

**PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG
POLIS ASURANSI JIWA:
STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE INDONESIA WILAYAH
D.I YOGYAKARTA**



Oleh:

Nama: Siti Azizah Etty Pratiwi
No. Mahasiswa: 14312522

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2020**

**PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG POLIS
ASURANSI JIWA:
STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE WILAYAH D.I YOGYAKARTA**

SKRIPSI

Disusun dan diajukan untuk memenuhi sebagai salah satu syarat untuk mencapai derajat Sarjana Sastra-1 Program Studi Akuntansi pada Fakultas Ekonomi UII



Oleh:

Nama: Siti Azizah Etty Pratiwi

No. Mahasiswa: 14312522

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2020**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

“ Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam referensi. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar maka saya sanggup menerima hukuman/sangsi apapun sesuai peraturan yang berlaku.”



Yogyakarta, 17 Januari 2020

Penulis,



(Siti Azizah Etty Pratiwi)

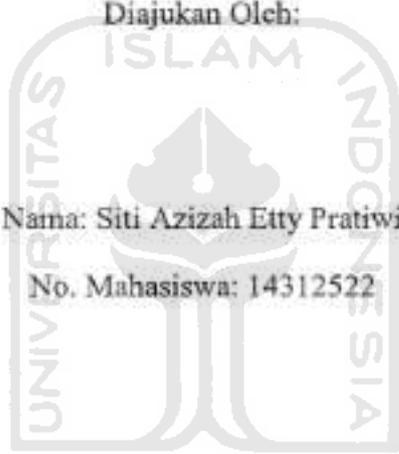
**PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG POLIS
ATAS ASURANSI JIWA:
STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE WILAYAH D.I YOGYAKARTA**

SKRIPSI

Diajukan Oleh:

Nama: Siti Azizah Etty Pratiwi

No. Mahasiswa: 14312522



Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing

Pada Tanggal ..17.. Januari ..2020

Dosen Pembimbing,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Hendi Yogi Prabowo'. The signature is stylized and somewhat abstract, with a large loop on the left side.

(Hendi Yogi Prabowo, SE., M.For.Accy., Ph.D)

BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR /SKRIPSI

SKRIPSI BERJUDUL

PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG POLIS ASURANSI JIWA:
STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE INDONESIA WILAYAH D.I YOGYAKARTA

Disusun Oleh : SITI AZIZAH ETTY PRATIWI
Nomor Mahasiswa : 14312522

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji dan dinyatakan LULUS

Pada hari Kamis, tanggal: 9 April 2020

Penguji/ Pembimbing Skripsi : Hendi Yogi Prabowo, SE, M.For.Accy., Ph.D.



Penguji : Johan Arifin, SE, M.Si., Ph.D.



Mengetahui
Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika
Universitas Islam Indonesia



Prof. Jaka Sriyana, SE., M.Si, Ph.D.

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“ Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang ”

Dengan ini saya persembahkan skripsi ini untuk keluarga dan sahabat yang telah senantiasa mendoakan dan mendukung saya disetiap langkah untuk menggapai cita-cita.

Semoga Allah SWT membalas jasa budi kalian dikemudian hari dan memberikan kemudahan dalam segala hal, Aamiin Yaa Rabbal Alamin



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabaraakaatuh.

Puji syukur saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG POLIS ASURANSI JIWA: STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE INDONESIA WILAYAH D.I. YOGYAKARTA”**. Shalawat dan salam saya sampaikan kepada junjungan yang membawa risalah Islamiyah, Rasulullah SAW, yang senantiasa menjadi suri tauladan bagi kita semua, semoga kita selalu menjadi pengikutnya sampai akhir hayat, *Amin ya rabbal alamin*.

Penulisan skripsi ini dilaksanakan sebagai syarat untuk mencaai pendidikan strata satu (S1) pada jurusan akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis memperoleh dukungan, bantuan bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, oleh karena itu dengan kerendahan hati, penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang selalu memberikan rahmat dan karunianya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini. Semoga selesainya skripsi ini akan menjadi amal yang baik dan berguna untuk kedepannya. *Amin*.
2. Junjungan kita Rasulullah SAW yang menjadi suri tauladan bagi umat islam, sehingga umat islam saat ini telah hidup di zaman yang terang benderang.

3. Bapak dan Ibu yang tidak lelah untuk mengingatkan saya dan mendorong saya menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih atas usaha dan doa kalian semoga saya dapat mencapai kesuksesan yang kalian inginkan. *Amin*.
4. Untuk kedua kakak saya, kak Taufik dan kak Wahid yang selalu mengingatkankan tanpa henti. Membantu saya mengalokasikan kegiatan agar skripsi ini dapat selesai dan memberikan saran dan cara agar mengerjakan skripsi dengan mudah.
5. Bapak Fathul Wahid S.T., M.Sc., Ph.D. selaku rektor Universitas Islam Indonesia
6. Bapak Dr. Jaka Sriyana, SE., M.SI. selaku dekan Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia.
7. Bapak Johan Arifin, SE., M.Si., Ph.D. selaku ketua jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia.
8. Bapak Mahmudi Dr. S.E., M.Si selaku ketua prodi Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia.
9. Bapak Hendy Yogi Prabowo, S.E., M.For.Accy., Ph.D selaku dosen pembimbing yang selalu kritis dalam memeriksa dan mengevaluasi hasil penelitian ini, sehingga menjadi lebih baik.
10. Seluruh karyawan PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta dan kantor cabang Gondomanan yang telah membantu saja dalam melakukan penelitian ini dengan memberi informasi berharga dan mengizinkan peneliti untuk melakukan observasi proses bisnis.

11. Teman-teman seperjuangan skripsi satu bimbingan, Kipti, Widia, Wikan, Asia. Terima kasih atas motivasi kalian dan bantuannya dalam mengerjakan skripsi sehingga saya dapat menyusul kalian semua.
12. Untuk sahabat Anonymous, Grani, Riris, Ukhti, Risma. Terima kasih sudah menemani saya selama kita kuliah bersama sampai kita disibukkan dengan skripsi masing-masing dan tetap memberi semangat satu dengan yang lain.
13. Teman-teman KKN yang menginspirasi, terima kasih atas kenangan yang kita buat selama KKN berlangsung, saya tidak akan lupa walaupun kita sudah lulus dan bekerja di tempat masing-masing.
14. Rekan-rekan KSPM yang saya sayangi, teman-teman divisi riset yang suka berpusing ria bersama membuat paper investasi. Terima kasih sudah mau bekerja sama dengan saya selama saya berada di sana.
15. Semua pihak yang tidak dapat saya tulis satu per satu yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini. Serta membantu memberikan saya *stress healing*. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnakan di masa yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti, bagi pembaca, dan bagi pihak yang berkepentingan.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabaraakaatuh.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul	ii
Halaman Pernyataan Bebas Plagiarisme	iii
Halaman Pengesahan	iv
Halaman Berita Acara Ujian Tugas Akhir	v
Halaman Persembahan	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Abstrak	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Fokus Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA	9
2.1 Pengenalan Bab	9
2.2 Kajian Teoritis	9
2.3 Kajian Umum	15
2.3.1 Pengertian Asuransi	15
2.3.2 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014.....	16
2.3.3 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 73 Tahun 2016	17
2.3.4 Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69 Tahun 2017	18
2.3.5 Standar Praktik dan Kode Etik Perusahaan Asuransi.....	21
2.4 Penelitian Terdahulu	25

BAB III METODE PENELITIAN	32
3.1 Pengenalan Bab	32
3.2 Jenis Penelitian	32
3.3 Fokus Penelitian	33
3.4 Sistematika Penulisan	34
3.4.1 Latar Belakang	35
3.4.2 Menentukan Topik Penelitian.....	36
3.4.3 Menentukan Rumusan Masalah.....	36
3.4.4 Kajian Literatur.....	36
3.4.5 Pengumpulan Data	37
3.4.6 Sumber dan Jenis Data	37
3.4.6.1 Sumber Data Primer	37
3.4.6.2 Sumber Data Sekunder	39
3.5 Analisis Data	39
3.5.1 <i>Coding</i>	40
3.5.2 <i>Analytical Maps</i>	41
3.5.3 <i>Framework Matrices</i>	42
3.6 Objek Penelitian	42
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	43
3.8 Objektivitas dan Pengujian Keabsahan Data	43
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Pengenalan Bab	48
4.2 Profil PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta	48
4.2.1 Struktur Organisasi	49
4.2.2 Visi dan Misi	51
4.3 Gambaran Umum Permasalahan <i>Fraud</i> PT Bhinneka Life Indonesia.....	52
4.3.1 Internal	54
4.3.1.1 Tenaga Pemasar	54
4.3.1.2 Keuangan	55
4.3.1.3 <i>Customer Care</i>	56
4.3.1.4 <i>Outsourcing</i>	56
4.3.2 Eksternal.....	56

4.3.2.1 Jenis Asuransi yang Dimiliki Pemegang Polis.....	57
4.3.2.2 Pendaftaran Asuransi	58
4.3.2.3 Pembayaran	59
4.3.2.4 Klaim	60
4.4 Pencegahan dan Deteksi <i>Fraud</i>	61
4.4.1 Pencegahan	63
4.4.2 Deteksi.....	65
4.5 Kekurangan dan Kendala yang Dialami PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta	66
4.5.1 Kekurangan.....	67
4.5.2 Kendala.....	69
4.6 Strategi Perbaikan yang Dapat Dilakukan PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta	70
4.7 Kesimpulan Bab	71
BAB V PENUTUP	73
5.1 Pengenalan Bab	73
5.2 Kesimpulan	73
5.3 Keterbatasan Masalah.....	74
Daftar Pustaka.....	76
Lampiran	79

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Profil Narasumber 38



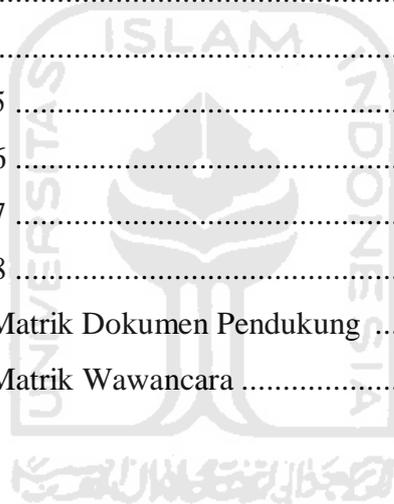
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Sistematika Penelitian	34
Gambar 4.1 Logo PT Bhinneka Life Indonesia.....	49
Gambar 4.2 Struktur Organisasi PT Bhinneka Life Indonesia KPA Wilayah D.I Yogyakarta	50
Gambar 4.3 Struktur Organisasi Kantor Cabang Gondomanan	51
Gambar 4.4 Peta Analisis Gambaran Umum Permasalahan <i>Fraud</i> di PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta.....	53
Gambar 4.5 Peta Analisis Pencegahan dan Deteksi <i>Fraud</i> oleh Pemegang Polis Asuransi Jiwa	62
Gambar 4.6 Peta Analisis Kekurangan dan Kendala	67
Gambar 4.7 Peta Analisis Strategi Perbaikan atas Kendala yang Dialami	71



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian	80
Lampiran 2 Undang-Undang No.40 Tahun 2014.....	81
Lampiran 3 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No.73 Tahun 2016.....	90
Lampiran 4 Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan No.46 Tahun 2017	96
Lampiran 5 Standar Praktik dan Kode Etik Perusahaan Asuransi	106
Lampiran 6 Wawancara 1	112
Lampiran 7 Wawancara 2	115
Lampiran 8 Wawancara 3	119
Lampiran 9 Wawancara 4	122
Lampiran 10 Wawancara 5	126
Lampiran 11 Wawancara 6	131
Lampiran 12 Wawancara 7	134
Lampiran 13 Wawancara 8	137
Lampiran 14 Framework Matrik Dokumen Pendukung.....	140
Lampiran 15 Framework Matrik Wawancara	161



ABSTRAK

Industri Asuransi merupakan salah satu industri sektor keuangan yang sangat umum didengar oleh masyarakat beriringan dengan perbankan. Keberagaman jenis asuransi terdapat di setiap perusahaan jasa asuransi dan banyak orang yang menjadi pemegang polis dan tertanggung. Salah satu perusahaan yang bergerak di bidang ini adalah PT Bhinneka Life Indonesia, berdiri sejak tahun 2016 hingga saat ini dan masih tumbuh berkembang. Penelitian ini membahas pencegahan dan deteksi kecurangan pemegang polis asuransi jiwa di PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta. Sebagai perusahaan yang baru berdiri setelah berpisah dengan AJB Bumiputera tentunya PT Bhinneka Life Indonesia memiliki gaya tersendiri dalam melakukan pencegahan dan deteksi kecurangan yang kemungkinan berasal dari pemegang polis. Sehingga keberlangsungan perusahaan mampu dipertahankan.

Kata kunci: PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta, Pencegahan, Deteksi, Kecurangan, Pemegang polis.

ABSTRACT

Insurance Industries is one of financial sector industries. Diversity of insurance types are available in every insurance companies and many people are their policyholders and insured. One of company which in this sector is PT Bhinneka Life Indonesia, it was established since 2016 until now and it still growing. This research will discuss about prevention and detection of life insurance policyholder's fraud at Bhinneka Life Indonesia Inc., D.I Yogyakarta Region. As the company which be held after took apart from AJB Bumiputera, truthly Bhinneka Life Indonesia Inc. has an own style in action to prevent and detection fraud that can be from policyholder. So, company sustainability can be maintained.

Keywords: Bhinneka Life Indonesia Inc. D.I Yogyakarta Region, Pervation, Detection, Fraud, Policyholder.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Industri asuransi merupakan salah satu industri sektor keuangan yang bukan hal asing bagi setiap orang. Asuransi bergerak dengan mengutamakan prinsip kepercayaan. Landasan fundamental ini yang seringkali dilanggar dan timbul potensi potensi kecurangan dalam pengelolaan. Tidak hanya dari dalam perusahaan, pemegang polis/nasabah/tertanggung mampu melakukan tindakan kecurangan selama menjadi peserta asuransi. Untuk tindakan kecurangan yang dilakukan oleh peserta asuransi cukup sulit untuk diidentifikasi secara cepat sebab mayoritas kasus yang berhubungan dengan peserta asuransi biasanya ada kerja sama dengan pihak internal perusahaan seperti tenaga pemasar ataupun pejabat tinggi perusahaan asuransi tersebut.

Di Indonesia, ada beberapa kasus kejahatan dalam asuransi yang sempat terjadi dan kerugian bagi perusahaan asuransi sendiri tidaklah sedikit, antara lain:

1. Calon investor mencari seseorang yang terkena vonis sakit atau jangka waktu hidupnya relatif singkat untuk dijadikan calon tertanggung asuransi yang ia daftarkan. Dengan begitu ia dapat memperoleh tunjangan uang pertanggungan atas tertanggung tersebut lebih singkat. Modus ini sering terjadi di Amerika.
2. Tahun 1979, seorang wanita pengusaha mendaftarkan suaminya sebagai tertanggung asuransi jiwa. Namun, selang beberapa waktu kemudian.

Suaminya meninggal akibat kecelakaan. Untuk awalnya, perusahaan asuransi yang mengurus asuransi tersebut tidak merasa curiga. Namun, tindakan wanita ini dilakukan secara berulang sebanyak 3 kali hingga diketahui kecelakaan yang dialami oleh pasangannya adalah murni tindakan pembunuhan.

Oleh sebab itu, setiap perusahaan asuransi memerlukan sistem bisnis yang efektif dan efisien untuk menekan resiko adanya kecurangan yang dilakukan oleh pemegang polis maupun orang-orang dari dalam perusahaan sendiri.

PT Bhinneka Life KPA D.I. Yogyakarta merupakan perusahaan yang bergerak di bidang jasa keuangan khususnya asuransi dan investasi. Perusahaan ini berdiri pada tanggal 12 Februari 2016 dengan nama PT AJB Bumiputera. Perusahaan ini mengalami perubahan nama akibat kegagalan dalam usaha restrukturisasi AJB Bumiputera sehingga memaksa PT AJB Bumiputera harus memisahkan diri dari AJB Bumiputera dan melakukan *rebranding* agar mampu menjalankan usahanya. PT Bumiputera mengganti nama menjadi PT Bhinneka Life KPA D.I. Yogyakarta.

Dari kejadian di atas, maka PT Bhinneka Life digolongkan sebagai perusahaan asuransi yang baru, bersaing di antara perusahaan-perusahaan asuransi yang lebih dahulu berdiri. Karena itu juga, PT Bhinneka Life dituntut untuk menyusun sistem bisnis yang sesuai dengan peraturan Otoritas Jasa Keuangan dan Undang Undang Nomor 40 tahun 2014. Dan perlu membuat sistem anti-*fraud* yang memadai untuk menghindari kejadian kejadian terkait kecurangan atas asuransi tidak terulang kembali.

Karena tergolong perusahaan yang masih baru dan mulai berkembang, PT Bhinneka Life Indonesia masih dalam proses penyesuaian dengan kebijakan yang diberikan oleh Otoritas Jasa Keuangan. Namun, sehubungan dengan perusahaan tersebut merupakan perusahaan muda sehingga ada kemungkinan jika perusahaan tersebut menggunakan kebijakan perusahaan sepenuhnya sesuai dengan ketentuan yang dibuat oleh Otoritas Jasa Keuangan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia.

