

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia adalah sebuah perusahaan asuransi jiwa yang berdiri pada tahun 1985 di Indonesia. Perusahaan ini merupakan bagian dari Manulife Financial Corporation, sebuah kelompok perusahaan jasa keuangan global yang berkedudukan di Toronto, Kanada. Secara bentuk badan hukum, perusahaan ini berbentuk Perseroan Terbatas (PT) sehingga tunduk pada ketentuan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas serta Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian. Sebagai perusahaan asuransi jiwa, Manulife Indonesia beroperasi berdasarkan izin usaha dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia yang beralamat kantor pusat di Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lt. 3 – 5 Jl. Jenderal Sudirman Kav. 45 – 46, Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12930, Indonesia. Menyediakan berbagai produk asuransi jiwa, kesehatan, kecelakaan, investasi, serta program dana pensiun bagi individu maupun kelompok. Hingga kini, Manulife Indonesia dikenal sebagai salah satu perusahaan asuransi terbesar dan terpercaya di Indonesia, dengan jaringan layanan yang luas dan jumlah nasabah yang besar.

Ketentuan hukum yang mengatur bentuk dan kewajiban perusahaan asuransi sebagai berikut :

1. Bentuk Badan Hukum Perusahaan (Pasal 6)

Pasal 6 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014 menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib berbentuk Perseroan Terbata (PT), Koperasi atau Usaha Bersama (Mutual), PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia memenuhi ketentuan ini karena berbentuk Perseroan Terbatas, sehingga sah untuk menjalankan usaha asuransi jiwa di Indonesia.

2. Kewajiban Menyelenggarakan Perlindungan Konsumen (Pasal 26)

Pasal 26 mengatur bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan informasi yang lengkap, benar, dan jujur kepada pemegang polis, termasuk mengenai manfaat, biaya, resiko, pengecualian dan prosedur klaim. Artinya, Manulife sebagai PT wajib Memberikan informasi polis dengan jelas, Tidak boleh menyesatkan nasabah, Wajib transparan mengenai syarat dan ketentuan polis. Pasal ini sangat relevan dalam perkara klaim asuransi karena sengketa sering timbul dari ketidakjelasan informasi polis.

3. Kewajiban Pelayanan Penyelesaian Klaim (Pasal 31)

Pasal 31 mewajibkan perusahaan asuransi untuk menyediakan “Pelayanan penyelesaian klaim dan penanganan keluhan secara cepat, mudah, adil, dan tidak diskriminatif.” Artinya Manulife harus

¹Pasal 6 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

²Pasal 26 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

³Pasal 31 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

Memproses klaim tepat waktu, Memberikan alasan yang sah jika klaim ditolak, Tidak menunda klaim tanpa dasar hukum. Pasal ini berhubungan langsung dengan kasus yang menjadi objek penelitian.

4. Legalitas Izin Usaha (Pasal 73)

Pasal 73 mengatur bahwa “Setiap pihak dilarang menjalankan kegiatan usaha asuransi tanpa izin usaha dari OJK.” PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia memiliki izin resmi sebagai perusahaan asuransi jiwa sejak 1985. Dengan demikian Seluruh aktivitas operasional Manulife sah secara hukum, Polis yang diterbitkan memiliki kekuatan hukum mengikat, Perusahaan dapat dimintai pertanggungjawaban jika melanggar ketentuan perizinan.

5. Kewajiban Menjaga Kesehatan Keuangan (Pasal 75)

Pasal 75 menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib Menjaga tingkat solvabilitas yang cukup, Mengelola investasi secara prudent (hati-hati), Menjamin kemampuan perusahaan dalam memenuhi seluruh kewajiban, termasuk pembayaran klaim. Artinya, sebagai PT, Manulife wajib berada pada kondisi keuangan yang stabil sehingga Tidak boleh menolak klaim dengan alasan ketidakmampuan finansial, Harus mampu membayar kewajiban kepada pemegang polis kapan pun klaim terjadi.

⁴ Pasal 73 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

⁵ Pasal 75 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

6. Pertanggungjawaban dan Sanksi Hukum (Pasal 81)

Pasal 81 menjelaskan bahwa pelanggaran terhadap ketentuan Undang – Undang Perasuransian dapat dikenai sanksi pidana, baik terhadap Korporasi (PT-nya), dan Pengurus perusahaan (Direksi/Manajemen). Artinya PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dapat dimintai pertanggungjawaban hukum apabila melakukan pelanggaran seperti kelalaian memproses klaim, memberikan informasi menyesatkan, atau tidak menjalankan kewajiban sesuai undang-undang. Sanksi dapat mencakup denda, pembatasan izin, hingga pencabutan izin usaha.

Dengan mengacu pada Pasal 6, 26, 31, 73, 75, dan 81 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014 dapat disimpulkan bahwa Manulife sah secara hukum dan berbentuk Perseroan Terbatas sesuai Pasal 6, Wajib memberikan informasi yang jelas kepada pemegang polis sesuai Pasal 26, Wajib memberikan pelayanan klaim yang adil, cepat, dan transparan sesuai Pasal 31, Sah menjalankan usaha karena memiliki izin dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sesuai Pasal 73, Wajib menjaga kondisi keuangan yang sehat sesuai Pasal 75, dan Dapat dikenai sanksi hukum apabila melakukan pelanggaran sesuai Pasal 81.

