lain. Banyak nasabah asuransi yang memanfaatkan kegiatan di dalam asuransi sebagai media untuk mendapatkan keuntungan pribadi atau kelompoknya yang secara langsung merugikan pihak asuransi atau yang disebut dengan *fraud* di dalam asuransi. Kecurangan di praktek industri asuransi merupakan hal yang sudah berlangsung lama, boleh dikatakan pola kecurangan klaim berjalan seiring dengan perkembangan industri asuransi (Setyono, 2017).

Menurut Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) menyebut industri asuransi umum mengalami kerugian hingga miliaran rupiah sepanjang 2018. Kerugian ini disebabkan tindak kecurangan atau *fraud* yang dilakukan sejumlah nasabah. Menurut Direktur Eksekutif AAUI Dody AS Dalimunthe terdapat ada tiga lini usaha asuransi umum yang kerap dijadikan sasaran empuk nasabah nakal untuk mengelabui perusahaan. Ketiga sektor adalah asuransi

perjalanan, kendaraan bermotor, dan perkapalan. Dalam tindak kecurangan atau *fraud* asuransi perjalanan, misalnya nasabah mengaku kehilangan barang berupa tas bermerek di luar negeri. Namun, sebenarnya tas tersebut palsu sehingga harganya tak semahal yang dijual di toko resminya. Terkait tindak kecurangan yang terjadi di sektor asuransi kendaraan bermotor adalah nasabah dengan membuat skenario yang menggambarkan seakan-akan mobil atau motornya ditabrak oleh kendaraan lain. Dengan begitu, nasabah bisa mengajukan klaim ke perusahaan asuransi. Sedangkan dalam asuransi perkapalan, nasabah beberapa kali mengelabui perusahaan asuransi dengan memalsukan identitas umur kapal yang sudah tua menjadi lebih muda agar layak diasuransikan. Kemudian, banyak nasabah mengajukan klaim atas risiko yang sebenarnya tak terjadi. Pengajuan tersebut, seringkali dilakukan oleh sekelompok orang yang sama. Sejauh ini sudah ada 14 perusahaan yang melaporkan tindakan kecurangan kepada pihak kepolisian (Dody, 2019).

Berdasarkan permasalahan di atas, dapat dipahami bahwa kecurangan dalam asuransi tidak hanya dilakukan oleh perusahaan asuransi, namun juga dilakukan oleh nasabah asuransi sehingga mengakibatkan kerugian perusahaan asuransi. Oleh karena itu, kajian perlindungan hukum kepada pihak asuransi terhadap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah di Indonesia 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 dilakukan oleh nasabah pada perusahaan asuransi.

METODE

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini merupakan pendekatan normatif.Penelitian ini menggunakan data sekunder yang dikumpulkan melalui studi kepustakaan dengan peraturan sebagai sumber hukum utama.

HASIL

Perlindungan hukum bagi perusahaan asuransi atas tindakan fraud yang dilakukan oleh nasabah

Seperti yang kita tahu, perlindungan hukum adalah segala upaya pemerintah untuk menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada warganya agar hak-haknya sebagai seorang warga negara tidak dilanggar, dan bagi yang melanggarnya akan dapat dikenakan sanksi sesuai peraturan yang berlaku. Maka dari itu. Maka dari itu pada bab ini sesuai dengan teori tersebut disini peniliti mengkaji perlindungan apakah yang dapat di berikan oleh pemerintah kepada perusahaan asuransi terhdap tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi melalui peraturan perundang-undangan yang sudah berlaku. Secara sederhana prinsip asuransi tersebut dapat dipahami bahwa adanya asuransi ini untuk mengalihkan resiko yang nantinya akan dialami oleh tertanggung. Karena sifatnya asuransi mencoba untuk mengantisipasi hal-hal yang akan terjadi pada masa depan maka perlu adanya regulasi yang memberikan perlindungan atas perjanjian yang timbul dalam proses asuransi tersebut, sesuai dengan pasal 1338 KUHper yang mengatur "semua persetujuan yang dibuat dengan undang-undang berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya. Persetujuan itu tidak dapat ditarik kembali selain dengan kesepakatan kedua belah pihak, atau karena alasan-alasan yang ditentukan oleh undang-undang. Persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik". Berdasarkan Pasal tersebut, secara sederhana dapat dipahami bahwa suatu perjanjian berlaku seprti undang-undang bagi pembuatnya, sehingga baik penanggung ataupun tertanggung memiliki hak dan kewajiban masing-masing dalam proses perikatan asuransi.