Berdasarkan latar belakang diatas, Penulis telah menganalisis pencegahan dan deteksi *fraud* yang kemungkinan dilakukan oleh pemegang polis dalam penelitian yang berjudul “PENCEGAHAN DAN DETEKSI KECURANGAN PEMEGANG POLIS ATAS ASURANSI JIWA: STUDI KASUS PT BHINNEKA LIFE INDONESIA WILAYAH D.I. YOGYAKARTA”

1.2 Rumusan Masalah

1. *Bagaimana gambaran umum permasalahan fraud yang dihadapi PT Bhinneka Life KPA Yogyakarta?*

Rumusan masalah ini membahas gambaran umum permasalahan *fraud* yang pernah terjadi di PT Bhinneka Life KPA Yogyakarta. Permasalahan *fraud* yang kemungkinan dihadapi oleh perusahaan berasal dari faktor internal dan eksternal. Internal mayoritas berasal dari tenaga pemasar/agen yang memiliki hubungan dekat dengan nasabah/pemegang polis/tertanggung. Begitu juga dengan faktor dari eksternal yaitu pemegang polis/tertanggung/nasabah. Akibat adanya relasi dengan tenaga pemasar/agen ada beberapa prosedur yang seharusnya dilakukan pihak

independen justru diisi secara pribadi dan tidak didukung dengan data yang independen.

2. *Bagaimana pencegahan dan deteksi fraud yang dilakukan oleh pemegang polis asuransi khususnya asuransi jiwa?*

Rumusan masalah ini membahas bagaimana pencegahan dan deteksi yang dilakukan perusahaan agar kecurangan-kecurangan yang pernah timbul tidak terjadi kembali. Ada beberapa cara untuk mencegah terjadinya kecurangan yang dilakukan oleh perusahaan. Upaya yang dilakukan lebih berfokus pada keuangan dengan pembayaran premi asuransi secara auto-debet, pembayaran klaim dengan via transfer dan pengurusan klaim yang dilakukan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku.

3. *Bagaimana kendala yang dihadapi perusahaan dalam mengimplementasi pencegahan dan deteksi fraud?*

Rumusan masalah ini membahas kendala apa saja yang dialami perusahaan selama melakukan tindakan pencegahan dan deteksi *fraud*. Walaupun sudah melakukan pencegahan dan deteksi yang baik, masih terdapat kendala yang dihadapi perusahaan yang beberapa tidak terlihat begitu penting namun sangat berpengaruh.

4. *Bagaimana strategi perbaikan yang sebaiknya dilakukan oleh perusahaan?*

Rumusan ini membahas bagaimana solusi atau strategi yang dapat dilakukan perusahaan untuk meminimalisir atau menyelesaikan kendala yang dihadapinya.

1.3 Fokus Masalah

Untuk mendapat hasil yang sesuai dengan tujuan dan menjawab rumusan masalah yang ada, maka peneliti menentukan fokus penelitian sebagai berikut:

1. Tempat Penelitian: Kantor Wilayah PT Bhinneka Life Indonesia yang berlokasi di Pacific Building Lt. 2, jalan Laksda Adisucipto No. 157 Demangan Baru, Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman 55281
2. Aspek Penelitian: Mekanisme Pencegahan dan Deteksi Kecurangan Pemegang Polis
3. Waktu Penelitian: Tahun 2018 sampai dengan tahun 2019

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini:

- a. Untuk mengetahui keefektifan pencegahan dan deteksi *fraud* yang diterapkan PT Bhinneka Life KPA Yogyakarta
- b. Untuk membantu perusahaan dalam melakukan evaluasi tindakan pencegahan dan deteksi yang diterapkan PT Bhinneka Life KPA Yogyakarta.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini antara lain:

a. Bagi Penulis

Penelitian yang dilakukan ini akan memberikan wawasan untuk penulis terkait perusahaan PT Bhinneka Life KPA D.I. Yogyakarta dalam mengamankan usahanya.

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat kepada masyarakat terutama nasabah dan calon nasabah perusahaan peasuransian sehingga mampu membuat keputusan bijak dalam melakukan investasi di bidang perasuransian.

c. Bagi Perusahaan

Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat kepada perusahaan sebagai salah satu bahan pertimbangan evaluasi manajemen perusahaan dalam penerapan sistem pengendalian manajemen di lingkungan internal perusahaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Dalam bab ini, dijelaskan latar belakang penelitian yang digunakan sebagai acuan dari pemilihan topik dan penyusunan rumusan masalah. Kemudian dijelaskan pula fokus penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penelitian.

BAB II KAJIAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan tentang *fraud* seperti definisi dari *fraud*, Kategori, Teori dan tindakan pencegahan, deteksi, serta investigasi *fraud*, definisi dari asuransi. Selain itu, juga membahas standar praktik perusahaan dan aturan-aturan yang berlaku yang digunakan sebagai pedoman dalam penelitian ini. Kemudian, membahas penelitian-penelitian terdahulu yang menjadi pembandingan penelitian yang saat ini peneliti lakukan.

BAB III METODE PENELITIAN

Dalam bab ini dijelaskan mengenai rencana kegiatan yang dilakukan untuk penelitian ini. Beberapa hal yang dijelaskan pada bab ini antara lain; jenis penelitian, fokus penelitian, sistematika penelitian, sumber dan jenis data, pemilihan responden, objek penelitian, teknik pengumpulan data, dan teknik pengujian keabsahan data.

BAB IV ANALISIS DATA

Dalam hal ini peneliti memaparkan hasil penelitian yang dilakukan di PT Bhinneka Life Indonesia KPA Yogyakarta mengenai pencegahan dan deteksi *fraud* pemegang polis dalam pengurusan klaim asuransi jiwa. Pada awal bab ini, peneliti menjelaskan profil objek penelitian yaitu PT Bhinneka Life Indonesia KPA Yogyakarta. Selanjutnya peneliti memaparkan jawaban atas rumusan masalah yang telah ditetapkan berdasarkan data yang diperoleh selama penelitian. Peneliti juga melampirkan transkrip wawancara dengan narasumber sebagai dasar atas pembahasan rumusan masalah.

BAB V PENUTUP

Dalam bab ini berisi kesimpulan penelitian, keterbatasan penelitian, dan saran untuk penelitian selanjutnya.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini akan dijelaskan tentang *fraud* seperti definisi dari *fraud*, Kategori, Teori dan tindakan pencegahan, deteksi, serta investigasi *fraud*, definisi dari asuransi. Selain itu, juga membahas standar praktik perusahaan dan aturan-aturan yang berlaku yang digunakan sebagai pedoman dalam penelitian ini.

2.2 Kajian Teoritis

Definisi *Fraud*

Fraud adalah suatu aktifitas yang terjadi dalam kehidupan sosial dan memberi dampak negatif untuk perekonomian, korporasi dan individu. *Fraud* juga merupakan suatu kesempatan untuk menguntungkan diri sendiri ketika perilaku rakus bertemu dengan kemungkinan melakukan kecurangan.

Menurut FBI, *financial fraud* seperti pencurian dan penggelapan adalah tipe kecurangan kerah putih (*white collar fraud*) yang melibatkan para pekerja atau pihak ketiga yang terkait pada perusahaan yang tentu saja menyimpang dari kebijakan perusahaan tersebut (Silverstone dkk 2012).

Kategori *Fraud*

Menurut *Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* ada 3 kategori dasar dari *Fraud* yaitu;

a. *Corruption*

Korupsi adalah suatu tindakan seorang pejabat yang menggunakan jabatannya atau pengaruhnya dalam transaksi bisnis untuk melanggar ketentuan yang seharusnya guna keuntungan dirinya sendiri atau orang lain. Seperti melakukan grativikasi, penyipuan dan lain sebagainya.

b. *Asset Misappropriation*

Penyalahgunaan asset merupakan suatu tindakan kecurangan yang sangat umum terjadi di kalangan bisnis seperti pencurian atau pemakaian asset atau dana yang tidak seharusnya. Pencurian dana dapat dilakukan oleh siapa saja yang memiliki otoritas memegang kas tersebut. Dalam perbankan atau perusahaan asuransi.

c. *Fraudulent Statements*

Kecurangan dalam pelaporan merupakan suatu tindakan dimana laporan bisnis suatu perusahaan di buat tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya agar terlihat seperti perusahaan yang sehat ataupun perusahaan yang memiliki pendapatan kecil guna suatu tujuan tertentu. Biasanya tindakan ini dilakukan untuk menekan jumlah biaya pajak perusahaan yang harus di bayar atau untuk menutupi adanya suatu transaksi ilegal yang dilakukan oleh perusahaan tersebut.

Selain tiga kategori di atas, terdapat tipe *Financial Fraud* lainnya yang cukup merugikan suatu entitas bisnis tertentu, yaitu *Customer Fraud*. Kecurangan pelanggan merupakan suatu tindakan kecurangan yang dilakukan oleh pihak luar perusahaan (pelanggan). Seringkali kasus kecurangan pelanggan dialami oleh perusahaan asuransi. Dimana seorang nasabah melakukan tindakan pemalsuan

pengisian data aplikasi pendaftaran asuransi dan pemalsuan klaim seperti mengajukan klaim atas kecelakaan atau atas meninggalnya seseorang yang pada dasarnya tidak pernah terjadi atau kasus meninggalnya orang yang bertanggung merupakan hasil tindakan pidana dari yang mengajukan klaim, biasanya merupakan seorang pemegang polis yang berbeda dengan pihak bertanggung yang tertera dalam perjanjian asuransi atau seorang penerima dana santunan atas asuransi tersebut.

Indikator *Fraud*

Teori *Fraud Triangle*

Kecurangan (*Fraud*) merupakan sebuah tindakan kriminal yang sering terjadi di dunia bisnis. Menurut Donald Cressey (1973) dalam Betts (2017). Ada tiga faktor yang biasa disebut *Fraud Triangle*, yaitu:

a. Tekanan

Tekanan atau insentif timbul akibat sebuah desakan yang membuat sang pelaku memutuskan untuk melakukan kecurangan. Tujuannya agar sang pelaku dapat memenuhi tujuan yang ia ingin capai. Berbagai macam jenis desakan dapat memicu seseorang untuk melakukan tindakan kecurangan. Sebuah perusahaan ketika dalam kondisi tidak mencapai target dan sang manajer tidak mampu menyelesaikan masalah, akan memiliki tekanan untuk melakukan kecurangan. Adapun untuk perorangan, ketika ia dalam kondisi sedang membutuhkan sesuatu namun terbatas oleh masalah finansial, ia akan terpicu untuk melakukan kecurangan. Suatu tekanan akan semakin membesar apabila masalah yang dihadapi oleh seseorang atau perusahaan tidak mampu diselesaikan sesegera mungkin atau tidak menemukan solusi yang tepat.

b. Kesempatan

Adanya kesempatan timbul dari proses kegiatan yang memberikan peluang besar melakukan kecurangan. Bagi perusahaan, sistem bisnis yang terlalu rumit atau yang terlalu sederhana terkadang membuat pihak-pihak terkait (*stakeholders*) memiliki kesempatan untuk melakukan *fraud*. Terlebih jika tidak ada prosedur dan evaluasi proses bisnis yang memadai sehingga tanda-tanda dari kecurangan yang dilakukan tidak terdeteksi dengan baik, membuat pelaku mampu dengan tenang melakukan kecurangan, tanpa khawatir akan tertangkap dengan cepat.

c. Rasionalisasi

Karakter seseorang merupakan salah satu faktor individu yang memicu seseorang untuk melakukan kecurangan. Seseorang yang memiliki kebiasaan untuk melakukan tindakan yang hanya menguntungkan dirinya sendiri, memiliki peluang besar melakukan kecurangan tanpa rasa khawatir dan bersalah. Oleh sebab itu, seseorang dengan punya rekam kerja buruk akibat melakukan tindakan kecurangan biasanya akan dikenakan *blacklisting*. Sebab, perusahaan tentunya akan merasa waspada apabila orang tersebut sewaktu-waktu mengulangi tindakannya kembali. Seperti pepatah yang dipaparkan oleh Sydney J. Harris, "*history repeat itself, but in such cunning disguise that we never detect the resemblance until the damage is done*"

Red Flags

Indikator *fraud* atau biasa disebut sebagai *red flags* atau bendera merah merupakan suatu tanda atau sinyal apabila telah terjadi sebuah kecurangan. Suatu hal ganjil dapat dikategorikan sebagai *red flags* apabila hal anomali tersebut terkesan tiba tiba setelah terjadi suatu peristiwa tertentu. Indikator dapat terletak di 2 entitas utama yaitu;

a. Pelaku

Dalam sisi pelaku biasanya nampak di perubahan gaya hidup yang terlalu signifikan seperti membeli barang barang mewah yang semua ia memiliki gaya hidup yang biasa saja. Selain itu juga dapat dilihat dari memiliki riwayat kesulitan keuangan, seseorang yang memiliki hutang yang cukup banyak dan tidak mampu membayarnya biasanya akan mencari segala cara seperti melakukan tindakan kecurangan agar seluruh hutangnya dapat dibayar lunas. Kemudian adanya perubahan sikap yang signifikan hal ini disebabkan adanya rasa was was dan khawatir setelah ia melakukan tindakan kecurangan. Ia merasa takut jika tindakannya diketahui oleh atasan atau organisasi.

b. Korban

Dalam sisi korban yang biasanya merupakan organisasi atau perusahaan tempat pelaku bekerja dapat terlihat indikatornya dalam laporan keuangan yang terlihat kurang wajar. Biasanya terdapat di aset dan beban. Untuk beberapa kasus biasanya terjadi manipulasi dalam aset lain lain dan beban lain lain.

Adanya komplain dari pelanggan atau nasabah yang sebelumnya tidak pernah mengalami masalah. Kasus ini sering kali terjadi di perusahaan perasuransian

dimana dana atas pembayaran premi tidak pernah disetor oleh agen debit (penagih) sehingga asuransi yang diikuti oleh nasabah mengalami lapse. Polis Lapse adalah penghentian penanggungan asuransi akibat tidak dibayarnya premi dan biaya-biaya polis lainnya sampai jatuh tempo yang sudah ditentukan.

Mencegah, Mendeteksi, dan Menginvestigasi *Fraud*

Untuk mencegah terjadinya *fraud* dalam perusahaan. Perusahaan harus memiliki pengendalian internal yang baik. Mengenal baik para pekerjanya, memberi pelatihan dan peringatan terkait tindakan kecurangan. Selain itu, perlu memiliki sistem informasi dan sistem bisnis yang cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecurangan dan selalu melakukan evaluasi dimana evaluasi dilakukan 2 kali yaitu evaluasi berkala dan evaluasi tidak teratur atau mendadak sehingga dapat diketahui perilaku serta kinerja bisnis yang berjalan saat itu. Pembatasan otoritas juga sangat diperlukan sehingga dapat mempersempit pergerakan seseorang yang akan melakukan tindakan kecurangan.

Untuk mendeteksi adanya kecurangan dapat dilakukan dengan memasang suatu alat untuk mendeteksi adanya percobaan pencurian (seperti cctv atau alat sensor khusus) dan adanya *whistleblower* yang mampu memperhatikan tanda-tanda dari *red flags* dengan baik sehingga dapat mendeteksi ada tidaknya *fraud* yang terjadi dalam lingkungannya.

Investigasi dilakukan apabila suatu kejadian atau *red flags* telah terdeteksi seperti adanya uang yang hilang atau rusaknya suatu brangkas serta bukti lain yang

menyatakan bahwa tindakan kecurangan telah terjadi sehingga dapat menentukan berapa besar kerugian yang terjadi dan pelaku yang melakukan tindakan tersebut.

2.3 Kajian Umum

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan beberapa kajian umum.

2.3.1 Pengertian Asuransi

Asuransi adalah perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin dideritanya akibat dari suatu evenemen atau peristiwa tidak pasti (KUHD:246,2018).

Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 tentang Perasuransian pasal 1 menyatakan bahwa:

“Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk: a. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau b. Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.”

Selain itu, dalam Undang-Undang Republik Indonesia No.40 tentang Perasuransian 2014 pasal 28 menyatakan: “objek asuransi adalah jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, benda dan jasa, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi, dan/atau berkurang nilainya.”

Premi adalah sejumlah uang yang nilainya telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi dan telah disetujui oleh pemegang polis sesuai dengan ketentuan produk asuransi jiwa yang diikutsertai pemegang polis dan wajib untuk dibayar oleh pemegang polis

2.3.2 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian

Undang-Undang ini merupakan landasan dasar dari semua usaha perasuransian, yang bersamaan dengan peraturan Otoritas Jasa Keuangan, perusahaan perasuransian harus mematuhi dan membuat standar operasional sesuai dengan undang-undang dan peraturan tersebut.

Dalam Pasal 26, perusahaan Perasuransian wajib memenuhi standar perilaku usaha yang mencakup ketentuan mengenai:

- a. Polis;
- b. Premi atau Kontribusi;
- c. Underwriting dan pengenalan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;
- d. Penyelesaian klaim;
- e. Keahlian di bidang perasuransian;
- f. Distribusi atau pemasaran produk;
- g. Penanganan keluhan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta; dan
- h. Standar lain yang berhubungan dengan penyelenggaraan usaha.

Dalam pasal 31, dijelaskan pula bahwa perusahaan asuransi wajib menangani klaim dan keluhan dengan proses yang cepat, mudah, adil, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku seperti proses klaim dan keluhan disertai dengan bukti atau

persyaratan yang telah terpenuhi. Dengan catatan perusahaan asuransi dilarang melakukan tindakan memperlambat penyelesaian klaim yang disengaja.