2.2 Ketentuan Tentang Asuransi Jiwa di Indonesia

Asuransi jiwa di Indonesia diatur dalam beberapa peraturan perundang – undangan. Secara historis, dasar hukum awal mengenai asuransi

⁶ Pasal 81 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

diatur dalam Kitab Undang – Undang Hukum Dagang (KUHD) Buku I Bab IX Pasal 246 sampai dengan Pasal 308, yang menyebutkan bahwa “pertanggungan adalah suatu perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan diderita karena suatu peristiwa yang tidak pasti.” Meskipun Kitab Undang – Undang Hukum Dagang (KUHD) masih bersifat umum dan belum membedakan antara asuransi kerugian dan asuransi jiwa, ketentuan tersebut menjadi pondasi awal yang menegaskan bahwa hubungan hukum dalam asuransi didasarkan atas perjanjian dan asas kebebasan berkontrak. Kemudian dalam perkembangannya, pengaturan lebih khusus terhadap perusahaan asuransi diatur melalui Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian yang menggantikan Undang – Undang Nomor 2 Tahun 1992. Undang – Undang ini memberikan landasan yuridis terhadap penyelenggaraan kegiatan usaha asuransi di Indonesia, termasuk pengawasan, perizinan, serta perlindungan terhadap kepentingan pemegang polis, tertanggung, dan pihak lain yang berhak atas manfaat. Pasal 1 angka 1 UU No. 40 Tahun 2014 menyatakan bahwa *asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau*

⁷ Kitab Undang – Undang Hukum Dagang. Buku I Titel 9.

⁸ Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

⁹ Pasal 1 Angka 1 UU Nomor 40 Tahun 2011.

kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggalnya atau hidupnya seseorang yang dipertanggung.

Dari definisi tersebut terlihat bahwa asuransi jiwa tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme pengalihan risiko (risk transfer) , tetapi juga sebagai alat perlindungan sosial bagi keluarga yang ditinggalkan oleh tertanggung. Oleh karena itu, perusahaan asuransi jiwa berkewajiban menjamin pembayaran klaim sesuai isi polis ketika peristiwa yang dipertanggung terjadi. Prinsip utama yang mendasari perjanjian asuransi jiwa adalah prinsip itikad baik tertinggi (utmost good faith), dimana baik pihak tertanggung maupun penanggung wajib memberikan keterangan yang sebenarnya mengenai kondisi kesehatan, risiko, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan objek pertanggung. Pelanggaran terhadap prinsip ini dapat menimbulkan sengketa, seperti penolakan klaim karena adanya ketidaksesuaian data medis atau informasi yang tidak diungkapkan secara jujur oleh tertanggung.

Pada prinsipnya, asuransi jiwa adalah perjanjian antara perusahaan asuransi selaku penanggung dengan pemegang polis selaku tertanggung, dimana penanggung menjamin akan memberikan pembayaran sejumlah uang

¹⁰Opan Arifuddin, S.Pd, M.Pd, Udin Wahrudin, SE, MM, Fenny Damayanti Rusmana, SE, Ak., M.Kom. “*Manajemen Resiko*”. (Juni 2020)(Bandung, Widina Bhakti Persada).

apabila terjadi peristiwa yang tidak pasti di kemudian hari yang menyangkut hidup atau mati seseorang. Prinsip utama dalam hubungan tersebut adalah adanya perjanjian yang sah sebagaimana diatur dalam Pasal 1 angka 1 UU No. 40 Tahun 2014 yaitu pengalihan risiko dari pemegang polis kepada perusahaan asuransi dengan membayar sejumlah premi.

Selain itu, industri asuransi di Indonesia berada dalam pengawasan dan regulasi Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang – Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang OJK. OJK memiliki wewenang mengatur, mengawasi, dan melindungi konsumen sektor jasa keuangan, termasuk perusahaan asuransi jiwa. Pengawasan tersebut meliputi aspek manajemen risiko, kesehatan keuangan perusahaan asuransi, kepatuhan terhadap ketentuan perundang-undangan, serta penyelesaian pengaduan konsumen. Dalam konteks sengketa klaim asuransi, OJK juga memiliki peran melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) untuk memberikan mediasi sebelum perkara diajukan ke pengadilan.

Pengaturan hukum asuransi jiwa di Indonesia juga didukung oleh sejumlah peraturan pelaksana seperti Peraturan OJK (POJK) Nomor 23/POJK.05/2015 tentang Produk Asuransi dan Pemasaran Produk Asuransi, serta Surat Edaran OJK (SEOJK) Nomor 5/SEOJK.05/2022 tentang

¹¹ Otoritas Jasa Keuangan. Roadmap Perasuransian Indonesia (2023 – 2027). <https://ojk.go.id/id/regulasi/20Pengembangan%20Perasuransian%20Indonesia.pdf>

¹² Undang – Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan.

¹³ Peraturan OJK Nomor 23/POJK.05/2015. Tentang produk asuransi dan Pemasaran Produk asuransi

Pelindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan Non-Bank yang mengatur kewajiban perusahaan asuransi dalam memberikan informasi yang jelas dan transparan kepada calon tertanggung serta prosedur pengajuan klaim. Seluruh ketentuan ini bertujuan memastikan adanya keseimbangan posisi antara perusahaan asuransi dengan pemegang polis.

Dalam suatu hubungan perasuransian, terdapat beberapa pihak yang memiliki kedudukan hukum berbeda, hak dan kewajiban berbeda, serta peran terhadap pelaksanaan perjanjian asuransi. Undang – Undang No. 40 Tahun 2014 menegaskan bahwa hubungan perasuransian tidak hanya melibatkan perusahaan asuransi dan pemegang polis, tetapi juga pihak lain yang terkait dengan pelaksanaan polis, pengelolaan risiko, dan perlindungan kepentingan tertanggung.

Ketentuan Hukum perasuransian di Indonesia juga mengenai dengan Dana Asuransi (*Insurence Fund*) dimana memiliki pengertian sebagai berikut yang dimana Dana Asuransi adalah kumpulan dana yang berasal dari pembayaran premi oleh pemegang polis yang dikelola oleh perusahaan asuransi untuk memenuhi kewajiban pembayaran manfaat atau ganti rugi kepada tertanggung atau ahli waris. Dana ini merupakan inti dari kegiatan usaha perasuransian dan memiliki kedudukan hukum yang sangat penting dalam memastikan kesinambungan perusahaan asuransi serta perlindungan hak konsumen.