Dalam praktiknya, pertanggungan asuransi merupakan perjanjian dengan unsur saling percaya antara penanggung dan terganggung. Secara umum syarat sahnya perjanjian asuransi tersebut diatur dalam pasal 1320 KUHPer. Penanggung percaya bahwa tertanggung akan memberikan segala keterangan dengan baik dan benar, di lain pihak tertanggung juga percaya bahwa jika terjadi peristiwa penanggung akan membayar ganti rugi. Saling percaya tersebut merupakan dasar dari asas kejujuran, yang merupakan asas yang sangat penting dalam setiap perjanjian pertanggungan, sehingga harus dipenuhi oleh para pihak yang mengadakan perjanjian untuk menghindari terjadinya kecurangan asuransi. Dalam melakukan penipuan klaim asuransi, pemegang polis atau tertanggung akan mengajukan klaim palsu agar bisa mendapatkan pembayaran dari perusahaan asuransi yang seharusnya tidak ia terima. Tindak pidana penipuan klaim tersebut disinggung dalam 381, 378, dan pasal 382 KUHP. Pasal 381 menyebutkan bahwa "barangsiapa dengan akal dan tipu muslihat

menyesatkan orang menanggung asuransi tentang hal ikhwal yang berhubungan dengan tanggungan itu, sehingga ia menanggung asuransi itu membuat perjanjian yang tentu tidak akan dibuatnya atau tidak dibuatnya dengan syarat serupa itu, jika sekiranya diketahuinya keadaan hal ikhwal yang sebenar - benarnya, dihukum penjara selama - lamanya satu tahun empat bulan." Maka dari itu sesuai dengan pasal tersebut siapa saja yang menyesatkan penanggung asuransi atau perusahaan asuransi maka akan dikenakan sanksi pidana.

Dalam hal ini unsur dengan tipu muslihat adalah unsur yang paling menentukan dalam tindak pidana penipuan, mengingat unsur ini menentukan cara terjadinya suatu tindak pidana penipuan (pasal 378 KUHP). Penipuan dengan jalan tipu muslihat disandingkan dengan perkataan rangkaian kebohongan. Penipuan di dalam asuransi tidak akan terjadi apabila calon tertanggung hanya menggunakan rangkaian kebohongan melalui perkataan saja untuk mendapatkan persetujuan perjanjian asuransi tersebut, tetapi dengan menunjukan suatu surat yang isinya suatu keterangan yang tidak benar atau bohong. Selain itu hal ini diperkuat dengan ketentuan pasal 1238 KUHper yang mengatur bahwa, "Penipuan merupakan suatu alasan untuk pembatalan perjanjian, apabila tipu-muslihat, yang dipakai oleh salah satu pihak, adalah sedemikian rupa sehingga terang dan nyata bahwa pihak yang lain tidak telah membuat perikatan itu jika tidak dilakukan tipu muslihat tersebut." Penipuan tidak dipersengketakan, tetapi harus dibuktikan terlebih dahulu. Pembuktian tersebut dilakukan di dalam persidangan peradilan.

Penipuan di atas juga dapat dikategorikan sebagai percobaan penipuan sebagaimana yang diatur dalam pasal 53 KUHP. Pasal 53 KUHP mengatur bahwa "mencoba melakukan kejahatan dipidana, jika niat untuk itu telah ternyata dari adanya permulaan pelaksanaan, dan tidak selesainya pelaksanaan itu, bukan semata-mata disebabkan karena kehendaknya sendiri". Maka berdasarkan pasal 53 KUHP tindakan tertanggung yang telah mengisi suatu aplikasi permohonan asuransi yang isinya tidak benar atau palsu, merupakan percobaan tindak pidana penipuan, dan sekaligus melanggar pasal 381 KUHP.

Tujuan dari pengajuan klaim palsu ini adalah untuk menguntungkan diri sendiri dan/atau menguntungkan orang lain secara melawan hukum seperti yang ditegaskan dalam pasal 382 KUHP yang mengatur "Barangsiapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, atas kerugian penanggung asuransi atau pemegang surat *bodemerij* yang sah, menimbulkan kebakaran atau ledakan pada suatu barang yang dipertanggungkan terhadap bahaya kebakaran, atau mengaramkan, mendamparkan, menghancurkan, merusakkan, atau membikin tak dapat dipakai. Kapal yang dipertanggungkan atau yang muatannya maupun upah yang akan diterima untuk pengangkutan muatannya yang dipertanggungkan, ataupun yang atasnya telah diterima uang *bodemerij* diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun".