Selain itu, apabila suatu perusahaan asuransi atau seseorang melakukan tindakan pemalsuan atas dokumen perusahaan asuransi baik polis nasabah atau aplikasi pendaftaran asuransi, maka akan dikenakan sanksi. Sanksi mengenai tindakan pemalsuan atas dokumen perusahaan asuransi diatur dalam pasal 78 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2014:

“Setiap orang yang melakukan pemalsuan atas dokumen Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 dipidana dengan pidana penjara paling lama 6 (enam) tahun dan pidana denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)”

2.3.3 Peraturan OJK Nomor 73/POJK.05/2016

Peraturan ini menjelaskan tentang tata kelola perusahaan yang baik bagi perusahaan perasuransian. Dijelaskan bahwa monitoring serta proses komunikasi dan penyaluran informasi harus dilakukan dengan baik sehingga tidak terjadi hal-hal yang menyimpang dari tujuan perusahaan.

Pengendalian internal perusahaan asuransi dijelaskan dalam pasal 67 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 73 tahun 2016:

“Direksi perusahaan perasuransian wajib menetapkan pengendalian internal yang efektif dan efisien untuk memberikan keyakinan yang memadai bahwa kegiatan usaha dijalankan sesuai dengan sasaran dan strategi bisnis serta anggaran dasar dan aturan internal lain Perusahaan Perasuransian, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Menurut Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 73/POJK.05/2016 pasal 67, pengendalian internal perusahaan asuransi mencakup:

- a. Memiliki lingkungan pengendalian internal yang disiplin dan terstruktur;
- b. Melakukan pengkajian dan pengelolaan risiko usaha;
- c. Terdapat aktivitas pengendalian, seperti penentuan wewenang, pembatasan otorisasi;
- d. Adanya sistem informasi dan komunikasi yang memadai;
- e. Adanya monitoring proses bisnis;
- f. Penentuan mekanisme pelaporan kepada Direksi dengan tembusan kepada Komite Audit apabila terdapat suatu penyimpangan pengendalian internal yang teridentifikasi.

2.3.4 Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 46 Tahun 2017

Otoritas Jasa Keuangan mengeluarkan surat edaran terkait pengendalian *Fraud*, Penerapan Strategi *Anti-Fraud*. Hal ini disebabkan oleh berita banyaknya perusahaan asuransi di Amerika yang mengalami kerugian hingga jutaan dollar karena adanya kecurangan yang terjadi diakibatkan faktor internal maupun eksternal. Surat edaran ini dikeluarkan sehubungan dengan amanat ketentuan Pasal 72 ayat 5 Peraturan OJK Nomor 69/POJK.5/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah.

Dengan keluarnya surat ini, perusahaan perasuransian wajib melakukan pengendalian *Fraud* dan penerapan strategi anti-*fraud*. Berikut rincian strategi anti-*fraud* yang harus dilakukan oleh setiap perusahaan asuransi berdasarkan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 46 tahun 2017:

a. Pengendalian Fraud

Dalam pengendalian *fraud*, pengawasan manajemen paling sedikit dilakukan oleh direksi dan jajarannya dalam hal wewenang, tanggung jawab, dan pelaksanaan tugas. Dengan melakukan pengembangan budaya dan kepedulian terhadap anti-*fraud* pada seluruh jenjang organisasi, penyusunan dan pengawasan penerapan kode etik, penyusunan dan pengawasan penerapan strategi anti-*fraud*, pengembangan kualitas sumber daya manusia khususnya peningkatan *awareness*, pemantauan dan evaluasi, pengembangan sistem informasi yang efektif.

b. Penerapan Strategi Anti-Fraud

Dalam penerapan strategi, wajib dilakukan tahapan sebagai berikut;

1. Pencegahan

Langkah pencegahan dalam rangka mengurangi kemungkinan risiko terjadinya *fraud*, mencakup:

a. Anti-*fraud* awareness

1. Penyusunan dan sosialisasi anti-*fraud statement*;
2. Program *employee awareness*;
3. Program *customer awareness*;

b. Identifikasi kerawanan

1. Melakukan proses identifikasi, analisis pada setiap aktivitas perusahaan yang berpotensi merugikan;
2. Mendokumentasikan dan menginformasikan hasil identifikasi kepada pihak yang berkepentingan dalam perusahaan;

3. Selalu melakukan pembaharuan informasi terutama terhadap aktivitas yang dinilai berisiko tinggi terjadinya *fraud*.

c. *know your employee*

1. Membuat sistem dan prosedur rekrutmen yang efektif;
2. Adanya sistem seleksi yang dilengkapi kualifikasi yang tepat;
3. Wajib memiliki arsip atau informasi terkait *track record* setiap karyawan.

2. Deteksi

Kebijakan dan mekanisme *whistleblowing* yang dirumuskan secara jelas, mudah dimengerti, dan dapat diimplementasikan secara efektif yang paling sedikit meliputi:

1. Perlindungan kepada *whistleblower* serta menjamin kerahasiaan identitas pelapor dan laporan *fraud* yang disampaikan;
2. Menyusun ketentuan internal terkait pengaduan *fraud* dengan mengacu pada ketentuan peraturan perundangundangan; dan
3. Menyusun sistem pelaporan *fraud* yang memuat tata cara pelaporan; sarana; pihak yang bertanggung jawab untuk menangani pelaporan; mekanisme tindak lanjut terhadap kejadian *fraud* yang dilaporkan; kebijakan dan mekanisme audit yang dilakukan paling sedikit pada unit bisnis yang berisiko tinggi atau rawan terhadap terjadinya *fraud*; kebijakan dan mekanisme *surveillance system* yang dilakukan oleh pihak independen dan/atau pihak internal perusahaan. *Surveillance system* merupakan kegiatan untuk memantau dan menguji efektifitas kebijakan anti-*fraud* yang dilakukan tanpa diketahui atau disadari oleh pihak yang diuji atau diperiksa.

3. Investigasi, Pelaporan, dan Sanksi

Dalam melaksanakan kegiatan investigasi, pelaporan, dan sanksi, perusahaan harus memiliki hal-hal sebagai berikut:

- a. Standar investigasi perusahaan seperti penentuan pihak yang berwenang melaksanakan investigasi dan mekanisme pelaksanaan investigasi. Dengan catatan memperhatikan objektivitas dan independensi pihak tersebut;
- b. Ketentuan dalam proses pelaporan;
- c. Kebijakan sanksi untuk setiap pelaku pelanggaran.

4. Pemantauan, Evaluasi, dan Tindak Lanjut

Kegiatan pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut kejadian *fraud* terdiri dari:

- a. Melakukan pemantauan terhadap tindak lanjut kejadian *fraud*.
- b. Memelihara data kejadian *fraud* (*fraud profiling*) guna mendukung pelaksanaan evaluasi yang paling sedikit mencakup data dan informasi mengenai jenis *fraud*, tanggal terjadinya *fraud*, divisi/bagian terjadinya *fraud*, pihak yang terlibat, jabatan, kerugian dalam rupiah, tindakan perusahaan, kelemahan/penyebab terjadinya *fraud*, tindak lanjut/ perbaikan, dan kronologis kejadian *fraud*.
- c. mekanisme tindak lanjut untuk menghindari kejadian *fraud* terulang kembali.

2.3.5 Standar Praktik dan Kode Etik Asuransi Jiwa

Standar praktik dan kode etik ini merupakan standar yang digunakan oleh setiap perusahaan asuransi di Indonesia yang dikeluarkan oleh AAJI dan digunakan sebagai standar operasional oleh setiap perusahaan asuransi tersebut.

Standar Praktik Asuransi Jiwa

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) mengatur Standar Praktik Asuransi Jiwa sebagai berikut:

1. Menaati setiap perjanjian antara Perusahaan Asuransi Jiwa dengan Tenaga Pemasar dan perjanjian distribusi pemasaran produk asuransi jiwa dengan badan hukum lain.
2. Menjunjung tinggi penerapan hukum yang berlaku.
3. Menjelaskan profil, kinerja perusahaan dan produk asuransi jiwa yang ditawarkan kepada calon nasabah secara jelas, faktual, mudah dipahami.
4. Memberikan pelayanan yang terbaik bagi nasabah.
5. Selalu melatih tenaga pemasar perusahaan agar menjadi tenaga pemasar yang profesional.
6. Tenaga pemasar wajib memiliki lisensi yang dikeluarkan oleh AAJI.
7. Apabila hendak merekrut agen yang berasal dari perusahaan asuransi lain. Perusahaan wajib untuk:
 - a. Memastikan bahwa Agen yang akan direkrut menyerahkan surat pengunduran diri yang disetujui oleh perusahaan asuransi sebelumnya dan surat pernyataan tidak melakukan *twisting* saat bekerja di perusahaan sebelumnya.
 - b. Melakukan konfirmasi pada perusahaan asuransi jiwa tempat calon agen bekerja sebelumnya.
 - c. Melaporkan kepada AAJI mengenai perekrutan agen tersebut paling lambat 30 hari setelah perekrutan.

- d. Memastikan bahwa agen tersebut tidak masuk kedalam daftar tenaga pemasar bermasalah yang dikeluarkan AAJI.
8. Dilarang melakukan tindakan *twisting* dan segala variasinya baik secara langsung maupun tidak langsung.
9. Memiliki proses pengawasan internal untuk pencegahan dan identifikasi tindakan *twisting*.
10. Memberikan informasi yang benar dan akurat kepada AAJI mengenai data agen bermasalah.
11. Memberikan jawaban atas permohonan verifikasi dari perusahaan asuransi jiwa lain.

Kode Etik Perusahaan Asuransi Jiwa

Selain standar praktik, Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia juga mengatur kode etik perusahaan asuransi jiwa sebagai berikut:

1. Menjalankan usaha perasuransian sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku di Indonesia.
2. Membina persatuan dan kesatuan diantara Perusahaan Asuransi Jiwa sesama anggota AAJI dalam upaya meningkatkan profesi maupun standar etika usaha asuransi jiwa.
3. Tidak melakukan hal atau tindakan yang tidak sesuai dengan norma moral dan etika usaha asuransi jiwa guna menjaga nama baik Perusahaan Asuransi Jiwa dan industri asuransi jiwa.

4. Berusaha melakukan kegiatan yang dapat menumbuhkan dan meningkatkan minat dan kesadaran berasuransi jiwa dikalangan masyarakat Indonesia.
5. Menerima dan menyetujui AAJI untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan Kode Etik Perusahaan ini dan Kode Etik Tenaga Pemasar, memberikan sanksi kepada anggota AAJI yang melakukan penyimpangan Kode Etik Perusahaan ini sesuai Kode Etik Perusahaan dan ketentuan peraturan yang berlaku.

Sanksi Pelanggaran Kode Etik Perusahaan

Adapun sanksi atas pelanggaran Kode Etik Perusahaan ditetapkan oleh AAJI berdasarkan rekomendasi DSPKE dan bergantung pada tingkat pelanggaran yang dilakukan terhadap Kode Etik Perusahaan. Sanksi yang diberikan dapat berupa:

1. Peringatan tertulis;
2. Denda;
3. Pelaporan kepada otoritas perasuransian atas pelanggaran Kode Etik Perusahaan yang dilakukan oleh Perusahaan Asuransi Jiwa;
4. Mengeluarkan rekomendasi AAJI kepada otoritas perasuransian untuk mencabut dan/atau membatalkan hasil lulus Penilaian Kemampuan dan Kepatutan (*Fit and Proper Test*) dari Direktur, Komisaris dan/atau pemegang saham Perusahaan Asuransi Jiwa yang melakukan pelanggaran Kode Etik Perusahaan;
5. Pemberhentian dari keanggotaan AAJI.

6. Penggantian rugi sebesar Rp 300.000.000,00 per agen kepada AAJI apabila terbukti melakukan pelanggaran ketentuan perekrutan agen. Dan agen yang direkrut wajib memutus kontrak kerja/diberhentikan dengan segera.
5. Penggantian rugi sebesar Rp 50.000.000,00 per polis kepada perusahaan asuransi jiwa yang dirugikan apabila seseorang terbukti melakukan *twisting*.

2.4 Penelitian Terdahulu

1. Implementasi Pengendalian Internal pada Pencegahan dan Pendeteksian *Fraud* Rumah Sakit di Bojonegoro

Penelitian yang dilakukan oleh Isnaini Anniswati Rosyida (2018) menjelaskan bahwa dalam pencegahannya harus dilakukan pengendalian internal yang sangat berpengaruh terhadap pencegahan *fraud* dalam lingkungan rumah sakit. Dan apabila diterapkan dengan baik serta menekankan pada keefektifan pengendalian internal dan kekuatan pada lingkungan pengendalian, sehingga dapat mencegah kemungkinan terjadinya tindak kecurangan yang ada pada lingkungan rumah sakit. Bagaimana cara mengatasi *fraud* adalah tugas bersama dari suatu organisasi pemerintah dan system pengawasan internalnya. Pengenalan akan adanya kecurangan dan dampaknya menjadi hal yang sangat penting untuk diketahui oleh seluruh staf pegawai hingga manajemen puncak. Serta kesadaran untuk melakukan tindakan anti *fraud* dapat diawali dengan memberikan pengertian yang lebih tentang kerugian serta dampak *fraud*. Selanjutnya mengupayakan untuk menghilangkan penyebab *fraud*, kemudian melakukan tindakan hukuman serta penghargaan untuk mempercepat peningkatan kesadaran dan budaya kerja tanpa

fraud. Sedang dalam pendeteksian kecurangan, tidak bisa jauh dari pengetahuan hal-hal yang menjadi pemicu terjadinya kecurangan serta siapa atau pihak mana yang melakukan kecurangan, karena dengan mengetahui factor pemicu terjadinya dan siapa atau pihak mana yang melakukan akan diketahui lebih terarah.

2. Analisis Pengaruh Dimensi *Fraud Triangle* Dalam Kebijakan Pencegahan *Fraud* Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo

Penelitian yang dilakukan oleh Hasan Sadikin dan Wiku A. (2016) menjelaskan bahwa tekanan membuat seseorang melakukan tindakan *fraud*. Tekanan dapat berasal dari berbagai aspek tuntutan seperti tuntutan ekonomi atau bahkan gaya hidup. Tekanan dapat terjadi dari faktor internal maupun faktor eksternal. Kebijakan terhadap tindakan yang berpotensi *fraud* dan pengawasan RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo terhadap tindakan yang berpotensi *fraud*. Sebuah pengendalian lingkungan yang baik dengan menetapkan dimana perilaku dilakukan.

3. Pengaruh Pengendalian Internal dan Manajemen Resiko pada *Good Corporate Governance* Serta Implikasinya dalam Pencegahan *Fraud*

Penelitian ini dilakukan oleh Lidia Pascalia Ayu K. (2017). Hasil dari penelitiannya menjelaskan bahwa secara keseluruhan pengendalian internal dan manajemen resiko *Credit Union* di Yogyakarta berpengaruh terhadap pencegahan *fraud* melalui implementasi *good corporate governance*.

4. Penerapan Prinsip Audit Forensik dalam Investigasi Atas *Fraud* pada Klaim Asuransi Kendaraan Bermotor

Penelitian yang dilakukan oleh Julio Achmad Fauzan (2016) ini menyimpulkan bahwa investigasi atas *fraud* pada klaim asuransi JP ASTOR, dilakukan

ketika ada indikasi *fraud* terutama ketika tidak ada kesesuaian antara informasi dari tertanggung dengan kerusakan kendaraan, kerusakan kendaraan yang tidak wajar, tertanggung yang menolak menjawab pertanyaan secara rinci dan klaim asuransi yang sering. Jika dibandingkan dengan rerangka deteksi *fraud* pada klaim asuransi kendaraan bermotor ACFE, ditemukan beberapa bentuk deteksi baru yang bisa dijadikan sebagai saran bagi PT Jasa Raharja Putera Yogyakarta. Secara keseluruhan, alur investigasi yang ada di PT Jasa Raharja Putera Yogyakarta sudah sesuai dengan investigasi dengan *fraud theory approach*. Namun, perlu dilakukan beberapa peningkatan kualitas terutama ketika identifikasi permasalahan, pengumpulan bukti dan dokumentasi atas investigasi.

5. Pengaruh Sistem Pengendalian Internal dan Audit Internal Terhadap Kecurangan

Penelitian ini dilakukan oleh Maria Ulfah dan menjelaskan bahwa semakin baik kinerja pengendalian internal, maka semakin kecil tingkat kecurangan. Semakin baik audit internal dapat mengurangi kecurangan dan meningkatkan perusahaan dalam menangani adanya kecurangan.

6. Analisis Pengaruh Peranan Badan Pengawas, Aktivitas Pengendalian, Dan Sistem Kompensasi Terhadap Kecenderungan Kecurangan Akuntansi

Penelitian ini dilakukan oleh Juanda Astarani (2014). Penelitian ini menjelaskan bahwa peran badan pengawas yang semakin efektif di koperasi sudah

mampu meminimalisir dan menurunkan tingkat kecenderungan kecurangan akuntansi yang terjadi. Aktivitas pengendalian yang efektif pada koperasi di Kota Pontianak tidak secara signifikan menurunkan kecenderungan kecurangan akuntansi dari manajemen perusahaan. Sistem kompensasi yang ada nyatanya tidak mampu meminimalisir atau menekan secara signifikan kecenderungan kecurangan akuntansi yang terjadi di koperasi.