Dalam Pasal 1 angka 3 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, pemegang polis didefinisikan sebagai “ Pihak yang mengikatkan diri dalam perjanjian asuransi dengan perusahaan asuransi dan berhak atas manfaat atau pelayanan yang sesuai dengan polis, serta berkewajiban membayar premi. ”. Dari definisi tersebut, dapat dipahami bahwa pemegang polis adalah subjek hukum utama yang membuat dan menandatangani perjanjian asuransi, sehingga segala hak dan kewajiban yang lahir dari polis melekat padanya.

Dalam praktiknya, ketentuan hukum ini menjadi dasar dalam memutus sengketa seperti pada Putusan Nomor 69/Pdt.G/2025/PN.Rap, dimana hakim menilai hubungan hukum antara pemegang polis *MiWealth Assurance* dengan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berdasarkan prinsip-prinsip hukum asuransi yang berlaku. Dengan demikian, ketentuan hukum asuransi jiwa di Indonesia tidak hanya mengatur aspek kontraktual, tetapi juga menjadi instrumen perlindungan hukum bagi pemegang polis dan ahli waris ketika terjadi sengketa klaim.

2.3 Perjanjian Asuransi dan Proses Klaim

Perjanjian asuransi merupakan suatu perikatan hukum antara perusahaan asuransi (penanggung) dengan pemegang polis (tertanggung), di mana penanggung bersedia memberikan manfaat atau pembayaran klaim

¹⁴Pasal 1 angka 3 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

apabila terjadi peristiwa yang dipertanggung, sedangkan tertanggung berkewajiban membayar premi sesuai ketentuan yang disepakati.

Perjanjian asuransi juga memiliki hubungan hukum antara perusahaan asuransi sebagai penanggung dan pemegang polis sebagai tertanggung. Dalam perjanjian ini tertanggung mengalihkan risiko finansial kepada penanggung dengan membayar sejumlah premi. Karena merupakan perjanjian dalam bidang jasa keuangan, maka hubungan tersebut wajib tunduk pada ketentuan Kitab Undang – Undang Dagang (KUHD), KUHPerdara, UU No. 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, serta ketentuan pelaksanaan yang ditetapkan oleh OJK. Perjanjian asuransi dituangkan dalam polis, yang merupakan bukti tertulis dan mengikat kedua pihak, serta menjadi dasar dalam proses klaim.

Ketentuan pada Pasal 53 Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang perasuransian Pasal 53 mengatur mengenai Kewajiban Perusahaan Asuransi Membayar Klaim, Kewajiban Perusahaan Asuransi Membayar Klaim, Kewajiban Menyampaikan Alasan Penolakan. Yang dimana Pasal 53 menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib “Membayar klaim atau manfaat asuransi apabila pemegang polis telah memenuhi seluruh ketentuan polis dan kewajiban pembayaran premi.”. serta pada Pasal 53 ayat (3)

¹⁵ Dr. Nur Jihad, S.H, M.H. *Kekuatan Perjanjian Asuransi Mengikat Para Pihak*. (08 April 2021). <https://www.hukumonline.com/klinik/a/kekuatan-perjanjian-asuransi-mengikat-para-pihak--ini-dasarnya-cl6032/>

¹⁶ Pasal 53 Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

¹⁷ Pasal 53 ayat (3) Undang – Undang No. 40 Tahun 2014

menegaskan bahwa Jika klaim ditolak, perusahaan asuransi wajib memberikan **alasan penolakan secara tertulis** kepada pemegang polis.

2.3.1 Pengertian Perjanjian Asuransi

Istilah asuransi adalah serapan dari istilah bahasa Belanda *assurantie*, dalam bahasa Inggris *assurance*. Istilah lain berasal dari bahasa Belanda yang artinya sama dengan *assurantie* adalah *verzekering*, dalam bahasa Inggrisnya *insurance*. Dikalangan perguruan tinggi hukum, istilah – istilah tersebut diterjemahkan dengan “pertanggungan”. Tetapi dikalangan dunia usaha digunakan istilah serapan “asuransi”. Sekarang, baik istilah “pertanggungan” maupun “asuransi” dipakai secara resmi dalam perundang-undangan perasuransian. Menurut Pasal 246 KUHD, asuransi adalah perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian terhadap kemungkinan suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan. Sedangkan menurut Pasal 1 angka 1 UU No. 40 Tahun 2014, asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan pembayaran atas suatu kejadian yang tidak pasti yang menyangkut hidup atau meninggalnya seseorang yang dipertanggungkan. Dari ketentuan tersebut terlihat bahwa esensi asuransi adalah pengalihan risiko serta adanya kesepakatan yang sah menurut hukum.

¹⁸ Pasal 246 KUHD “Perjanjian dengan nama penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung”.

2.3.2 Hak dan Kewajiban Tertanggung dan Penanggung

Perkembangan industri perasuransian di Indonesia mengalami pertumbuhan yang pesat seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi sebagai salah satu bentuk perlindungan finansial. Namun, masih banyak terjadi ketidakpahaman tentang hak dan kewajiban penanggung dan tertanggung dalam perasuransian di Indonesia, yang dapat menyebabkan ketidakadilan dalam pelaksanaan perjanjian asuransi. Oleh karena itu, diperlukan peninjauan terhadap hak dan kewajiban penanggung dan tertanggung dalam perasuransian di Indonesia berdasarkan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian sebagai payung hukum yang mengatur industri perasuransian di Indonesia.

Dalam hubungan hukum asuransi, tertanggung dan penanggung terikat dalam suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban timbal balik. Hak dan kewajiban ini bersumber dari ketentuan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian, Kitab Undang – Undang Hukum Dagang (KUHD) terutama Pasal 246 – 277, serta isi polis sebagai perjanjian tertulis antara para pihak.

Kewajiban penanggung dalam perasuransian adalah untuk memberikan perlindungan finansial kepada tertanggung dengan membayar ganti rugi atau klaim jika terjadi risiko yang telah dijamin dalam polis

¹⁹Ricky Christian Benedictus Pyoh, Debby Telly Antow dan Adi T. Koesoemo (Vol. 12 No.2 (8 Mei 2023)). *Tinjauan Hak dan Kewajiban Penanggung dan Tertanggung Dalam Perasuransian di Indonesia Berdasarkan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian*.

asuransi. Sedangkan kewajiban tertanggung dalam perasuransian adalah untuk membayar premi kepada penanggung dan memberikan informasi yang benar dan lengkap tentang risiko yang akan diasuransikan.