Perlu kita cermati juga didalam pasal 263 ayat 1 KUHP juga mengatakan bahwa barangsiapa membuat surat palsu atau memalsukan surat yang dapat menimbulkan sesuatu hak, perikatan atau pembebasan hutang, atau yang diperuntukkan sebagai bukti daripada sesuatu hal dengan maksud untuk memakai atau menyuruh orang lain memakai surat tersebut seolah-olah isinya benar dan tidak dipalsu, diancam jika pemakaian tersebut dapat menimbulkan kerugian, karena pemalsuan surat, dengan pidana penjara paling lama enam tahun, ini artinya segala bentuk pemalsuan surat yang biasanya digunakan oknum nasabah dalam melakukan *fraud* agar dikabulkan hal ini juga telah diatur, sehingga sebenarnya segala tindakan yang dilakukan oleh oknum nasabah dapat dikenakan sanksi pidana, yang menjadi persoalan adalah apakah perusahaan terkait berkeinginan untuk membawa keranah pidana, yang tentu ini nanti akan berakibat pada elektabilitas perusahann asuransi itu sendiri. Kemungkinan-kemungkinan demikian yang memang menjadi problem besar usaha perasuransian, sehingga perlu peran serta pemerintah agar benar-benar memperhatikan persoalan tersebut.

Selain itu jika bentuk *fraud* yang dilakukan atas klaim kesehatan yang didapat dari dokter dengan modus operandi memalsukan surat keterangan dari dokter hal ini juga dapat diancam pidana dengan pasal 268 ayat (1) kuhp yang mengatur "Barang siapa membuat secara palsu atau memalsukan surat keterangan dokter tentang ada atau tidak adanya pernyakit, kelemahan atau cacat, dengan maksud untuk menyesatkan penguasa umum atau penanggung, diancam dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun".

Selain KUHP dan KUHPer, KUHD juga sudah mengatur tentang tindakan-tindakan yang dilakukan oleh tertanggung yang mengakibatkan batalnya suatu perjanjian asuransi, beberapa diantaranya adalah:

1. Memuat keterangan yang keliru atau tidak benar atau bila tertanggung tidak memberitahukan hal-hal yang diketahuinya, di mana apabila hal tersebut disampaikan kepada penanggung akan berakibat tidak ditutupnya perjanjian asuransi tersebut, sebagaimana yang dikatakan pasal 251 KUHD.
2. Memuat suatu kerugian yang sudah ada sebelum perjanjian asuransi ditandatangani, sebagaimana yang dikatakan pasal 269 KUHD.
3. Memuat ketentuan bahwa tertanggung dengan pemberitahuan melalui pengadilan membebaskan si penanggung dari segala kewajiban yang akan dating, sebagaimana yang dikatakan pasal 272 KUHD.
4. Terdapat suatu akalan cerdik, penipuan, atau kecurangan si tertanggung, sebagaimana yang dikatakan pasal 282 KUHD (cermati.com, 2023)

Sebagaimana yang telah didiskusikan di atas, KUHP, KUHPer, dan KUHD sudah mengatur tentang tindakan *fraud* asuransi, namun Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian juga mengatur dan memberikan batasan-batasan mengenai tindakan apa saja yang tergolong dalam tindakan *fraud* asurnasi. Oleh karena itu, berdasarkan asas *Lex Specialis Derogat Legi Generali*, maka apabila ada tindakan pidana yang terjadi dalam asuransi maka yang berlaku adalah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, karena Undang-Undang tersebut mengatur secara khusus tentang tindak pidana asuransi. Pasal 78 Undang-Undang 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian telah mengatur bahwa, "setiap orang yang melakukan pemalsuan atas dokumen Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah dengan pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan pidana denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)", dan Pasal 75 Undang-Undang 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian telah mengatur bahwa, "Setiap Orang yang dengan sengaja tidak memberikan informasi atau memberikan informasi yang tidak benar, palsu, dan / atau menyesatkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan pidana denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Perlindungan terhadap perusahaan asuransi secara tidak langsung juga di atur dalam Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen. Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tersebut mengatur tidak hanya memberikan perlindungan kepada konsumen saja, tetapi juga kepada pelaku usaha. Perlindungan yang dimaksud dapat dilihat dalam pasal 6 Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen, yang memberikan hak kepada pelaku usaha untuk mendapat perlindungan hukum dari tindakan konsumen yang beritikad tidak baik, oleh karena itu berdasarkan pasal 6 tersebut maka tindakan *fraud* yang dilakukan oleh nasabah asuransi kepada perusahaan asuransi tidak dibenarkan.