7. Pengaruh *Fraud Triangle* Terhadap Deteksi Kecurangan Laporan Keuangan Pada Perusahaan Manufaktur yang di Bursa Efek Indonesia (BEI)

Penelitian yang dilakukan oleh Widarti (2015) ini menjelaskan bahwa tekanan seperti target yang harus diterima, tekanan dari pihak luar yang diterima oleh seseorang memicu orang tersebut melakukan kecurangan. Kesempatan dan rasionalitas yang ada di perusahaan objek penelitian tidak memicu pihak tertentu dalam melakukan kecurangan.

8. Prinsip *Know Your Employee* Sebagai Upaya Pencegahan *Fraud* Pada Perbankan Indonesia

Penelitian ini dilakukan oleh Ida Nurhayati dan Indianik Aminah (2014). Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa Strategi Anti *Fraud* bagi perbankan dan yang sejenisnya, belum juga dapat menekan angka dan tingkat kejahatan di bidang perbankan di Indonesia. Hal itu sebagai kesimpulan awal, maka dengan lebih mengaktifkan prinsip *know your employee* dalam pelaksanaan kegiatan perbankan diharapkan dapat mengurangi *fraud* dalam lingkungan perbankan.

9. Pengawasan, Strategi Anti-*Fraud*, Dan Audit Kepatuhan Syariah Sebagai Upaya *Fraud Preventive* Pada Lembaga Keuangan Syariah

Penelitian ini dilakukan oleh Atik Emilia Sula, M. Nizarul Alim, dan Prasetyono (2014). Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa pengawasan terhadap kepatuhan syariah merupakan tindakan untuk memastikan bahwa prinsip syariah yang merupakan pedoman dasar bagi operasional bank syariah telah diterapkan dengan tepat dan menyeluruh. Melalui tindakan pengawasan, diharapkan semua pelaksanaan fungsi intermediasi perbankan oleh bank syariah tetap mendasarkan diri pada prinsip syariah. Bank Indonesia, Dewan Syariah Nasional, dan Dewan Pengawas Syariah memiliki peranan dan wewenang dalam hal pengawasan terhadap lembaga keuangan syariah. Kerjasama diantara tiga lembaga tersebut diharapkan memberikan pengaruh yang signifikan dalam upaya mencegah peluang terjadinya tindakan *fraud*. Upaya lain yang bertujuan sebagai *fraud preventive* adalah diwajibkannya setiap lembaga keuangan, baik yang konvensional maupun yang syariah untuk menyusun dan menerapkan strategi anti *fraud* dalam operasional entitas tersebut. Upaya ini juga di dukung dengan aturan yang sudah berdasar hukum, yang salah satunya diatur dengan Surat Edaran Bank Indonesia Nomor 13/28/DPNP Tanggal 9 Desember 2011 tentang Penerapan Strategi Anti *Fraud* bagi Bank Umum. Kelalaian atas dilanggarnya hal yang termuat dalam surat edaran ini dapat dikenakan sanksi pada entitas yang bersangkutan.

10. *Whistleblowing System* Sebagai Salah Satu Bentuk Strategi Anti-*Fraud* Dalam Kegiatan Usaha Perbankan (Suatu Tinjauan Yuridis)

Penelitian ini dilakukan oleh Greta Karurukan (2015). Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa WBS dapat berjalan efektif dalam mengurangi potensi *fraud* apabila adanya peran aktif dari karyawan yang mengetahui adanya pelanggaran untuk melakukan pelaporan kepada bagian yang terkait dalam hal ini kepada Tim WBS. Adanya peran aktif dari perusahaan untuk memberikan sosialisasi kepada karyawannya dan memberikan pemahaman yang tepat mengenai WBS sangat diperlukan sehingga karyawan bersedia menjadi seorang *whistleblower* ketika mengetahui adanya pelanggaran. Penerapan WBS dalam kegiatan usaha perbankan saat ini yaitu dengan cara penyediaan sarana untuk pelaporan setiap kejadian yang menyimpang yang diketahui oleh *whistleblower*. Dan setiap laporan tersebut kemudian ditindaklanjuti dengan cara melakukan investigasi dengan tidak mengesampingkan kerahasiaan identitas dari pelapor dan juga pemberian perlindungan atas akibat yang mungkin saja akan dialami oleh *whistleblower*.

Dari penelitian-penelitian sebelumnya yang telah dijelaskan di atas, mayoritas berfokus pada internal perusahaan dan pengendalian *fraud* yang dilakukan oleh internal perusahaan. Bagi peneliti, perusahaan asuransi selain dianjurkan memiliki sistem pengendalian internal yang baik, ia juga harus bisa mengendalikan resiko adanya kecurangan dari pemegang polis yang merupakan pihak independen. Oleh karena itu, peneliti memilih fokus terhadap upaya perusahaan dalam menghindari dan mengendalikan resiko kecurangan yang dilakukan oleh pemegang polis selaku pihak independen perusahaan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pengenalan Bab

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan metode penelitian yang digunakan penulis untuk melakukan penelitian ini. Pembahasan dalam bab ini meliputi jenis penelitian, fokus penelitian, sistematika penelitian, sumber dan jenis data, objek penelitian, teknik pengumpulan data, dan teknik pengujian keabsahan data dalam penelitian ini.

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan oleh peneliti ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan melakukan studi kasus. Pada penelitian kualitatif, peneliti berperan sebagai instrumen utama penelitian. Menurut Creswell (1998) menyatakan penelitian kualitatif sebagai suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami. Denzin dan Lincoln (2009) Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. (Denzim dan Lincoln 1987) dalam (Moleong 2014) menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan jalan melibatkan berbagai metode yang ada. Metode kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Bodgan dan Taylor 1975) dalam (Moleong 2014).

Metode penelitian studi kasus adalah tindakan penyelidikan yang berfokus pada menggambarkan, memahami, memprediksi, dan mengendalikan suatu entitas (Woodside 2010). Studi kasus sangat bermanfaat karena peneliti dapat mempelajari lebih dalam suatu fenomena yang akan diteliti dan mendapat informasi lebih dari satu sumber yang berkaitan dengan fenomena yang akan diteliti dan dapat diandalkan informasinya. Selain itu, peneliti dapat melihat secara langsung suasana psikologis dan lingkungan tempat suatu fenomena tersebut terjadi sehingga peneliti dapat menemukan fakta atau informasi yang sebenarnya terkait fenomena tersebut.

3.3 Fokus Penelitian

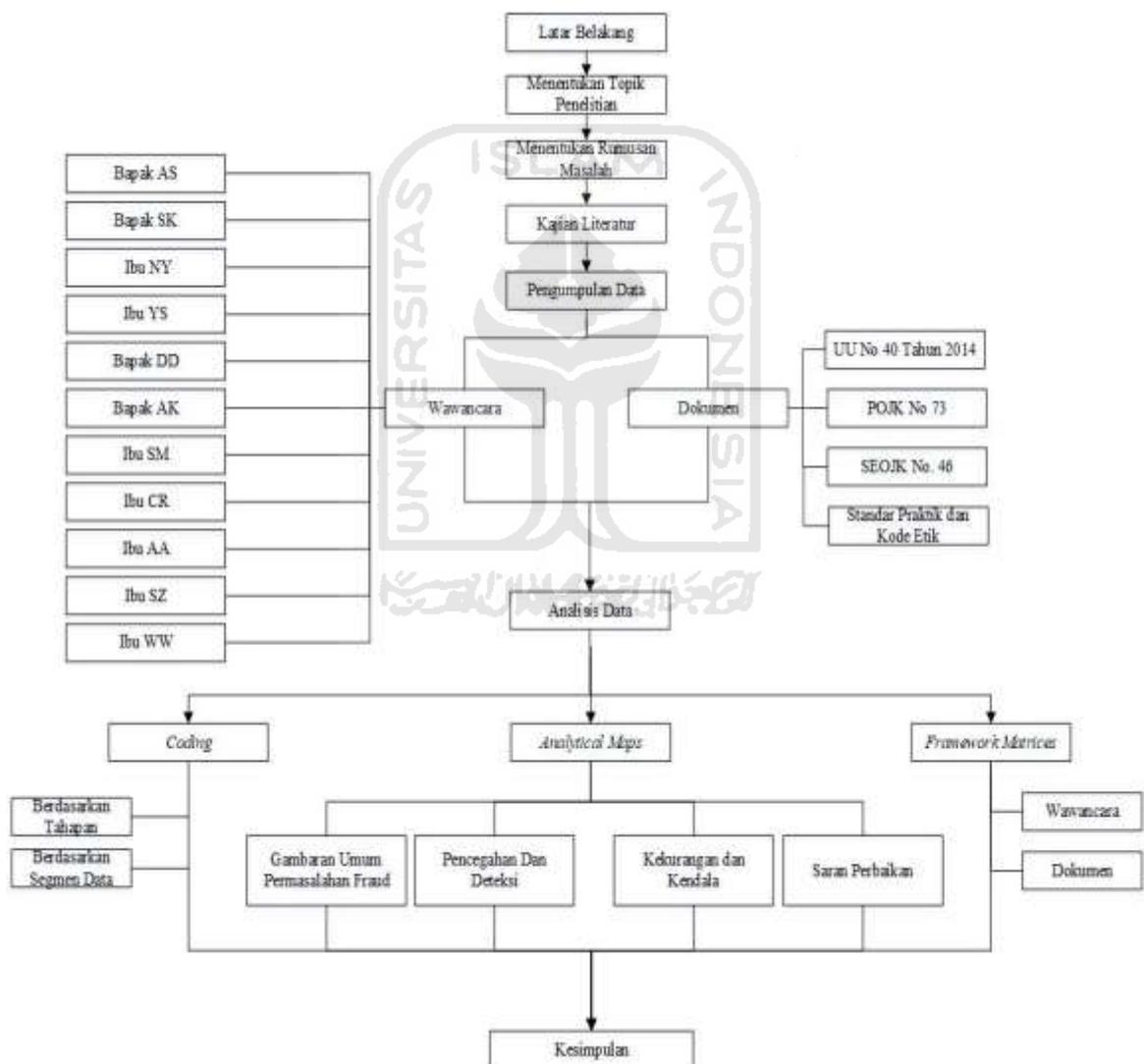
Fokus penelitian ini disusun dengan tujuan untuk membatasi penelitian yang dilakukan agar sesuai dengan tujuan penelitian dan rumusan masalah yang telah ditetapkan. Fokus penelitian ini meliputi:

1. Permasalahan *Fraud* yang dihadapi PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta.
2. Mekanisme Pencegahan dan Deteksi *Fraud* Pemegang Polis yang dilakukan oleh PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta.
3. Kekurangan dan Kendala yang dihadapi PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta.
4. Perbaikan yang dapat dilakukan dalam tindakan pencegahan dan deteksi untuk meminimalisir *fraud* pemegang polis di PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta.

3.4 Sistematika Penelitian

Sistematika penelitian ini merupakan langkah-langkah penelitian yang dilakukan oleh peneliti sehingga dapat memperoleh kesimpulan. Berikut adalah sistematika penelitian yang dilakukan:

Gambar 3.1 Sistematika Penelitian



Sumber: Penulis

3.4.1 Latar Belakang

Dalam sektor bisnis keuangan khususnya asuransi. Sering terjadi adanya tindak kecurangan bahkan tindakan kriminal terkait asuransi yang diikuti. Sebagai contoh adalah sebagai berikut:

1. Calon investor mencari seseorang yang terkena vonis sakit atau jangka waktu hidupnya relatif singkat untuk dijadikan calon tertanggung asuransi yang ia daftarkan. Dengan begitu ia dapat memperoleh tunjangan uang pertanggungan atas tertanggung tersebut lebih singkat. Modus ini sering terjadi di Amerika.
2. Tahun 1979, seorang wanita pengusaha mendaftarkan suaminya sebagai tertanggung asuransi jiwa. Namun, selang beberapa waktu kemudian. Suaminya meninggal akibat kecelakaan. Untuk awalnya, perusahaan asuransi yang mengurus asuransi tersebut tidak merasa curiga. Namun, tindakan wanita ini dilakukan secara berulang sebanyak 3 kali hingga diketahui kecelakaan yang dialami oleh pasangannya adalah murni tindakan pembunuhan.

Selain peristiwa di atas, masih ada banyak kejadian pelanggaran perdata lainnya yang dialami oleh setiap perusahaan asuransi. Walaupun terlihat tidak material namun kerugian yang dialami oleh perusahaan asuransi cukup signifikan. Karena hal tersebut, setiap perusahaan asuransi wajib memiliki sistem *anti-fraud* di dalam proses bisnisnya. Seperti yang di bahas dalam SEOJK no. 46 tahun 2014. Dengan adanya sistem *anti-fraud* yang memadai, diharapkan setiap perusahaan

asuransi dapat menjalankan bisnisnya secara sehat, efektif, dan mampu meminimalisir resiko kecurangan yang ada baik internal maupun eksternal perusahaan.

3.4.2 Menentukan Topik Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti berfokus pada mekanisme pencegahan dan deteksi yang dimiliki perusahaan asuransi PT Bhinneka Life, kantor wilayah D.I Yogyakarta untuk menghindari adanya resiko kecurangan yang dilakukan oleh pemegang polis. Karena pemegang polis merupakan pihak luar perusahaan dan tidak dapat diawasi secara efektif tanpa dukungan dari sarana penghubung (perjanjian perikatan asuransi / polis, tenaga pemasar yang bertanggung jawab atas nasabah) maka, potensi adanya kesempatan bagi pemegang polis melakukan kecurangan cukup tinggi.

3.4.3 Menentukan Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan kerangka dari suatu penelitian. Peneliti merumuskan hal apa saja yang akan dilakukan melalui rumusan masalah. Tujuannya agar penelitian yang dilakukan sesuai dengan topik yang diangkat, dan memberi ketegasan apa saja poin-poin yang dibahas dalam penelitian tersebut.

3.4.4 Kajian Literatur

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teori *Fraud Triangle* yang membahas bahwa faktor utama dari seseorang melakukan kecurangan ada 3 antara lain; kesempatan, tekanan, dan rasionalisasi. Selain itu, penelitian ini menggunakan kajian peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait asuransi dan peraturan penunjang lainnya yang membahas mengenai *fraud* di asuransi.

Selain itu peneliti juga mengkaji penelitian-penelitian sebelumnya yang memiliki topik pembahasan yang sesuai dengan topik pembahasan peneliti dalam penelitian ini agar dapat dilakukan perbandingan dengan penelitian ini.

3.4.5 Pengumpulan Data

Peneliti mengumpulkan data baik berupa primer maupun sekunder. Data primer dilakukan dengan melakukan wawancara pada pihak-pihak yang telah dipilih sebagai responden untuk menjawab rumusan masalah peneliti. Wawancara adalah bentuk pengumpulan data yang sangat umum dilakukan dalam penelitian studi kasus (Hancock dan Algozzine, 2006).

Data sekunder didapatkan dari dokumen berupa Undang-undang, Kode Etik, dan POJK serta SEOJK yang berlaku dan relevan terhadap perusahaan responden dan rumusan masalah yang telah ditetapkan.

3.4.6 Sumber dan Jenis Data

1. Sumber Data Primer

Sumber data primer diperoleh secara langsung melalui pihak-pihak yang berkaitan dengan rumusan masalah yang ada. Pada penelitian ini, sumber data primer didapatkan peneliti dari hasil wawancara dengan narasumber yang dapat memberikan data yang diperlukan.

o Wawancara

Salah satu sumber data primer yang digunakan pada penelitian kualitatif adalah wawancara kepada narasumber untuk mendapatkan informasi. "Interviews are guided question-answer conversations, or an inter-change of views between two persons conversing about a theme of mutual interest"(Kvale dan Brinkmann, 2009).

Pengertian menurut Kvale dan Brinkmann dapat diartikan bahwa Wawancara dipandu untuk menjawab pertanyaan percakapan, atau suatu pertukaran pandangan antara dua orang yang berbicara tentang tema yang menjadi kepentingan bersama. Wawancara adalah proses tanya jawab yang mempunyai maksud tertentu antara pewawancara dan terwawancara yang memberikan jawaban atas pertanyaan.

Peneliti melakukan wawancara dengan mengambil beberapa partisipan dari PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta. Berikut kesebelas partisipan:

1. Bapak AS selaku Manajer di PT BL.
2. Bapak S selaku Manajer PT BL.
3. Ibu YS selaku *Trainer* Karyawan dan Agen di PT BL.
4. Ibu SM selaku Manajer kantor cabang PT BL.
5. Ibu CR selaku petugas *Customer Service* kantor cabang PT BL.
6. Ibu AA selaku Manajer kantor cabang PT BL.
7. Ibu SZ selaku Manajer kantor cabang PT BL.
8. Ibu WW selaku Manajer kantor cabang PT BL.