Dalam perjanjian asuransi berlaku asas keseimbangan hak dan kewajiban. Tertanggung berhak memperoleh manfaat pembayaran klaim apabila risiko yang diasuransikan terjadi, sedangkan penanggung berhak menerima pembayaran premi. Sebaliknya, tertanggung berkewajiban memberikan data dan informasi yang benar, lengkap, serta jujur kepada penanggung ketika mengajukan aplikasi asuransi. Sedangkan penanggung berkewajiban menyampaikan informasi produk secara jelas dan transparan serta membayar hak tertanggung/ahli waris apabila klaim memenuhi ketentuan dalam polis. Pelanggaran atas kewajiban ini berpotensi menimbulkan sengketa hukum.

2.3.3 Prosedur Pengajuan Klaim

Klaim asuransi adalah salah satu proses atau tahapan yang perlu kita lalui ketika ingin mengajukan jaminan ganti rugi dari pihak asuransi. Klaim asuransi adalah suatu permohonan yang diajukan secara resmi oleh nasabah kepada pihak penanggung dengan tujuan untuk meminta dana perjanjian. Adapun tujuan dan fungsi klaim asuransi adalah sebagai berikut :

²⁰ OCBC, *Klaim Asuransi, Pengertian, Tujuan, Prosedur*. (3 Mei 2023) (<https://www.ocbc.id/id/article/2023/05/04/klaim-asuransi-adalah>)

1. Mengalihkan resiko bahaya dalam jangka pendek atau panjang, baik terhadap jiwa atau harta yang dimiliki pihak tertanggung.
2. Membayar ganti rugi apabila mengalami suatu kerusakan, misalnya terjadi kebakaran rumah dan kecelakaan.
3. Klaim asuransi berfungsi juga untuk membayar santunan bagi nasabah.

Prosedur pengajuan klaim biasanya diatur dalam polis dan pedoman kebijakan perusahaan asuransi. Pada umumnya, pengajuan klaim dilakukan dengan mengajukan formulir klaim, melampirkan dokumen pendukung (seperti sertifikat kematian, KTP tertanggung, KTP ahli waris, polis asli, bukti pembayaran premi), dan bukti pendukung lain yang disyaratkan. Setelah itu perusahaan akan melakukan verifikasi administrasi dan pemeriksaan data kesehatan maupun data premi. Apabila syarat dipenuhi dan tidak terdapat pelanggaran terhadap ketentuan polis, perusahaan berkewajiban membayar manfaat klaim kepada pihak yang ditunjuk.

2.3.4 Alasan – Alasan Penolakan Klaim Asuransi Jiwa

Dalam praktiknya, perusahaan asuransi dapat menolak klaim dalam kondisi tertentu. Alasan penolakan biasanya berkaitan dengan adanya ketidaksesuaian data kesehatan, indikasi pemalsuan dokumen, belum terpenuhinya masa tunggu (*waiting period*), polis dalam keadaan *lapse* akibat tunggakan premi, atau adanya ketentuan pengecualian (*exclusion*) dalam polis. Selain itu, apabila tertanggung tidak memenuhi prinsip itikad baik (*utmost good faith*), misalnya tidak mengungkapkan riwayat penyakit secara

jujur, maka perusahaan dapat menolak klaim. Penolakan seperti ini sering menimbulkan ketidaksepahaman, sehingga berujung pada sengketa dan diajukan ke pengadilan. Berikut ini alasan – alasan penolakan Klaim Asuransi Jiwa sebagai berikut :

1. Apabila jangka waktu asuransi sebagaimana telah disepakati antara penanggung dan tertanggung dalam polis asuransi telah habis meskipun tidak terjadi suatu peristiwa, maka risiko penanggung juga berakhir. Dengan kata lain asuransi jiwa dapat berakhir sejak jangka waktu berlaku asuransi habis. Hal ini diatur dalam Pasal 302 KUHD yang menyatakan “Jiwa seseorang dapat dipertanggungkan untuk keperluan orang yang berkepentingan, baik untuk selama hidup atau pun untuk suatu waktu yang ditentukan dengan perjanjian”.
2. Apabila pada saat diadakannya asuransi si tertanggung telah meninggal dunia, hal tersebut dapat menggugurkan perjanjian asuransi, sebagaimana diatur dalam Pasal 306 KUHD, yaitu “Bila orang yang jiwanya dipertanggungkan pada waktu pengadaan pertanggungkan telah meninggal dunia, gugurlah perjanjian itu, meskipun tertanggung tidak dapat mengetahui tentang meninggalnya itu, kecuali bila dipersyaratkan lain”.

²¹Bosni Gondo Wibowo, S.H, LL.M. “Alasan yang bisa menggugurkan pertanggungkan asuransi jiwa”. (18 Juli 2023) (<https://www.hukumonline.com/klinik/a/alasan-yang-bisa-menggugurkan-pertanggungkan-asuransi-jiwa-lt55c16f9e6c655/>)

²² Pasal 302 KUHD “Jangka waktu berlaku asuransi”.

²³ Pasal 306 KUHD “Tentang menggugurkan perjanjian asuransi”

3. Apabila meninggalnya tertanggung dikarenakan bunuh diri atau dikenai hukuman mati, maka gugurlah perjanjian asuransi tersebut. Hal ini diatur dalam Pasal 307 KUHD yang menyatakan: *“Bila orang mempertanggung jiwanya bunuh diri atau dihukum mati, gugurlah pertanggungannya”*.