Pencegahan Tindakan Fraud yang Dilakukan Oleh Nasabah Asuransi

Pada bagian sub bab sebelumnya telah dijelaskan mengenai bagaimana langkah hukum yang dapat diambil oleh perusahaan asuransi jika ditemukan adanya *fraud* yang dilakukan oleh nasabah. Langkah hukum tersebut merupakan bentuk dari tindakan represif sebagai pilihan akhir untuk memberikan efek jera bagi oknum nasabah yang cenderung mencari keuntungan secara pribadi melalui *fraud* dalam asuransi. Selain melakukan langkah hukum sebagai tindakan represif atas perbuatan *fraud* nasabah, perusahaan asuransi juga melakukan tindakan preventif dalam mengatasi *fraud* yang mengancam bisnis perasuransian di Indonesia. 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, 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 tidak terjadinya 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. 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 (Gustaman, 2020).

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 (Syukri, 2020). Strategi demikian telah diakomodasi di berbagai negara maju, contohnya adalah Jepang. Negara tersebut melakukan kompilasi data dan pertukaran informasi sesama perusahaan asuransi bila ada kecenderungan dan kecurigaan *fraud*. Data didalam tersebut terdiri dari kontrak, data klaim, data pemegang polis, dan objek asuransi, yang hanya dapat diakses oleh orang-orang tertentu saja. Tetapi faktanya di Indonesia menurut pegiat asuransi yang peneliti wawancara, progam ini belum bisa berjalan karena masih banyak perusahaan asuransi yang tidak setuju akan hal ini. Hal demikian telah diakomodir oleh negara Jepang, melalui Asosiasi Asuransi Umum Jepang (GIAJ) telah menggunakan kompilasi data nasabah asuransi untuk melakukan pertukaran informasi guna meminimalisir terjadinya *fraud* asuransi.

Melakukan kompilasi data seperti inilah yang memang belum terakomodir melalui AAUI *checking* milik indonesia, sehingga diharapkan adanya pembahasan yang dilakukan oleh perusahaan-perusahaan asuransi di Indonesia terkait hal tersebut. Data kompilasi dalam GIAJ tersebut berupa kontak, data klaim, data pemegang polis dan objek asuransi. Data-data tersebut sangat dirahasiakan dan hanya dapat diakses oleh pihak-pihak tertentu saja yang telah terdaftar secara internal di GIAJ (Arteria, 2017). Melaui data *base* tersebut pertukaran informasi akan disebarkan kepada para staf ahli yang menangani persoalan klaim. Apabila terdapat klaim yang memiliki kecenderungan *fraud,* maka tim akan langsung mekakukan investigasi lebih lanjut. Apabila strategi yang dilakukan oleh Jepang ini akan hendak diadopsi oleh Indonesia melalui AAUI, perlu pengkajian ulang dan pematangan beberapa metode untuk diterapkan agar lebih maksimal dalam meminimalisir terjadinya *fraud* dalam asuransi. Perlu adanya peranan aktif organisasi perusahaan asuransi di Indonesia, dalam hal ini adalah AAUI, untuk berperan akitf dalam penyempurnaan sistem AAUI *checking*, yang tentu dilakukan dengan berkomunikasi dengan OJK sebagai lembaga yang menaungi persoalan

transaksi keuangan di Indonesia.

SIMPULAN

Berdasarkan pembahasan yang telah dilakukan pada bab-bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan adalah sebagai berikut :

1. 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 No 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, dan Undang-Undang No 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.
2. 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.

DAFTAR PUSTAKA

Asteria Desi Kartika Sari, 2017, Kecurangan Asuransi : Begini Cara Jepang Tangani Fraud , diakses melalui https://finansial.bisnis.com/read/20171014/215/699144/kecurangan-asuransi-begini-cara-jepang-tangani-fraud

Cermati.com, 2023, *Apa Itu Hukum Asuransi dan Bagaimana Cara Kerjanya?* diakses melalui https://www.cermati.com/artikel/apa-itu-hukum-asuransi-dan-bagaimana-cara-kerjanya

Djoko Imbawani Atmadjaja, 2019, Kedudukan Menteri Keuangan dalam Kepailitan Perusahaan Asuransi, *Jurnal Media Hukum*, 19(1), 17.

Gary Bryan Gustaman, 2020, *Interview with the author*, *Bess Insurance Office*, Jakarta

Pungkas Dody, 2019, *Industri Asuransi Sebut Rugi Miliaran Akibat Fraud Nasabah*

Ridha Ari Setyono, 2017, Tinjauan Kriminologi Dan Hukum Pidana Mengenai Kejahatan Dalam Kegiatan Asuransi, *Jurnal Hukum Khaira Ummah*, 12(4), 968.

Syukri Kurniawan dkk, 2020, *Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (Fraud) dalam Klaim Asuransi*, *Halu Oleo Law Review*, 4(1), 48.