Tabel 3.1 Profil Narasumber

No.	Responden Wawancara	Jenis Kelamin	Jabatan	Pendidikan	Kelompok Usia
1.	Bapak AS	Laki-Laki	<i>Manager</i>	S2	>40
2.	Bapak S	Laki-Laki	<i>Manager</i>	S2	>40
3.	Ibu YS	Perempuan	<i>SDM</i>	S1	40 – 45
4.	Ibu SM	Perempuan	<i>Manager</i>	S1	>40
5.	Ibu CR	Perempuan	<i>Customer Service</i>	S1	30 – 35
6.	Ibu AA	Perempuan	<i>Manager</i>	S1	>40

7.	Ibu SZ	Perempuan	<i>Manager</i>	SMA	>40
8.	Ibu WW	Perempuan	<i>Manager</i>	S1	>40

Sumber: Arsip Perusahaan

2. Sumber Data Sekunder

Untuk data sekunder, peneliti menggunakan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 tentang Perasuransian, Standar Praktik dan Kode Etik Perusahaan Asuransi Jiwa, dan SEOJK Nomor 46 tentang *Anti-Fraud* Asuransi.

3.5 Analisis Data

Data yang sudah dikumpulkan kemudian dilakukan analisis untuk menjawab rumusan masalah. Dalam penelitian ini, peneliti berperan sebagai instrument utama penelitian. Data diolah dengan menggunakan *software* NVivo. NVivo merupakan *software* olah data penelitian yang membantu peneliti menganalisis data kualitatif seperti gambar, diagram, audio, halaman website, dan dokumen lainnya (Bazeley dan Jackson, 2013). Peneliti menggunakan NVivo sebab mempermudah penelitian kualitatif dalam mengimpor teks atau transkrip wawancara, dan dokumen-dokumen pendukung sehingga membentuk pola hubungan dari semua sumber data kualitatif tersebut. Sehingga peneliti dapat menarik kesimpulan dan pembahasan penelitian lebih mudah.

3.5.1 Coding

Coding adalah tugas mendasar di sebagian besar proyek kualitatif yang melibatkan pengumpulan semua materi tentang tema atau kasus tertentu ke dalam *node* untuk dieksplorasi lebih lanjut (QSR, 2018).

Code dalam metode kualitatif biasanya merupakan sebuah kata atau frasa singkat yang secara simbolis untuk meringkas, menangkap poin penting, atribut pengelompokan dari suatu data. Data yang tercantum dapat berasal dari transkrip wawancara, catatan observasi lapangan, jurnal, dokumen, literatur, foto artefak, video, *websites*, *e-mail*, dan lain-lain (Saldana 2016).

Menurut Saldana (2008), ada 2 klasifikasi koding dalam penelitian kualitatif yaitu koding berdasarkan tahapannya dan berdasarkan segmen data. Berdasarkan tahapan terdapat tiga jenis yaitu *initial coding*, *focused coding*, *axial coding* dan *selective coding*. Sedangkan koding berdasarkan segmen data terdapat tiga jenis yaitu *word by word coding*, *line by line coding*, dan *incident by incident coding*.

Coding dalam NVivo disimpan dalam *node*. Dalam system informasi istilah “*node*” digunakan untuk menunjukkan titik terminal atau titik koneksi dalam jaringan percabangan. Demikian pula, dalam system *coding* NVivo yang sepenuhnya dikembangkan. *Node* menjadi titik dimana konsep berpotensi bercabang menjadi jaringan subkonsep atau dimensi (Patricia dan Kristi, 2013).

Data yang berupa transkrip wawancara, peraturan- peraturan yang berlaku serta dokumen pendukung lainnya di input ke dalam NVivo dengan folder berbeda berdasarkan jenis atau kategorinya di panel *Source*. Kemudian peneliti juga membuat *node* dalam bentuk *case*. *Case nodes* diberi nama sesuai nama narasumber

yang digunakan dan peneliti membuat *Case classifications* yang berisi informasi terkait narasumber pada setiap *case nodes* yang telah dibuat seperti jenis kelamin, jabatan, pendidikan, dan kelompok usia. Selanjutnya, data yang berada di *source* di *coding* ke dalam *case nodes* sesuai dengan klasifikasinya. Pemuatan *nodes* mengacu pada empat rumusan masalah yang telah ditetapkan. Peneliti membuat *relationships* yang menghubungkan *nodes* satu ke lainnya. Tujuan dari *relationship* adalah untuk mengetahui hubungan antara *nodes* satu ke lainnya yang diberi *nodes relationships*. Antara *nodes* yang dihubungkan dan *nodes relationships* harus di *coding* sehingga hubungan antara *nodes* dapat teridentifikasi.

3.5.2 Analytical Maps

Maps adalah alat visualisasi yang memainkan peran penting dalam penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi ide-ide atau untuk menyajikan koneksi dalam data (QSR, 2018). *Maps* sendiri di dalam NVivo terdapat banyak jenis. Namun, peneliti menggunakan opsi *Analytical Maps*. *Analytical Maps* merupakan hasil dari tahap *coding* yang menggambarkan rumusan masalah yang sudah disusun dalam bentuk alur pemikiran sehingga mempermudah peneliti untuk memahami dan menyimpulkan hasil penelitian.

Analytical Maps menghubungkan satu rumusan masalah ke satu rumusan masalah, dan untuk penelitian ini menggunakan *analytical maps* lebih dari satu dan bersifat beruntut sehingga akan terbentuk pola kronologis. Di dalam *maps*, akan dimunculkan *nodes* dan *relationships* antar *nodes*. Peneliti membuat 4 *analytical maps* yang sesuai dengan rumusan masalah yang telah ditentukan sebelumnya, antara lain: Pertama, mengenai gambaran umum *fraud* yang dihadapi yang

dihubungkan dengan pencegahan dan deteksi yang dilakukan PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D. I Yogyakarta. Kedua, mengenai pencegahan dan deteksi yang dilakukan dihubungkan dengan kekurangan yang ditemukan pada PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D. I Yogyakarta. Ketiga, kekurangan yang ditemukan dihubungkan dengan kendala yang dialami oleh PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D. I Yogyakarta. Yang terakhir kendala yang dialami dihubungkan dengan saran perbaikan yang dapat diberikan kepada PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D. I Yogyakarta.

3.5.3 Framework Matrices

Framework Matrices adalah kerangka yang digunakan untuk membantu meringkas materi sumber yang digunakan dan menjelaskan cara bekerja dengan sumber yang digunakan (QSR, 2018).

Framework Matrices merupakan salah satu hasil proses *coding*. Terdapat dua kelompok *Framework Matrices* yaitu wawancara dan dokumen. *Framework Matrices* berisi tabel yang menunjukkan hasil proses *coding* dari semua *sources* yang dipakai untuk referensi dan dikelompokkan berdasarkan hasil wawancara atau dokumen yang berhubungan dengan setiap *nodes* utama.

3.6 Objek Penelitian

Dalam penelitian ini, objek yang digunakan merupakan perusahaan asuransi PT Bhinneka Life Indonesia khususnya di Kantor Pengurusan Administrasi Wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta. Pertimbangan yang dilakukan oleh peneliti memilih objek penelitian ini karena selain mudah di jangkau, KPA Wilayah merupakan pihak pengawas bagi kantor-kantor cabang di seluruh daerah D.I

Yogyakarta dan Jawa Tengah. Sehingga, sesuai dengan topic dan rumusan masalah yang akan dilakukan oleh peneliti.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti ada dua cara berdasarkan kategori data yang diambil. Data primer diperoleh dengan cara bertemu secara *face to face* dengan narasumber dan mengajukan beberapa pertanyaan terkait rumusan masalah yang telah dipersiapkan sebelumnya. Sedangkan untuk data sekunder diperoleh Undang-Undang terkait perasuransian, Kode Etik Perusahaan Asuransi Jiwa, dan Peraturan OJK yang relevan dengan tema dan rumusan masalah yang peneliti telah tetapkan.

3.8. Objektivitas dan Pengujian Keabsahan Data

Subjektivitas peneliti merupakan hal yang dominan dalam penelitian kualitatif, mengingat dalam penelitian kualitatif, peneliti sebagai instrumen penelitian. Ditambah teknik pengumpulan data utama penelitian kualitatif adalah wawancara dan observasi yang dianggap banyak kelemahan ketika dilakukan secara terbuka dan tanpa kendali. Untuk mengatasinya dilakukan pemeriksaan terhadap keabsahan data (Djaelani et.al, 2013). Menurut Lincoln dan Guba (1985) dalam Leavy (2014:679) terdapat empat aspek dalam menilai kualitas penelitian kualitatif, antara lain:

1. Kepercayaan (*Credibility*)

Kepercayaan merupakan unsur yang memungkinkan orang lain untuk mengenali pengalaman yang terkandung dalam penelitian melalui interpretasi pengalaman peneliti, memeriksa keterwakilan data secara

keseluruhan, pemeriksaan anggota yang melibatkan kembali peneliti untuk memastikan bahwa interpretasi peneliti adalah representasi akurat dan pengalaman penelitian.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara dengan narasumber yang bertanggung jawab dan bertugas di dalam lingkaran alur bisnis PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta yang mengalami langsung proses pencegahan dan deteksi *fraud* sehingga dapat memberikan informasi yang cukup akurat.

2. Keteralihan (*Transferability*)

Keteralihan merupakan kemampuan untuk mentransfer hasil penelitian dari satu kelompok ke kelompok lain atau deskripsi yang digunakan untuk memberikan informasi kontekstual yang terperinci kepada pembaca.

Penelitian ini memberikan informasi yang rinci dengan peta analisa. Peta analisa menggambarkan secara detail rumusan masalah dan kendala yang ada di dalam penelitian serta menjabarkan sistematika penelitian sampai dengan mencapai kesimpulan.

3. Kebergantungan (*Dependability*)

Kebergantungan dapat tercapai ketika peneliti memiliki rekan yang berpartisipasi dalam proses analisis. Dalam penelitian ini, uji kebergantungan dilakukan oleh dosen pembimbing dengan cara *review* dan memeriksa setiap proses dalam penelitian selama penelitian dilaksanakan.

4. Kepastian (*Confirmability*)

Uji kepastian adalah sikap kritis terhadap diri sendiri pada bagian dari penelitian tentang bagaimana prasangka sendiri dapat mempengaruhi penelitian. Peneliti merupakan pihak yang subjektif. Oleh sebab itu, peneliti membutuhkan rekan dalam penelitian agar penelitian tersebut menjadi objektif.

Penelitian ini melakukan wawancara tidak hanya kepada satu orang. Hal ini bertujuan agar jawaban yang diperoleh tidak bersifat subjektif. Peneliti juga melibatkan dosen pembimbing sebagai pihak yang memiliki pengetahuan dan pengalaman untuk melakukan evaluasi selama proses penelitian agar hasil dari penelitian ini dapat diterima. Peneliti juga melakukan uji keabsahan lain untuk memperkuat keabsahan data yaitu triangulasi. Menurut Moleong (Moleong, 2014) triangulasi adalah teknik pengujian keabsahan data yang memanfaatkan informasi diluar data dan digunakan sebagai pembanding terhadap data tersebut. Teknik ini sangat membantu dalam mendapatkan informasi yang valid dikarenakan proses pengumpulan data tidak bisa dalam sebuah kelompok namun memperkuat informasi yang didapat. Dalam penelitian kali ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber merupakan cara menguji kredibilitas data dengan memperoleh data dari berbagai sumber. Untuk

mengetahui bagaimana mekanisme pencegahan dan deteksi *fraud* pemegang polis PT Bhinneka Life Indonesia wilayah D.I Yogyakarta, peneliti melakukan wawancara kepada beberapa sumber yang ada di subjek penelitian.

2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik merupakan cara menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama namun dengan teknik yang berbeda. Peneliti melakukan beberapa kali wawancara dan beberapa dengan pertanyaan yang sama.

Peneliti juga menggunakan *software* NVivo dalam melakukan uji keabsahan data. NVivo membantu dalam mencari dan menghubungkan data dalam *sources* maupun hasil *coding* dengan *nodes*. Dengan *framework matrices* dapat mempermudah peneliti dalam membuktikan validitas. Hasil dari *framework matrices* ini berupa tabel. Konten baris tabel berasal *case nodes* sedangkan konten pada kolom tabel berasal dari *nodes* yang menjadi tema setiap *range* dari isi *framework matrices* tersebut. Pada penelitian ini, peneliti membuat *framework matrices* yang berisi sumber data wawancara dan narasumbernya. Tabel lampiran *framework matrices* yang dibuat peneliti adalah wawancara dan dokumen.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengenalan Bab

Dalam hal ini peneliti memaparkan hasil penelitian yang dilakukan di PT Bhinneka Life Indonesia KPA Yogyakarta mengenai pencegahan dan deteksi *fraud* pemegang polis dalam pengurusan klaim asuransi jiwa. Pada awal bab ini, peneliti menjelaskan profil objek penelitian yaitu PT Bhinneka Life Indonesia KPA Yogyakarta. Selanjutnya peneliti memaparkan jawaban atas rumusan masalah yang telah ditetapkan berdasarkan data yang diperoleh selama penelitian. Peneliti juga melampirkan transkrip wawancara dengan narasumber sebagai dasar atas pembahasan rumusan masalah.

4.2 Profil PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta

PT Bhinneka Life didirikan sejak 22 Oktober 2016 dengan nama PT AJB Bumiputera, berdasarkan Akta Pendirian Perseroan Terbatas Nomor 150 pada tanggal 22 Oktober 2016 dan memperoleh izin usaha di bidang Asuransi Jiwa berdasarkan Keputusan Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Nomor KEP-95/D.05/2016 tanggal 28 November 2016. Kemudian berganti nama menjadi PT Bhinneka Life Indonesia dan telah disahkan oleh OJK berdasarkan Keputusan Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan Nomor KEP-883/NB.11/2018 pada tanggal 28 September 2018. Di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat 1 kantor wilayah yang membawahi 10 kantor cabang se-DIY dan Jawa Tengah. Lokasi kantor wilayah berada di Pacific Building Lt.2, Jalan Laksda Adisucipto No.

157, Demangan Baru, Caturtunggal, Depok, Sleman, D.I. Yogyakarta. Di gedung yang sama terdapat 3 kantor cabang sehingga mempermudah pengurusan administrasi dan komunikasi antar kantor tersebut.

Gambar 4.1 Logo PT Bhinneka Life Indonesia



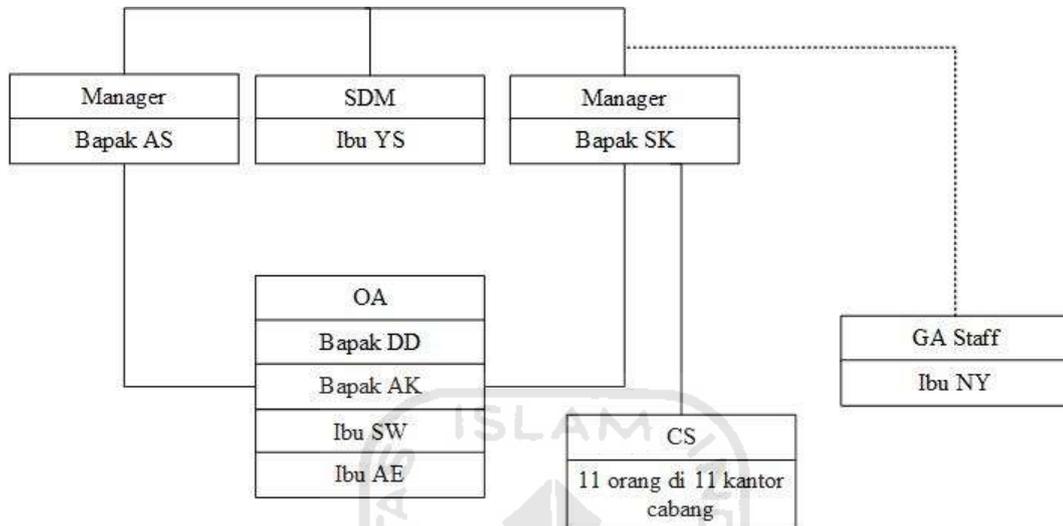
Sumber: PT Bhinneka Life Indonesia

4.2.1 Struktur Organisasi

1. Struktur Organisasi KPA Wilayah D.I. Yogyakarta

KPA wilayah D.I. Yogyakarta PT Bhinneka Life Indonesia adalah manajemen tertinggi PT Bhinneka Life Indonesia khusus wilayah D.I. Yogyakarta dan sebagian kota di daerah Jawa Tengah. Bertugas sebagai pihak pengawas untuk setiap kantor cabang dan berhak mengatur alur kinerja kantor cabang baik mengkomunikasikan informasi dari pusat maupun mengevaluasi kinerja setiap mitra kerja yang ada di tiap kantor cabang di bawah pengawasannya.