2.4 Kerugian Dalam Sengketa Asuransi

Dalam sengketa klaim asuransi, kerugian tidak hanya mengacu pada jumlah uang yang diminta oleh pemegang polis/ahli waris (nilai pertanggungan), tetapi juga meliputi berbagai bentuk rugi materiil dan immateriil, serta konsekuensi hukum lain seperti pembatalan polis, pengembalian premi, bunga, dan konsekuensi reputasi. Pemahaman yang komprehensif tentang jenis-jenis kerugian, dasar hukumnya, tata cara pembuktian, serta mekanisme penilaian dan penentuan besaran ganti kerugian sangat penting baik bagi praktisi hukum maupun bagi pihak perusahaan asuransi.

Secara umum, klaim ganti kerugian dalam sengketa asuransi dapat muncul dalam tiga pola utama:

²⁴ Pasal 307 KUHD “Tentang gugurnya perjanjian asuransi”.

²⁵ Rinitami Njartrijani, Hendro Saptono dan Anna Mulia Ludy, *“Kedudukan hukum dan tanggung jawab penilai kerugian asuransi dalam industri asuransi di Indonesia”*. (2016) (<https://www.neliti.com/id/publications/19405/kedudukan-hukum-dan-tanggung-jawab-penilai-kerugian-asuransi-dalam-industri-asur>)

1. Klaim pelaksanaan perjanjian (*specific performance/payment of benefit*)

Tuntutan agar perusahaan asuransi membayar uang pertanggungan sebagaimana tercantum dalam polis apabila kondisi pertanggungan terpenuhi.

2. Klaim pembatalan/*rekstitusi*

Apabila perusahaan atau pemegang polis menganggap perjanjian batal (mis. karena *misrepresentation*), maka pihak yang dirugikan dapat meminta pengembalian premi atau pengembalian status *quo*.

3. Klaim ganti rugi tambahan

Seperti bunga atas keterlambatan, kerugian immateriil, atau kompensasi lain yang didalilkan sebagai akibat perbuatan melawan hukum atau wanprestasi.

Secara hukum, tuntutan ganti kerugian harus memenuhi unsur:

- a) adanya peristiwa yang menimbulkan kerugian.
- b) hubungan kausal antara tindakan/kelalaian dan kerugian.
- c) adanya unsur kesalahan atau pelanggaran kewajiban (untuk wanprestasi/PMH).
- d) besaran kerugian dapat dibuktikan.

Ketentuan – ketentuan KUHPerdata mengenai perikatan (Pasal 1238, Pasal 1338) dan asas kontrak berlaku, sedangkan ketentuan khusus perasuransian (Pasal 251 KUHD tentang *non-disclosure*) mengatur posisi khusus dalam pembatalan polis. Dalam praktik pengadilan, hakim akan menimbang bukti dokumen polis, Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), hasil investigasi penanggung, bukti pembayaran premi, dan dokumen medis untuk menilai apakah klaim ganti kerugian layak dikabulkan.

Dalam Putusan No. 69/Pdt.G/2025/PN.Rap, majelis hakim memeriksa beberapa pola tuntutan kerugian: permohonan agar polis dinyatakan sah dan uang pertanggungan dibayarkan, permohonan ganti kerugian/bunga, serta tuntutan agar penolakan klaim dinyatakan perbuatan melawan hukum. Putusan menunjukkan bahwa apabila ditemukan *misrepresentation* (ketidakjujuran dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa) atau ketidaksesuaian syarat tertanggung (usia melebihi batas), maka penanggung berhak membatalkan polis dan mengembalikan premi, serta penolakan klaim dianggap berdasar hukum, sebaliknya tuntutan ganti rugi bunga dan pengakuan polis ditolak apabila polis dinyatakan batal demi hukum.

²⁶ Tim Hukum Online. “*Pengertian wanprestasi, akibat, dan penyelesaiannya*”. (29 Maret 2024)(<https://www.hukumonline.com/berita/a/unsur-dan-cara-menyelesaikan-wanprestasi-lt62174878376c7/>)

2.4.1 Bentuk Kerugian Dari Segi Pemegang Polis / Ahli Waris

Kerugian utama dari segi pemegang polis atau ahli waris biasanya terjadi ketika manfaat perlindungan yang diharapkan tidak dapat diperoleh, terutama saat klaim asuransi ditolak. Bentuk kerugian yang sering didalilkan penggugat dalam sengketa asuransi jiwa meliputi:

1. Kerugian Materiil (Uang Pertanggungan)

Tuntutan utama berupa pembayaran manfaat asuransi (*sum insured*). Dalam kasus ini penggugat menuntut pembayaran Rp240.000.000,- per polis (nilai pertanggungan pada masing-masing polis). Putusan menguji apakah unsur peristiwa (meninggalnya tertanggung) memenuhi pengecualian polis ataukah terdapat alasan penolakan (*non-disclosure*).

2. Pengembalian Premi / *Restitusi*

Apabila polis dinyatakan batal demi hukum atau penanggung membatalkan polis karena ketidakjujuran Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), maka konsekuensi praktis yang dapat diklaim atau menjadi dasar tindakan penanggung adalah pengembalian premi yang telah dibayarkan. Dalam putusan tercatat penanggung telah

²⁷ Julio Leonardo Leba, Habibi Adjie. “Kedudukan polis asuransi jiwa dalam hukum waris” (Vol.10 No.2 Hal.112-121)(2024)

mengembalikan premi sejumlah tertentu, yang menjadi bukti bahwa penanggung menganggap pembatalan beralasan.

3. Bunga atas Keterlambatan Pembayaran

Sering diajukan sebagai kompensasi finansial atas penundaan pembayaran, bunga 2% per bulan yang diminta penggugat. Namun hakim akan menilai dasar hukum tuntutan bunga tersebut; apabila polis dibatalkan atau tidak terbukti adanya wanprestasi/tindakan melawan hukum oleh penanggung, tuntutan bunga dapat ditolak (sebagaimana putusan menolak tuntutan bunga karena tidak ada perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh tergugat).

4. Kerugian Immateriil / Moral

Dalam praktik pengadilan perdata Indonesia, penggugat kadang meminta

ganti rugi immateriil, namun pembebanan dan pembuktian kerugian immateriil lebih ketat dan jarang dikabulkan tanpa bukti konkret.