**Gambar 4.2 Struktur Organisasi PT Bhinneka Life Indonesia KPA
Wilayah D.I. Yogyakarta**

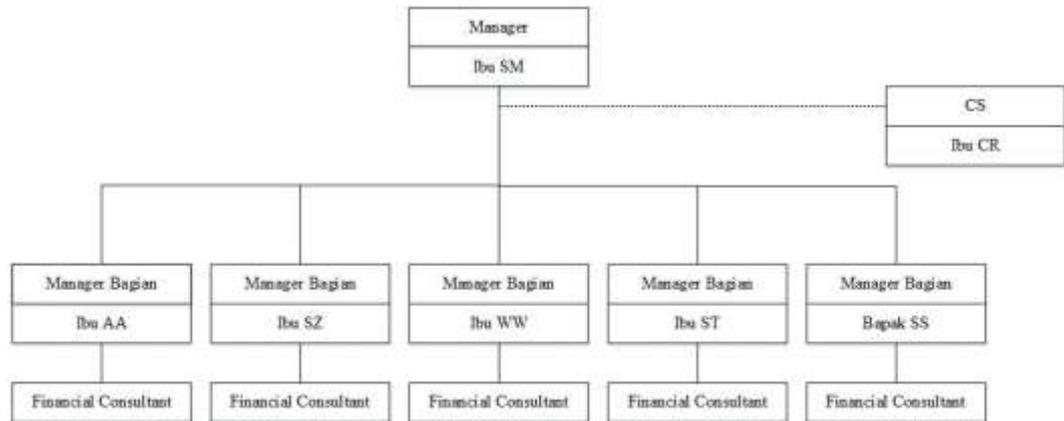


Sumber: Arsip PT. Bhinneka Life Indonesia KPA Wilayah D.I. Yogyakarta

2. Struktur Organisasi Kantor Cabang

Kantor cabang adalah unit bisnis dibawah pengawasan KPA wilayah. Tugas dan tanggung jawab kantor cabang adalah menjual produk-produk asuransi, merekrut mitra kerja baru dan memberikan laporan kinerja bulanan pada kantor wilayah melalui CS. Peneliti mengambil salah satu kantor cabang sebagai sampel tambahan yaitu kantor cabang Gondomanan.

Gambar 4.3 Struktur Organisasi Kantor Cabang Gondomanan



Sumber: Arsip Kantor Cabang Gondomanan PT Bhinneka Life Indonesia

4.2.2 Visi dan Misi PT. Bhinneka Life Indonesia

Visi PT. Bhinneka Life Indonesia

Menjadi perusahaan asuransi jiwa kebanggaan Indonesia.

Misi PT. Bhinneka Life Indonesia

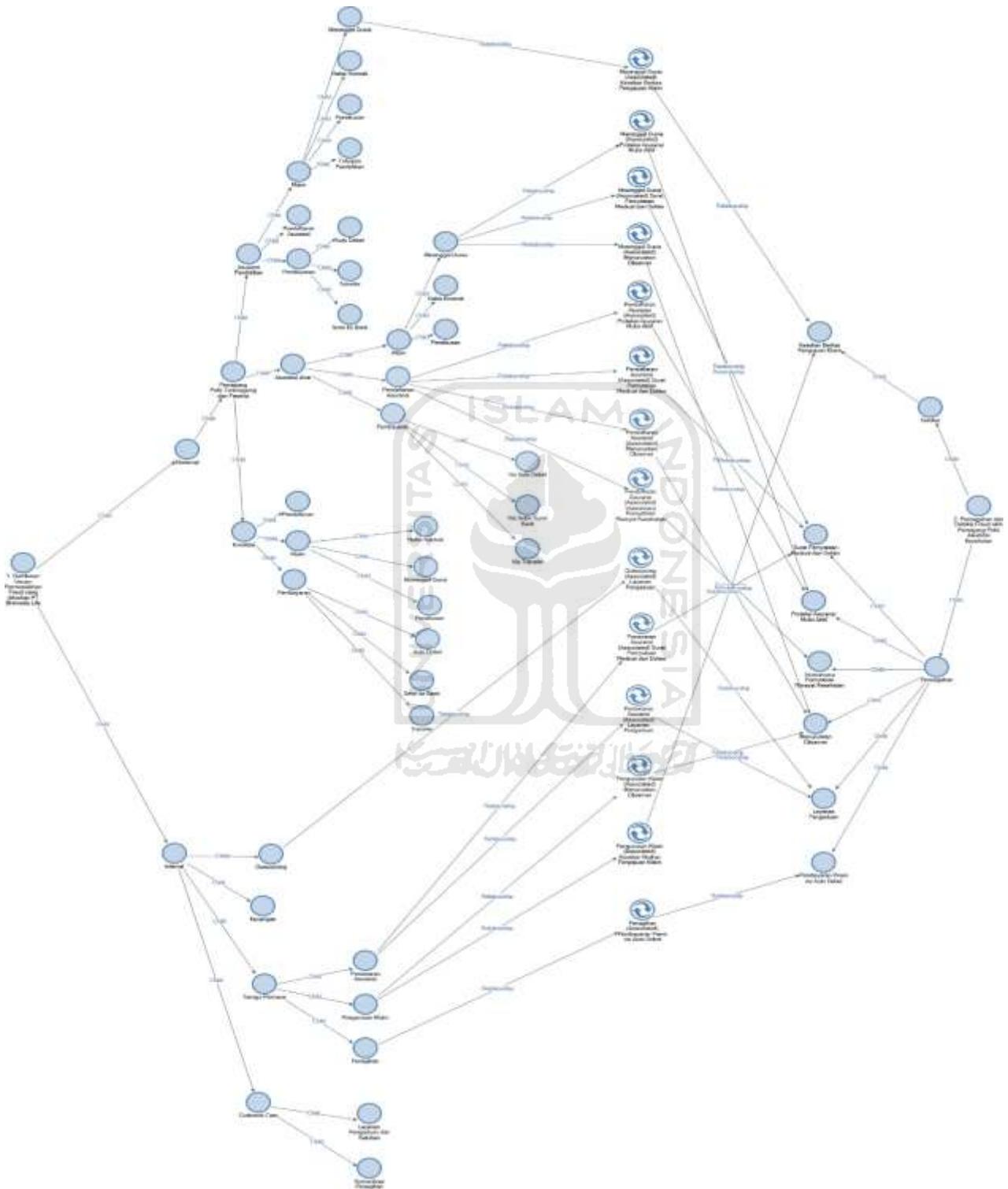
1. Memberikan kemudahan kepada nasabah melalui inovasi produk dan pelayanan yang berkesinambungan.
2. Membangun sumber daya manusia yang berintegritas tinggi dan handal
3. Memberikan kontribusi kepada seluruh pemangku kepentingan.

4.3. Gambaran Umum Permasalahan *Fraud* di PT. Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan Agus Setiadi selaku *Regional Development Manager*, Sukir selaku *Regional Administration Support Manager*, Sri Marheni selaku *Area Director* atau Kepala cabang serta pengkajian peraturan serta kode etik yang relevan. Ada dua kategori alur bisnis yang memiliki potensi kecurangan yaitu eksternal dan internal. Seperti yang digambarkan peta analisis gambaran umum berikut ini.



Gambar 4.4 Peta Analisis Gambaran Umum Pencegahan dan Deteksi *Fraud*



Sumber Data Nvivo

4.3.1. Internal

4.3.1.1. Tenaga Pemasar

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 tahun 2014 pasal 1 ayat 28 menjelaskan bahwa:

“Agen asuransi adalah orang yang bekerja sendiri atau bekerja pada badan usaha, yang bertindak untuk dan atas nama Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Asuransi Syariah dan memenuhi persyaratan untuk mewakili Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Asuransi Syariah memasarkan produk asuransi atau produk asuransi syariah”.

Agen asuransi didapatkan melalui perekrutan yang dilakukan oleh setiap kantor cabang yang nantinya oleh kantor wilayah diadakan sebuah tes lisensi. Apabila calon agen lulus dalam tes tersebut maka ia diterima sebagai agen asuransi yang kemudian menandatangani surat pernyataan sebagai mitra kerja PT. Bhinneka Life dan wajib mengikuti peraturan dan standar operasional serta pemasaran yang ditetapkan perusahaan.

Selain sebagai penawar produk asuransi ke calon pemegang polis atau tertanggung, agen asuransi atau *financial consultant* memiliki peran lain yaitu sebagai penagih dan sebagai pihak yang membantu menguruskan klaim.

Ibu SM (2018) mengatakan menjadi penagih premi diperbolehkan jika dalam situasi terdesak, dalam artian nasabah atau pemegang polis tidak sempat atau berhalangan untuk membayar sendiri melalui bank. Maka, para agen yang bertanggung jawab atas pemegang polis tersebut boleh untuk menagih dan membantu membayar premi ke bank.

Untuk pengurusan klaim, agen asuransi bertugas sebagai distributor berkas apabila pemegang polis tidak sempat mengurusnya sendiri ke kantor, maka agen asuransi yang bertanggung jawab pada pemegang polis tersebut dapat membantunya dengan mengambil berkas tersebut dan mengajukannya melalui kantor cabang tempat ia bekerja. Setelah mengajukan agen asuransi tidak memiliki hak apapun selain mendapat informasi terkait proses pencairan klaim yang nantinya diinformasikan kepada pemegang polis atau tertanggung yang mengajukan klaim tersebut.

4.3.1.2 Keuangan

Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan Bapak SK selaku RASM, dalam hal keuangan pada kantor wilayah dibagi menjadi 2 aktivitas yaitu aktivitas operasional dan aktivitas pendukung. Untuk dana yang berasal dari aktivitas operasional, seperti pembayaran premi, menggunakan sistem pembayaran non-tunai seperti transfer, bayar via bank, atau auto-debet. Sehingga uang nasabah tidak akan digunakan oleh FC yang menagih.

Sedangkan untuk yang sifatnya supporting sekarang itu sifatnya sentralistik. Terlebih seperti petty cash, itu kan tidak besar seperti untuk membeli ATK, konsumsi harian karyawan. Itu nanti ada perhitungan agar biayanya dipakai secara efisien. Kemudian ada biaya supporting untuk acara acara internal seperti meeting biasanya untuk konsumsi dan beberapa perlengkapan. Jadi, hanya ada pelaporan pertanggung jawaban pemakaian dana pada pusat.

4.3.1.3. Customer Care

Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69 tahun 2016 menyatakan bahwa perusahaan asuransi wajib menyelesaikan setiap keluhan atau pengaduan terkait produk asuransi yang diajukan pemegang polis atau tertanggung sehingga PT Bhinneka Life Indonesia wajib memiliki sebuah unit kerja yang bertugas melaksanakan mekanisme penanganan keluhan dan pengaduan dari pemegang polis atau tetanggung.

Untuk penanganan keluhan dan pengaduan wajib didokumentasikan sebagai bahan evaluasi kinerja kedepannya sehingga mampu menghindari adanya keluhan yang sama.

4.3.1.4. Outsourcing

Tenaga luar perusahaan yang digunakan oleh PT Bhinneka Life adalah bank BRI dan BNI. Dikarenakan kantor cabang maupun kantor wilayah tidak menerima pembayaran premi secara tunai. Maka semua proses pembayaran dilakukan melalui kedua bank tersebut. Perubahan proses pembayaran premi rutin pun dilakukan pengajuan sendiri ke bank yang bekerja sama dengan PT Bhinneka Life Indonesia namun dengan sepengetahuan perusahaan. Tujuan dari perusahaan melakukan transaksi *cash less* di setiap kantor pengurusan administrasi agar tugas setiap karyawan dan mitra kerja lebih efektif dan efisien serta terfokus pada jobdesk utamanya masing-masing.

4.3.2. Eksternal

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2014 pasal 1

menyatakan bahwa pemegang Polis adalah Pihak yang mengikatkan diri berdasarkan perjanjian dengan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah untuk mendapatkan perlindungan atau pengelolaan atas risiko bagi dirinya, tertanggung, atau peserta lain.

Tertanggung adalah pihak yang jiwanya dilindungi oleh asuransi sesuai dengan perjanjian asuransi yang telah dibuat dan yang akan menghadapi risiko. Pihak eksternal tersebut menjadi nasabah PT Bhinneka Life Indonesia dengan mendaftarkan diri dalam produk asuransi.

4.3.2.1 Jenis Asuransi yang diikuti Pemegang Polis

1. Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa adalah suatu asuransi yang bertujuan menanggung orang terhadap kerugian finansial yang tidak terduga di saat terjadi resiko kematian tertanggung dengan memberikan dana jaminan kepada pihak keluarga tertanggung.

Dana Jaminan adalah kekayaan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah yang merupakan jaminan terakhir dalam rangka melindungi kepentingan pemegang polis, tertanggung, atau peserta, dalam hal Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, dan perusahaan reasuransi syariah dilikuidasi.

2. Asuransi Pendidikan

Asuransi pendidikan adalah sebuah produk asuransi yang mana sebagai pemilik polis, berkewajiban untuk membayar premi yang nantinya akan digunakan

sebagai jaminan biaya pendidikan untuk anak (pihak terjamin) sekaligus berguna layaknya asuransi jiwa bagi anak.

3. Asuransi Investasi

Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi yang selanjutnya disebut PAYDI adalah produk asuransi yang paling sedikit memberikan perlindungan terhadap risiko kematian, dan memberikan manfaat yang mengacu pada hasil investasi dari kumpulan dana yang khusus dibentuk untuk produk asuransi baik yang dinyatakan dalam bentuk unit maupun bukan unit.

4.3.2.2 Pendaftaran Asuransi

Ibu CH (2018) menuturkan jika pendaftaran asuransi dilakukan menggunakan SP (Surat Permintaan) yang nantinya akan diisi oleh calon nasabah dibantu agen. Minimal usia calon pemegang polis dan tertanggung adalah 21 tahun. Untuk usia dibawah 55 Tahun tidak masuk kategori Medical sedangkan yang di atas 55 Tahun masuk kategori Medical sehingga perlu dilampirkan surat pemeriksaan kesehatan dari dokter. Apabila saat pendaftaran ia menulis usianya adalah 55 Tahun, sedangkan menurut KTP dari tanggal pengajuan daftar asuransi dan tanggal lahirnya berjarak kurang dari 6 bulan maka kami akan menghitung 56 tahun. Akibatnya terjadi ketidak cocokan data, yang seharusnya dia masuk polis jenis Medical menjadi Non-Medical. Saat klaim nanti akan terjadi kesulitan pencairan akibat data tidak valid. Bisa saja cair namun tidak sesuai dengan yang dijanjikan akibat pelanggaran ini.

Agen yang mengurus pendaftaran asuransi hanya bisa membantu mengarahkan atau menunjukkan cara pengisian yang selanjutnya akan diikuti oleh

calon pemegang polis atau tertanggung. Berhubung calon pemegang polis atau tertanggung mayoritas memiliki riwayat sakit atau pernah sakit. Ada pertimbangan opsional yang diberikan oleh perusahaan yaitu melihat rekam medis calon tertanggung apakah pernah dirawat inap selama 2 tahun terakhir dan memiliki riwayat penyakit kronis atautkah penyakit yang masih dalam kategori ringan.

4.3.2.3 Pembayaran

Premi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi berdasarkan produk asuransi yang diikuti oleh pemegang polis/tertanggung/peserta dan telah di setujui oleh pemegang polis/tertanggung/peserta serta wajib dibayar oleh pemegang polis/tertanggung/peserta asuransi.

Menurut bapak AS (2018) untuk kredibilitas perusahaan, saat ini ada sudah keluar POJK yang mengharuskan segala pembayaran asuransi dilakukan melalui transaksi non tunai. Hal ini juga untuk menghindari adanya *fraud* pemakaian uang. Pembayaran asuransi dapat dilakukan dengan membayar ke bank yang bekerja sama dengan PT Bhinneka Life Indonesia. Adapun metode yang digunakan adalah melalui via transfer, datang ke bank langsung atau menggunakan *Auto-Debet*. Saat ini perusahaan memberikan rekomendasi pada nasabah untuk membayar via *Auto-Debet* untuk mempermudah nasabah dalam membayar tagihan premi dan menghindari dari pemakaian oleh oknum tidak bertanggung jawab baik dari pihak perusahaan maupun pemegang polis itu sendiri.

4.3.2.4 Klaim

Berdasarkan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 73 tahun 2016, perusahaan asuransi wajib menyelesaikan pembayaran klaim sesuai jangka waktu

pembayaran klaim atau manfaat yang ditetapkan dalam polis asuransi atau paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak adanya kesepakatan antara pemegang polis, tertanggung, atau peserta dengan perusahaan asuransi.

Karena adanya jangka waktu yang terbatas tersebut, ada sebuah celah yang berpotensi menimbulkan kecurangan. Kecurangan pemegang polis yang sering terjadi adalah di pengurusan klaim asuransi jiwa karena uang pertanggungan yang tinggi dan faktor membutuhkan dana membuat pemegang polis atau tertanggung yang tidak bertanggung jawab sengaja melakukan tindakan agar uang pertanggungan turun seperti melakukan kecelakaan dengan sengaja agar tertanggung meninggal dunia, tertanggung melukai dirinya sendiri dan lain sebagainya.