5. Konsekuensi Pidana / Sanksi Atas Pemalsuan

Apabila fakta menunjukkan pemalsuan dokumen atau penipuan (pengisian Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) tidak benar), maka selain ranah perdata terdapat kemungkinan ranah pidana (Pasal 378 KUHP atau UU Perasuransian tentang pemalsuan dokumen) yang dapat mempengaruhi penilaian kerugian dan legitimasi tuntutan.

Putusan menyebut dugaan pemalsuan dan referensi ketentuan pidana sebagai pertimbangan hukum penolakan klaim.

2.4.2 Pertimbangan Hukum Terhadap Kerugian dalam Sengketa Asuransi

Pertimbangan hukum terhadap kerugian dalam sengketa asuransi mencakup peninjauan terhadap **cakupan polis, prinsip hukum asuransi** seperti *subrogasi* dan *indemnitas*, serta **prosedur penyelesaian sengketa** melalui jalur litigasi (pengadilan) maupun non-litigasi (mediasi, arbitrase). Penilaian ini berfokus pada apakah penolakan klaim atau kerugian yang dialami nasabah sah secara hukum, dengan mempertimbangkan adanya cacat kehendak, perbuatan melawan hukum, dan pemenuhan kewajiban oleh penanggung berdasarkan polis dan peraturan yang berlaku. Dalam menilai tuntutan kerugian, pengadilan melakukan analisis berlapis :

1. Validitas Polis dan Ketaatan Kontraktual

Hakim menelaah polis, Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, dan dokumen pendukung untuk menentukan apakah perjanjian asuransi sah dan apakah klausul-klausul (masa tunggu, pengecualian, kewajiban pengungkapan) telah dipenuhi atau dilanggar. Ketentuan umum polis (hak investigasi penanggung, hak pengembalian premi, klausul domisili pengadilan) menjadi materi penting. Putusan menegaskan bahwa ketentuan polis (Pasal 12.3 mengenai domisili pengadilan dan

²⁸Naura Shafwah Ahmad, Muhammad Nasruddin, Rr. Endang Sri Sulasih. “*Analisis Yuridis Penolakan Klaim Asuransi Jiwa Oleh Pihak Penanggung Terhadap Tertanggung*” (Vol. 7, No. 2)(Juni – September 2025)

Pasal 15.1 tentang verifikasi/ungkapan) mengikat para pihak dan mempengaruhi *admissibility* gugatan.

2. Prinsip Itikad Baik / *Non-Disclosure* (Pasal 251 KUHD)

Apabila ditemukan bahwa tertanggung/ pemegang polis menyembunyikan riwayat kesehatan atau memberikan keterangan tidak benar di Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), maka berdasarkan Pasal 251 KUHD dan ketentuan khusus polis, perjanjian dapat dinyatakan batal demi hukum. sehingga tuntutan pembayaran manfaat menjadi tidak beralasan. Pengadilan pada perkara ini menemukan bukti ketidakjujuran (riwayat hipertensi/penyakit) dan mengacu pada Pasal 251 KUHD untuk menyimpulkan pembatalan polis.

3. Beban Pembuktian

Penggugat wajib membuktikan kewajaran tuntutannya (ada polis, premi dibayar, sebab klaim terjadi). Sementara tergugat (penanggung) berkewajiban membuktikan adanya alasan penolakan (hasil investigasi, data medis, bukti pemalsuan). Putusan menunjukkan bahwa bukti investigasi dan surat penolakan penanggung menjadi dasar yang kuat bagi majelis untuk menyatakan pembatalan polis dan menolak tuntutan pembayaran serta bunga.

²⁹ Pasal 251 KUHD “Tentang Prinsip Itikad Baik / *Non-Disclosure*”

4. *Remedies* yang Diberikan Pengadilan

Apabila penanggung benar membatalkan polis karena *non-disclosure*, hakim dapat menolak tuntutan pembayaran manfaat dan menyatakan pembatalan polis, pengadilan dapat menilai apakah pengembalian premi telah dilakukan atau perlu diperintahkan, tuntutan ganti rugi tambahan (bunga) akan ditolak jika tidak terbukti adanya wanprestasi atau Perbuatan Melawan Hukum oleh penanggung. Putusan No.69/Pdt.G/2025/PN.Rap merefleksikan pola ini, pembatalan polis dengan pengembalian premi, dan penolakan tuntutan bunga/ganti kerugian tambahan.

2.5 **Penggugat dan Tergugat Dalam Perkara Asuransi**

Dalam penyelesaian sengketa klaim asuransi, para pihak yang bersengketa berada dalam posisi hukum tertentu yang menentukan hak dan kewajibannya dalam proses litigasi. Sengketa klaim asuransi jiwa biasanya melibatkan pihak pemegang polis atau ahli waris sebagai pihak yang merasa dirugikan dan mengajukan tuntutan, dan perusahaan asuransi sebagai pihak yang menolak klaim atau tidak mengabulkan hak pembayaran berdasarkan polis. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kedudukan para pihak ini penting agar dapat menilai dan menganalisis hubungan hukum yang menjadi objek sengketa. Dalam konteks sengketa asuransi, kedudukan penggugat dan tergugat juga menjadi dasar untuk menentukan ruang lingkup pembuktian, karena masing-masing pihak memikul beban pembuktian dalam kerangka hukum perdata.

2.5.1 Pengertian Penggugat

Penggugat dalam arti asuransi adalah individu atau seseorang yang mengajukan permohonan resmi kepada perusahaan asuransi untuk mendapatkan kompensasi atau pertanggungan berdasarkan polis asuransi. Penggugat biasanya adalah seseorang yang mencari ganti rugi finansial atas kerugian yang ditanggung, seperti kerusakan akibat kecelakaan mobil, cedera akibat suatu insiden, atau kerugian properti akibat bencana alam atau pencurian.