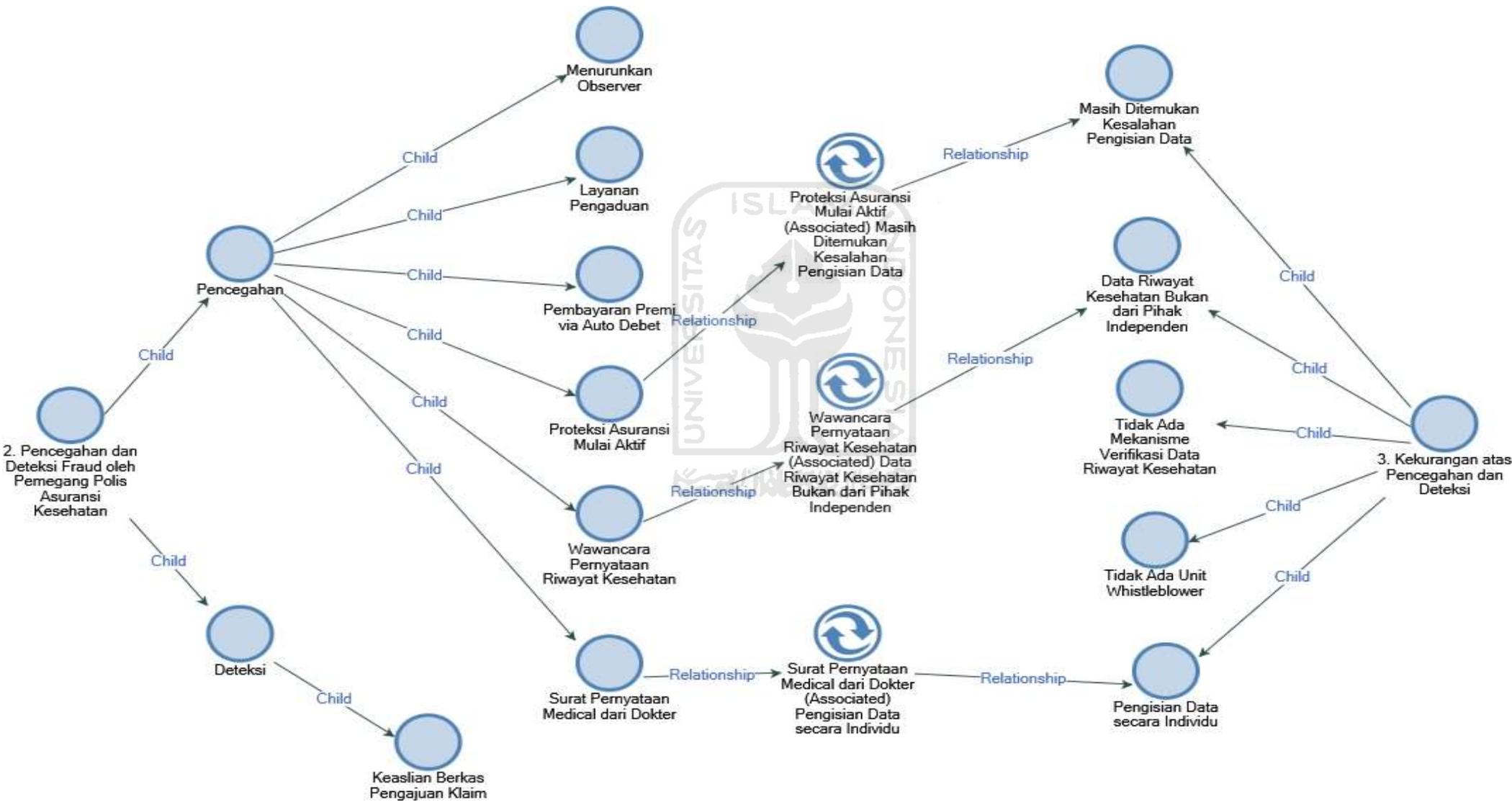
Apabila terjadi sebuah sengketa terkait pencairan klaim asuransi dan perusahaan asuransi dinyatakan bersalah maka perusahaan asuransi wajib membayar klaim asuransi paling lama 30 hari setelah tanggal keputusan pengadilan ditetapkan. Jika sebaliknya, maka perusahaan asuransi tidak wajib membayarkan klaim atas asuransi yang pemegang polis atau tertanggung daftarkan.

4.4 Pencegahan dan Deteksi *Fraud*

PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta, membuat dan melaksanakan mekanisme pencegahan dan mendeteksi adanya resiko kecurangan yang kemungkinan terjadi baik dari pihak internal maupun eksternal. Penjabaran dari mekanisme ini dapat di lihat pada peta analisis berikut ini:



Gambar 4.5 Peta Analisis Pencegahan dan Deteksi *Fraud* oleh Pemegang Polis Asuransi Jiwa



Sumber: Analisis data Nvivo

4.4.1 Pencegahan

Berdasarkan peta analisis di atas, ada beberapa tindakan yang dilakukan oleh PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta dalam usaha mencegah adanya *fraud* atau mengurangi resiko kecurangan yang terjadi khususnya dari pihak pemegang polis yang merupakan pihak di luar pengawasan perusahaan.

1. Wawancara Pernyataan Riwayat Kesehatan

Proses ini dilakukan bersamaan dengan calon nasabah mengisi Surat Permintaan (SP) keikutsertaan asuransi. Seluruh pertanyaan wajib sudah tercantum di dalam surat tersebut. Agen yang bertanggung jawab terhadap calon pemegang polis atau tertanggung tersebut wajib mewawancarainya terkait riwayat kesehatan yang dimiliki calon pemegang polis atau tertanggung tersebut. Tujuannya adalah untuk menghindari adanya pengajuan klaim sebelum masa aktif asuransi berlangsung. Calon pemegang polis dan tertanggung di himbau untuk menjawab semua pertanyaan dengan jujur. Walaupun begitu masih terdapat celah resiko yang timbul di proses ini. Untuk usia di atas 55 tahun masih dapat diantisipasi dengan adanya surat kesehatan dari dokter namun untuk usia dibawah 55 tahun masih diperbolehkan mendaftar tanpa menggunakan surat kesehatan.

Karena kalau sudah masukkan SP ternyata dia punya riwayat penyakit kronis dan meninggal karena penyakit itu seminggu setelah polis jadi seperti itu. Akan terjadi penundaan proses pencairan klaim atau klaim tidak akan turun (WW, 2018).

2. Surat Pernyataan Medical dari Dokter

Salah satu dokumen pemenuhan syarat pendaftaran asuransi adalah adanya surat pernyataan medical dari dokter. Untuk usia 55 tahun ke atas wajib menggunakan surat ini karena perusahaan berasumsi bahwa usia di atas 55 tahun memiliki resiko yang sangat tinggi terhadap suatu hal yang tidak terduga. Biasanya perusahaan memberikan standar terkait pernyataan *medical* yaitu tes urine, tes narkoba, tes kesehatan organ vital dan penyakit kronis yang dialami.

3. Aktivasi Asuransi

Proteksi asuransi jiwa mulai aktif setelah premi perdana dibayarkan dan nasabah menerima polis asuransi. Namun, biasanya ada jeda waktu satu sampai dua bulan masa observasi lanjutan bagi agen jika ternyata ditemukan adanya informasi krusial yang belum diinformasikan oleh pemegang polis atau tertanggung seperti riwayat sakit. Apabila hal ini terjadi, akan berdampak pada perubahan pada polis asuransi dan premi yang harus dibayar akan lebih besar dari sebelumnya.

4. Pembayaran Premi via Auto-Debet

Berdasarkan himbauan yang diberikan oleh Otoritas Jasa Keuangan, semua perusahaan asuransi tidak dianjurkan menerima transaksi pembayaran premi. Pembayaran premi harus dilakukan ke bank yang bekerjasama dengan perusahaan asuransi tersebut. Menyikapi himbauan ini, PT Bhinneka Life Indonesia mengeluarkan sebuah pernyataan jika semua nasabah yang dimiliki baik nasabah lama maupun nasabah baru dihimbau untuk membayarkan premi asuransinya dengan metode pembayaran *Auto-Debet* hal ini bertujuan agar lebih

efisien dan mengurangi resiko penggunaan uang oleh oknum tertentu. Serta rekam jejak alur pembayaran tersebut lebih mudah terlacak apakah sudah dibayarkan atau belum.

5. Menurunkan Observer

Penurunan *Observer* biasanya dilakukan saat pemegang polis dan tertanggung baru mendaftarkan diri pada asuransi jiwa serta saat pengajuan klaim asuransi dilakukan (biasanya pada klaim meninggal). Adanya *Observer* diharapkan dapat mengurangi resiko penyampaian informasi yang fiktif untuk kepentingan keikutsertaan asuransi atau pengurusan pencairan dana klaim.

6. Layanan Pengaduan

Layanan ini, diberikan kepada kedua pihak baik pihak nasabah maupun pihak perusahaan. Terkadang terjadi perselisihan antara pemegang polis atau tertanggung dengan agen yang bertanggung jawab terhadapnya. Tidak menutup kemungkinan jika kedua belah pihak memiliki kepentingan tertentu yang menimbulkan resiko kecurangan seperti penggelapan dana yang dilakukan pemegang polis atau tertanggung, agen asuransi yang memaksa menagih premi. Atau kedua belah pihak bersepakat dalam melakukan tindakan tertentu untuk mempermudah pengurusan asuransi.

4.4.2 Deteksi

Tahap deteksi yang berhasil diidentifikasi penulis pada perusahaan PT Bhinneka Life Indonesia adalah keaslian berkas pengajuan klaim. Keaslian yang dimaksud adalah polis asli keluaran perusahaan, kemudian surat surat pendukung lainnya sesuai dengan peraturan POJK terkait Penyelenggaraan Usaha PA PAS PR

PRS.

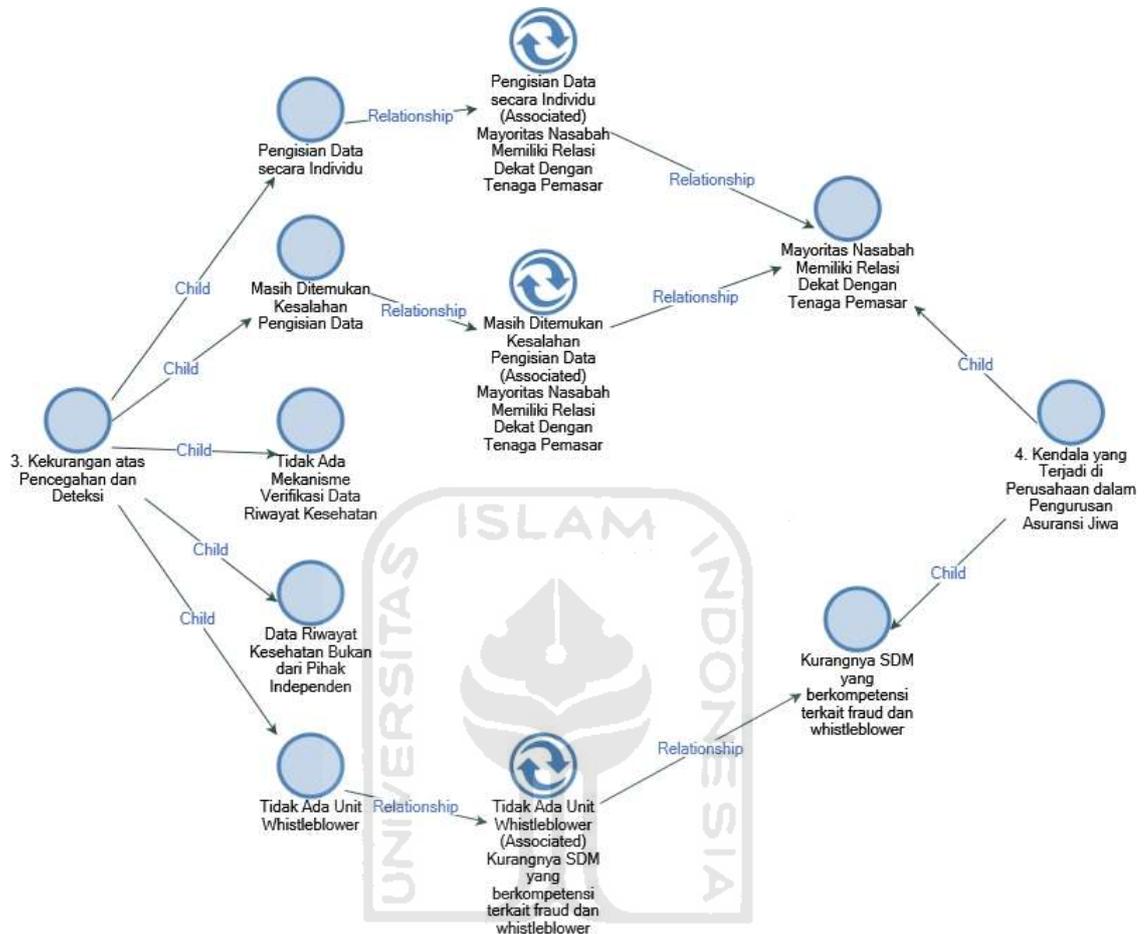
Ibu AA (2018) mengatakan di perasuransian kami memiliki prinsip kejujuran dan kehati-hatian, kita tidak tau jika ia meninggal dunia secara di sengaja atau tidak. Kita hanya menurut pada hasil temuan medis dan juga penyelidikan kepolisian jika telah terselidiki pihak kepolisian. Takutnya gimana? Takutnya kita sudah mengira seperti yang anda katakan tadi ternyata hasilnya adalah itu merupakan tindakan yang di sengaja alias bunuh diri

Pengurusan klaim yang dilakukan oleh PT Bhinneka Life Indonesia adalah kurang lebih 14 hari kerja. Sehingga selama masa tenggang sebelum batas maksimal pengurusan masih dapat dilakukan identifikasi dan verifikasi. Apabila penyebab kematian tidak wajar, maka harus mengikuti aturan dari Undang-Undang No 40 tahun 2014 dan POJK yaitu maksimal 30 hari kerja selama waktu itu kita harus benar-benar memperoleh dokumentasi yang tepat.

4.5 Kekurangan dan Kendala yang Dialami PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta

Dalam upaya melakukan pencegahan dan deteksi kecurangan, PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta masih menghadapi beberapa kekurangan dan kendala yang mayoritas bersifat resiko bawaan. Hal tersebut telah digambarkan pada peta analisis berikut ini:

Gambar 4.6 Peta Analisis Kekurangan dan Kendala



Sumber: Analisis Data Nvivo

4.5.1 Kekurangan

1. Pengisian Data secara Individu

Ada beberapa agen yang mengisi data surat permintaan tidak dihadapan calon pemegang polis atau bertanggung. Calon pemegang polis atau tetanggung hanya memberikan fotokopi ktp, fotokopi buku rekening, dan fotokopi kartu keluarga kepada agen serta menandatangani surat permintaan kosong yang nantinya diisikan oleh agen sendiri. Hal ini sangat riskan terhadap pemalsuan informasi. Tidak hanya dari pihak pemegang polis saja namun dari pihak agen

dapat dicurigai memiliki andil kesengajaan. Asuransi memang didasari oleh rasa kepercayaan walaupun begitu kewaspadaan serta birokrasi yang sudah ditetapkan sepatutnya diterapkan dengan baik.

2. Ditemukan Kesalahan Pengisian Data

Kekurangan ini biasanya timbul karena pengisian data yang dilakukan oleh agen sendiri. Sebab ada beberapa hal yang mungkin saja calon pemegang polis atau tertanggung tidak menyampaikannya pada agen atau menyampaikannya tidak rinci sehingga timbul perbedaan yang tercantum pada surat permintaan dengan fakta yang dimiliki dan diinformasikan oleh pemegang polis atau tertanggung.

3. Data Riwayat Kesehatan Bukan dari Pihak Independen

Pengisian riwayat kesehatan yang ada pada surat permintaan memang diisi oleh pemegang polis itu sendiri atau oleh agen dengan hasil penjelasan yang diberikan pemegang polis atau tertanggung. Seharusnya data riwayat ini diberi sebuah lampiran surat kesehatan dari dokter namun, kewajiban melampirkan surat kesehatan tersebut hanya diberikan pada calon pemegang polis yang usianya 55 tahun ke atas, sedangkan yang dibawahnya tidak wajib melampirkan.

4. Tidak Ada Mekanisme Verifikasi Data Riwayat Kesehatan

Kekurangan ini biasanya terdapat pada pendaftar yang tidak melampirkan surat kesehatan dari dokter. Sebab tidak ada dokumen pembanding yang dapat digunakan untuk membuktikan kebenaran data kesehatan yang tercantum pada surat permintaan tersebut. sehingga agen maupun pihak CS hanya memeriksa kelengkapan pengisian dan kelengkapan dokumen persyaratan saja sebelum

dikumpulkan ke kantor wilayah atau pusat.

5. Tidak Ada Unit Whistleblower

Menurut SEOJK Nomor 46 tahun 2017, Unit Whistleblower diwajibkan dimiliki oleh setiap perusahaan asuransi hal ini untuk mengurangi adanya resiko kecurangan yang ada di internal perusahaan. Walaupun Whistleblower hanya bertanggung jawab pada internal perusahaan. Namun, sering ditemukan pada setiap perusahaan asuransi bahwa antara pekerja di perusahaan dan pemegang polis memiliki *interest* atau kepentingan tersendiri yang dapat menimbulkan resiko kecurangan yang bersifat kerja sama atau kolusi.

4.5.2 Kendala

1. Kurangnya SDM yang Berkompetensi Terkait *Fraud* dan Whistleblower

Diakui oleh Sukir, S.Sos selaku RASM PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta bahwa tidak adanya unit whistleblower di kantor wilayah disebabkan oleh kurangnya sumber daya yang berkompeten. Mempertimbangkan kualifikasi SDM yang integritas, professional dan memiliki pengetahuan terkait *fraud* dan *whistleblower* menurutnya adalah suatu hal yang cukup sulit jika dilakukan dalam waktu dekat ini. Selama unit *whistleblower* belum terbentuk, maka tugas mereka di ambil alih oleh pemegang polis atau tertanggung dan para pekerja serta mitra kerja perusahaan yang dapat melakukan pengaduan atau pelaporan ke layanan pengaduan yang telah disediakan.