Ada beberapa jenis penggugat , tergantung pada jenis klaim asuransi yang diajukan, beberapa kategori meliputi sebagai berikut :

1. Penggugat Pihak Pertama

Ini adalah orang atau badan yang memegang polis asuransi dan mengajukan klaim untuk menerima manfaat langsung dari perusahaan asuransi mereka sendiri. Misalnya, jika Anda memiliki asuransi mobil dan mengalami kecelakaan, Anda akan menjadi penggugat pihak pertama yang mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi Anda.

2. Penggugat Pihak Kedua

Penggugat pihak ketiga adalah seseorang yang bukan pemegang polis tetapi menuntut kompensasi dari perusahaan asuransi atas kerusakan

³⁰Attorney Sam. “*Apa itu penggugat dalam asuransi*”. (<https://contactattorneysam.com/claimant-insurance-injury-claim/>)

atau cedera yang disebabkan oleh pemegang polis. Dalam kecelakaan mobil, jika Anda terluka karena kelalaian orang lain, Anda akan menjadi penggugat pihak ketiga yang mengajukan klaim kepada asuransi pengemudi yang bersalah.

3. Penerima Manfaat

Penerima manfaat sering kali merupakan orang yang ditunjuk berdasarkan polis asuransi jiwa yang dapat mengajukan klaim untuk menerima manfaat setelah kematian pemegang polis.

Penggugat adalah pihak yang merasa haknya dirugikan, kemudian mencari perlindungan hukum melalui pengajuan gugatan kepada pengadilan. Dalam konteks sengketa asuransi jiwa, penggugat biasanya adalah pemegang polis atau ahli waris pemegang polis yang telah melakukan pembayaran premi dan mempunyai ekspektasi memperoleh manfaat klaim sesuai dengan ketentuan polis. Ketika klaim ditolak, penggugat menempuh jalur hukum untuk menuntut pemenuhan kewajiban penanggung. Kedudukan penggugat ini penting karena penggugat harus membuktikan bahwa ia memiliki hubungan hukum yang sah dengan perusahaan asuransi melalui keberadaan polis, serta membuktikan bahwa kejadian yang menjadi objek klaim benar-benar terjadi (misalnya meninggal dunia). Dalam perkara perdata, penggugat wajib mampu menunjukkan bukti tertulis berupa polis, bukti pembayaran premi, dokumen kematian tertanggung, dan dokumen pendukung lainnya.

2.5.2 Pengertian Tergugat

Tergugat adalah pihak yang digugat oleh penggugat karena dianggap telah melakukan tindakan atau kelalaian yang mengakibatkan kerugian atau tidak memenuhi suatu kewajiban hukum. Dalam sengketa asuransi jiwa, tergugat adalah perusahaan asuransi yang dianggap tidak melaksanakan kewajiban pembayaran klaim sesuai dengan isi polis asuransi. Perusahaan asuransi selaku tergugat pada umumnya mendalilkan penolakan klaim tersebut berdasarkan ketentuan dalam polis, misalnya adanya ketidaksesuaian keterangan medis, pelanggaran prinsip itikad baik, kesalahan data, atau ketentuan pengecualian klaim tertentu. Perusahaan asuransi sebagai tergugat juga wajib menunjukkan dasar hukum penolakan klaim dengan pembuktian dokumen teknis polis, surat penolakan resmi, hasil investigasi, dan ketentuan internal perusahaan yang menjadi alasan tidak dicairkannya klaim.

Kedudukan penggugat dan tergugat dalam sengketa asuransi jiwa memperlihatkan adanya hubungan hukum kontraktual yang bersumber dari polis asuransi. Oleh karena itu, dalam setiap proses pemeriksaan di pengadilan, hakim akan menilai dokumen polis dan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagai dasar penemuan hukum untuk memutuskan apakah tindakan perusahaan asuransi telah sesuai ataukah telah menimbulkan kerugian yang harus dipertanggungjawabkan.

³¹ Tim Hukum Online. "Dasar Hukum Asuransi dan Sejumlah Ketentuan yang berlaku". (26 Februari 2022) (<https://www.hukumonline.com/berita/a/dasar-hukum-asuransi-lt6219fd8a5cd7a/>)

2.6 Bentuk Pertimbangan Hakim Dalam Suatu Putusan

Pertimbangan hakim (*ratio decidendi*) adalah dasar intelektual yang dipakai majelis hakim untuk sampai pada suatu putusan. Dalam setiap perkara perdata, termasuk sengketa klaim asuransi, pertimbangan hakim tidak hanya menilai bukti–bukti lahiriah, tetapi juga menilai substansi hukum, asas hukum, dan kebenaran materiil yang terjadi di lingkup perjanjian. Pertimbangan hakim harus menjawab apa yang benar secara hukum, bukan semata apa yang dirasakan merugikan oleh salah satu pihak. Pertimbangan hakim (*ratio decidendi*) merupakan inti dari setiap putusan pengadilan karena di dalamnya terkandung proses penalaran hukum, penerapan asas, serta hubungan antara fakta dan norma hukum. Melalui pertimbangan tersebut dapat diketahui bagaimana hakim menegakkan hukum, memberikan perlindungan kepada pihak yang berhak, dan menjamin kepastian serta keadilan. Dalam perkara perdata, termasuk sengketa klaim asuransi, pertimbangan hakim harus memuat :

1. Pertimbangan terhadap Fakta dan Bukti

Dalam Putusan Nomor 69/Pdt.G/2025/PN.Rap, hakim memulai dengan menilai hubungan hukum para pihak, yaitu bahwa penggugat adalah ahli waris dari tertanggung dua polis *MiWealth Assurance* bernomor 4258125022 atas nama Diston Siringo Ringo dan

³²Shidarta (Maret 2019). “*Ratio Decidendi dan Kaidah Yurisprudensi*”. <https://business-law.binus.ac.id/2019/03/04/ratio-decidendi-dan-kaidah-yurisprudensi/>

³³ Ricky Lexmana, Kartina Pakpahan, Elvira Fitriyani Pakpahan. “Wanprestasi Sengketa Klaim Asuransi dan Penegakan Hukumnya.” (Departement Of Law, Universitas Prima Indonesia)(Medan, Indonesia).

4258124843 atas nama Rovida Siringo Ringo. Kedua polis memiliki premi masing-masing Rp. 6.000.000 dan efektif pada November – Desember 2020. Setelah tertanggung meninggal dunia, penggugat mengajukan klaim kepada tergugat, namun klaim tersebut ditolak oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. Majelis hakim kemudian menilai alasan penolakan klaim yang diajukan tergugat, yaitu adanya ketidaksesuaian data kesehatan dalam dokumen SPAJ (Surat Permintaan Asuransi Jiwa). Dari bukti-bukti surat, terutama SPAJ dan dokumen medis, hakim menemukan bahwa pada saat pengajuan polis, tertanggung tidak mengungkapkan riwayat penyakit tertentu yang bersifat material bagi penilaian risiko. Fakta ini terbukti melalui hasil pemeriksaan dan keterangan ahli medis yang diajukan di persidangan. Oleh karena itu, hakim menyatakan bahwa secara faktual telah terjadi misrepresentation atau pengungkapan data yang tidak benar dari pihak tertanggung.

2. Pertimbangan terhadap Penerapan Hukum

Berdasarkan fakta di atas, hakim menerapkan ketentuan Pasal 251 Kitab Undang – Undang Hukum Dagang (KUHD) yang menyatakan *“Apabila tertanggung memberikan keterangan yang tidak benar atau menyembunyikan keadaan sebenarnya, perjanjian asuransi menjadi batal demi hukum.”*

³⁴ Pasal 251 Kitab Undang – Undang Hukum Dagang.

Ketentuan ini menunjukkan bahwa hukum positif Indonesia memberikan hak kepada perusahaan asuransi untuk menolak klaim atau membatalkan polis apabila terdapat ketidakjujuran pada saat kontrak dibuat. Majelis hakim menegaskan bahwa kewajiban utama dalam kontrak asuransi adalah prinsip *utmost good faith* (itikad baik yang tertinggi). Karena tertanggung tidak memenuhi prinsip tersebut, maka hubungan hukum antara para pihak dianggap tidak lagi dilandasi oleh itikad baik, dan akibatnya polis menjadi batal demi hukum.

Hakim juga menilai bahwa penolakan klaim oleh tergugat bukan merupakan perbuatan melawan hukum, melainkan pelaksanaan hak hukum yang diberikan oleh undang-undang dan isi polis. Penolakan tersebut dilakukan setelah melalui proses verifikasi dan investigasi internal perusahaan, sehingga memenuhi asas kehati-hatian (*prudential principle*) dalam industri jasa keuangan.

3. Pertimbangan terhadap Perlindungan Hukum dan Keadilan

Meskipun hakim menyatakan penelohan klaim adalah sah, majelis juga menilai bahwa tertanggung telah melakukan pembayaran premi secara teratur sebelum meninggal dunia. Oleh sebab itu, hakim memerintahkan agar premi yang telah dibayarkan dikembalikan

³⁵ Chindy dan Annisa Sylviana. “Perlindungan Hukum Terhadap Penolakan Klaim Asuransi Oleh Perusahaan Asuransi”. (Volume 1 Nomor 1)(April 2023)

³⁶ Muhammad Najib, R. Murjiyanto, Eksy Puji Rahayu. “Kajian Yuridis Penerapan *Utmost Good Faith* Dalam Sengketa Klaim Asuransi Jiwa Syariah”. (Vol. 08 Nomor. 2)(November 2023).

kepada ahli waris. Pertimbangan ini menunjukkan bahwa hakim tidak hanya menegakkan norma hukum secara kaku, tetapi juga memperhatikan rasa keadilan dan keseimbangan antara para pihak.

Dengan demikian, dalam perkara ini terdapat dua bentuk perlindungan hukum yang diberikan hakim:

- a) Perlindungan hukum bagi perusahaan asuransi, karena bertindak sesuai peraturan dan asas itikad baik.
- b) Perlindungan hukum bagi pemegang polis/ahli waris, melalui pemulihan hak finansial berupa pengembalian premi.

4. Kesimpulan Pertimbangan Hakim

Berdasarkan uraian pertimbangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa hakim dalam Putusan Nomor 69/Pdt.G/2025/PN.Rap menerapkan prinsip-prinsip hukum perasuransian secara objektif dan proporsional. Hakim mempertimbangkan:

- a) Fakta adanya *misrepresentation* dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ).
- b) Berlakunya Pasal 251 KUHD sebagai dasar pembatalan polis.
- c) Prinsip itikad baik (*good faith*)³⁹ sebagai asas pokok dalam perjanjian asuransi, dan
- d) Asas keadilan dalam mengembalikan premi kepada ahli waris.

³⁷ Putusan Nomor 69/Pdt.G/2025/PN.Rap

³⁸ Pasal 251 Kitab Undang – Undang Hukum Dagang.

³⁹ Nasionalre (13 April 2022). “Apa itu prinsip Utmost Good Faith”. <https://nasionalre.id/portal/apa-itu-prinsip-utmost-good-faith>.

Pertimbangan hukum tersebut menunjukkan bahwa hakim tidak hanya berperan sebagai penerap undang – undang, tetapi juga sebagai pelindung nilai – nilai keadilan dalam hubungan kontraktual antara penanggung dan tertanggung. Dengan demikian, bentuk pertimbangan hakim dalam putusan ini menggambarkan penerapan hukum yang komprehensif, rasional, dan selaras dengan asas perlindungan hukum dalam hukum perasuransian Indonesia.

Bentuk pertimbangan hakim dalam suatu putusan merupakan kombinasi dari berbagai dimensi, mulai dari aspek hukum, fakta, argumentasi logis, hingga keadilan substantif. Analisis terhadap pertimbangan hakim ini penting karena memberikan pemahaman mendalam mengenai rasionalitas putusan, sekaligus menjadi acuan bagi pihak-pihak terkait untuk menerima atau mengajukan upaya hukum lebih lanjut. Dalam putusan yang dikaji, terlihat bahwa hakim secara sistematis memadukan semua dimensi tersebut, sehingga putusan menjadi jelas, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.