2. Mayoritas Nasabah Memiliki Relasi Dekat dengan Tenaga Pemasar

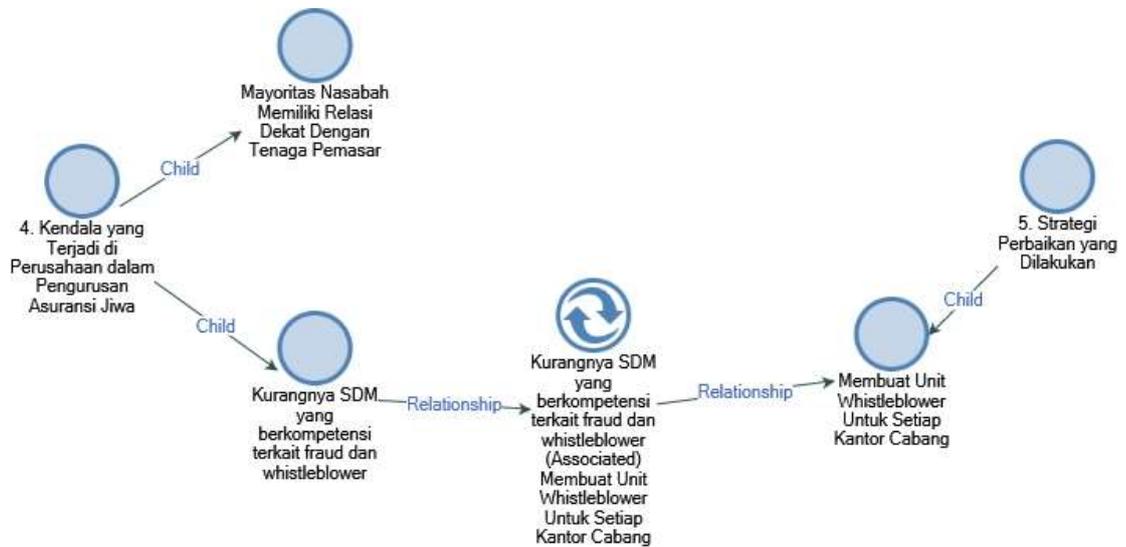
Kendala ini merupakan kendala yang tidak bisa dihindari untuk

perusahaan asuransi. Sebab, sudah merupakan hal yang wajar jika tenaga pemasar menawarkan keluarganya atau kerabat lainnya untuk mendaftarkan diri ke asuransi yang ia tawarkan. Hal yang seperti ini tentu saja diluar pengawasan perusahaan karena selain merupakan salah satu pemasukan perusahaan. Tidak ada aturan yang menyatakan larangan terkait hal tersebut. Oleh karenanya, PT Bhinneka Life Indonesia hanya bisa mengawasi melalui agen yang bertanggung jawab, dokumen persyaratan keikutsertaan asuransi, *track* pembayaran premi, dan dokumen persyaratan pengajuan klaim.

4.6 Strategi Perbaikan yang dapat Dilakukan PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta

Kendala yang dialami oleh PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I. Yogyakarta dalam menerapkan mekanisme pencegahan dan deteksi *fraud* tentunya membutuhkan solusi perbaikan. Meskipun belum semua kendala dapat ditemukan solusinya, adapun perbaikan yang dapat dilakukan PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta yang sangat penting dan dapat dilakukan dalam jangka waktu dekat tergambar pada peta analisis sebagai berikut:

Gambar 4.7 Peta Analisis Strategi Perbaikan atas Kendala yang Dialami



Sumber: Analisis Data Nvivo

Membuat Unit Whistleblower untuk Setiap Kantor Cabang

Mengingat pernah terjadi penggelapan dana premi dan klaim saat PT Bhinneka Life Indonesia masih jadi satu bersama AJB Bumiputera. Ada baiknya jika PT Bhinneka Life Indonesia membuat unit *whistleblower* dalam waktu dekat untuk setiap kantor cabang dan kantor wilayah itu sendiri. Dengan adanya unit tersebut akan ada pemisahan jobdesk antara *whistleblower* dengan unit pengaduan dan keluhan. Sehingga kinerja kedua unit tidak saling tumpang tindih.

4.7 Kesimpulan Bab

Berdasarkan dari semua rumusan masalah yang telah dianalisa dan observasi proses bisnis yang dilakukan selama penelitian berlangsung. Proses bisnis yang dilakukan oleh PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta masih dikategorikan perusahaan sehat, hal ini juga didukung oleh hasil audit Otoritas Jasa

Keuangan pada tahun 2017 dan 2018 yang menunjukkan skala kesehatan korporasi pada PT Bhinneka Life Indonesia menunjukkan kategori sehat. Meski begitu adanya kendala yang tidak bersifat material untuk perusahaan namun sewaktu-waktu berdampak besar untuk perusahaan semestinya membutuhkan perhatian dan tindakan pencegahan baru. Resiko bawaan yang ada di perusahaan asuransi adalah tentang relasi antara pekerja dengan pemegang polis yang tidak dapat dihindari oleh perusahaan untuk itu adanya pencegahan meminimalisir adanya potensi kecurangan perlu di pertimbangkan.

Ketidakberadaan *whistleblower* membuat oknum tertentu di internal perusahaan yang kemungkinan bekerjasama dengan pemegang polis atau tertanggung memiliki kesempatan untuk melakukan tindakan yang tidak seharusnya agar pengurusan asuransi nasabahnya berjalan dengan lancar. Sebab, unit pengaduan tidak akan bertindak jika tidak ada laporan dari pihak internal maupun pihak eksternal. Apabila hal ini dihiraukan begitu saja maka ada kemungkinan kasus penggelapan dana premi dan klaim yang terjadi sebelumnya saat PT Bhinneka Life Indonesia masih menjadi anak perusahaan AJB Bumiputera 1912 berpotensi terulang kembali.

BAB V

PENUTUP

5.1 Pengenalan Bab

Bab ini penjelasan dari akhir penelitian, menjelaskan kesimpulan dari data yang diperoleh penulis selama melakukan penelitian, merekomendasikan saran bagi pihak yang membutuhkan dan penelitian berikutnya, serta penjelasan mengenai keterbatasan yang terdapat dalam penelitian.

5.2 Kesimpulan

Kesimpulan yang diperoleh dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis mekanisme pencegahan dan deteksi *fraud* pemegang polis asuransi jiwa PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta. Dengan metode penelitian kualitatif maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. PT Bhinneka Life Indonesia merupakan perusahaan asuransi yang sebelumnya merupakan anak perusahaan AJB Bumiputera dan kemudian memisahkan diri dengan pemegang saham utama PT Sinarmas. Merupakan perusahaan asuransi yang dikategorikan perusahaan yang sehat dan memiliki alur proses bisnis yang sesuai dengan peraturan Otoritas Jasa Keuangan. KPA Wilayah Yogyakarta merupakan salah satu KPA wilayah yang memiliki kinerja terbaik dan tata kelola yang baik dalam mengatur manajemennya serta manajemen kantor cabang yang ada dibawahnya. Mengutamakan efektifitas dan efisiensi membuat PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta mampu melayani para nasabah dengan baik dan terstruktur.

2. Meskipun sudah dikategorikan baik, PT Bhinneka Life Indonesia menghadapi kendala dalam pembentukan unit *whistleblower* yang pada aturan OJK dihimbau memiliki unit tersebut. Sehingga, PT Bhinneka Life Indonesia khususnya wilayah D.I. Yogyakarta sampai saat ini menggunakan unit pengaduan untuk melakukan sebagian jobdesk *whistleblower*. Selain itu, relasi yang cukup dekat antara pekerja, mitra kerja dengan nasabah tidak bisa dihindari oleh perusahaan. Sebab, merupakan hal yang wajar jika tenaga pemasar menawarkan produk asuransinya kepada saudara atau kerabatnya sendiri. Oleh karena itu, pencegahan adanya potensi kecurangan antara kedua pihak perlu dipertimbangkan.
3. Untuk mengatasi kendala yang dialami. PT Bhinneka Life Indonesia Wilayah D.I Yogyakarta dapat membentuk unit *whistleblower* yang bertugas melaporkan adanya potensi kecurangan yang dilakukan pekerja yang kemungkinan memiliki hubungan dengan pemegang polis sehingga dapat ditindak lebih cepat. Selain itu, hal ini juga akan memisahkan jodesk antara unit tersebut dengan unit pengaduan sehingga kinerja masing masing akan lebih efektif dan efisien atau dapat saling mendukung.

5.3 Keterbatasan Masalah

Penelitian yang dilakukan ini tidak lepas dari berbagai kelemahan, kekurangan dan keterbatasan, berikut keterbatasan penulis dalam melakukan penelitian:

1. Karena adanya Standar Operasional yang mengharuskan PT Bhinneka Life Indonesia merahasiakan sebagian informasi. Maka, perolehan data untuk penelitian ini tidak dapat terpenuhi secara menyeluruh.

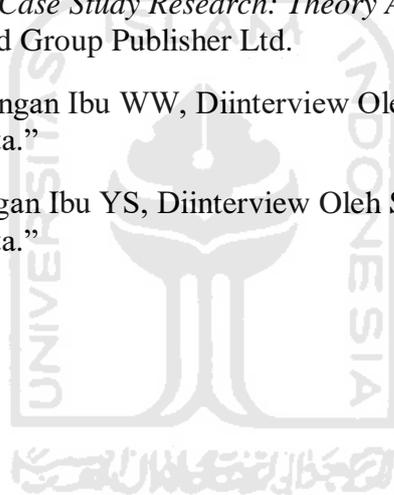


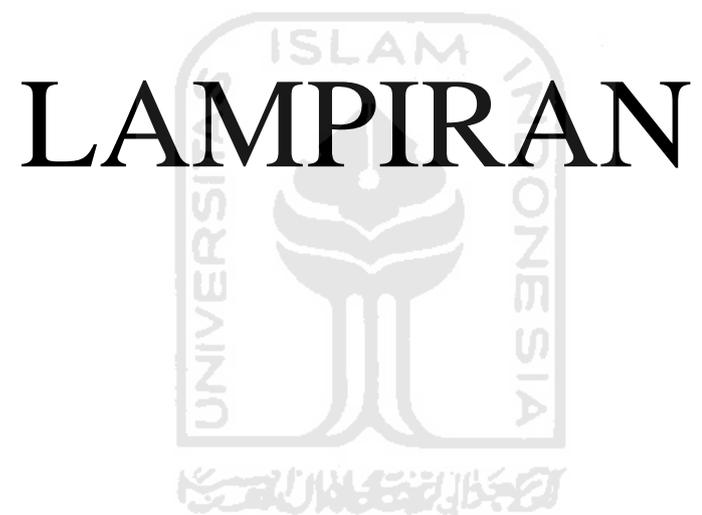
DAFTAR PUSTAKA

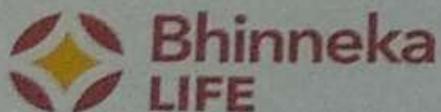
- AA. 2018. "Interview Dengan Bapak AA, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."
- AAJI. 2012. "Standar Praktik Dan Kode Etik Perusahaan Asuransi Jiwa." Jakarta: AAJI.
- Abdullahi, Mansor. 2015. "Fraud Triangle Theory and Fraud Diamond Theory. Understanding the Convergent and Divergent For Future Research." *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences* 5 (4): 30–37. <https://doi.org/10.6007/ijarafms/v5-i4/1823>.
- AS. 2018. "Interview Dengan Bapak AS, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."
- Astarani, Juanda., dan Angelita Adelsi. 2014. "Analisis Pengaruh Peranan Badan Pengawas, Aktivitas Pengendalian, Dan Sistem Kompensasi Terhadap Kecenderungan Kecurangan Akuntansi (Studi Pada Koperasi Di Kota Pontianak)." *Jurnal Audit Dan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Tanjungpura* 3 No. 2 (2): 43–64.
- Bazeley, Pat., dan Kristi Jackson. 2013. *Qualitative Data Analysis with NVivo - Google Books*. SAGE Publications. London.
- Betts, Michael J., Court, Dodge, Fyfe, dan Gower. 2017. *Investigation of Fraud and Economic Crime*. New York: Oxford University Press.
- CH. 2018. "Interview Dengan Ibu CH, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."
- Emila Sula, Etik., Alim, dan Prasetyono. 2014. "Pengawasan, Strategi Anti Fraud, Dan Audit Kepatuhan Syariah Sebagai Upaya Fraud Preventive Pada Lembaga Keuangan Syariah." *Journal of Auditing, Finance and Forensic Accounting* 2 (2): 91–100. <https://doi.org/10.21107/jaffa.v2i2.764>.
- Golden, Thomas W., Skalak, dan Clayton. 2011. *A Guide to Forensic Accounting Investigation 2nd Edition*. 2nd Editio. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Karurukan, Grety. 2014. "Whistleblowing System Sebagai Salah Satu Bentuk Strategi Anti Fraud Dalam Kegiatan Usaha Perbankan." Universitas Gajah Mada.
- Kranacher, Mary Jo., Riley, dan T. Wells. 2011. *Forensic Accounting and Fraud Examination*. Danvers: John Wiley.
- Moleong, Lexy J. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Nurhayati, Ida. 2014. "Prinsip Know Your Employee Sebagai Upaya Pencegahan Fraud Pada Perbankan Indonesia" 11 (2): 167–72.
- Pascalina Ayu K., Lidia. 2017. "Pengaruh Pengendalian Internal Dan Manajemen Resiko Pada Good Corporate Governance Serta Implikasinya Dalam Pencegahan Fraud _____." *Universitas Sanata Dharma*. Sanata Dharma.
- "Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No.69 Tentang Penyelenggara Usaha PA PAS PR PRS." 2015. 2015.
[https://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/peraturan-ojk/Documents/Pages/POJK-tentang-Penyelenggaraan-Usaha-Perusahaan-Asuransi,-Perusahaan-Asuransi-Syariah,-Perusahaan-Reasuransi.-/SAL - POJK Penyelenggaraan Usaha PA PAS PR PRS .pdf](https://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/peraturan-ojk/Documents/Pages/POJK-tentang-Penyelenggaraan-Usaha-Perusahaan-Asuransi,-Perusahaan-Asuransi-Syariah,-Perusahaan-Reasuransi.-/SAL-POJK-Penyelenggaraan-Usaha-PA-PAS-PR-PRS.pdf).
- R. Hancock, Dawson., Algozine. 2017. *Doing Case Study Research: A Practical Guide for Beginning Researchers 3rd Edition*. Teacher College Press. 3rd ed. New York.
- Rosyida, Isnaini Anniswati. 2018. "Implementasi Pengendalian Internal Pada" 3 (1): 47–63.
- Sadikin, Hasan., dan Wiku Adisismito. 2016. "Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo." *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 1 (2): 28–34.
<https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1871>.
- Saldana. 2016. *An Introduction to Codes and Coding*. 3rd ed. London: Sage.
- Silverman, David. 2013. *Doing Qualitative Research*. Fourth Edi. London: SAGE Publication Ltd.
- Silverstone, Howard., Sheetz, Pedneault, dan Rudewicz. 2012. *Forensic Accounting and Fraud Investigation for Non-Experts 3rd Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- SK. 2018. "Interview Dengan Bapak SK, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."
- SM. 2018. "Interview Dengan Ibu SM, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."
- "Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 46 Tentang Anti-Fraud Asuransi." 2017. 2017. <https://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/surat-edaran-ojk/Pages/SEOJK-Nomor-46-SEOJK.05-2017-.aspx>.
- SZ. 2018. "Interview Dengan Ibu SZ, Diinterview Oleh Siti Azizah, 12 November, Yogyakarta."

- Tracy S. 2013. *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact*. *Revija Za Sociologiju*.
- Undang-Undang Republik Indonesia. 2014. "Undang-Undang NO. 40 Tentang Peruasuransian." 2014.
<https://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/undang-undang/Pages/Undang-Undang-Nomor-40-Tahun-2014-Tentang-Perasuransian.aspx>.
- Widarti. 2015. "Pengaruh Fraud Triangle Terhadap Deteksi Kecurangan Laporan Keuangan Pada Perusahaan Manufaktur Yang Terdaftar Di Bursa Efekindonesia (Bei)." *Jurnal Manajemen Dan Bisnis Sriwijaya* 13 (99): 2.
- Willauer, Bianca. 2011. *Conceptual Foundations. Consensus as Key Success Factor in Strategy-Making*. https://doi.org/10.1007/978-3-322-81888-1_2.
- Woodside, Arch G. 2010. *Case Study Research: Theory Á Methods Á Practice*. Wagon Lane: Emerald Group Publisher Ltd.
- WW. 2018. "Interview Dengan Ibu WW, Diinterview Oleh Siti Azizah,12 November, Yogyakarta."
- YS. 2018. "Interview Dengan Ibu YS, Diinterview Oleh Siti Azizah,12 November, Yogyakarta."







PT Bhinneka Life Indonesia
Sinarmas MSIG Tower Lt. 35
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21
Setiabudi, Jakarta Selatan 12930

T : +6221 5080 7777
F : +6221 5080 7766
E : care@bhinnecalife.com
Customer Care : +6221 2205 7777
www.bhinnecalife.com

No. : 430/BLI/Srt-Ket/X/2018

Yogyakarta, 23 Oktober 2018

Surat Keterangan Kesiediaan Pemberian Data

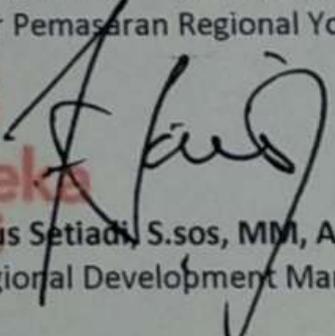
Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Ekonomi, universitas Islam Indonesia No. 313/DEK/10/Div. SDM/X/2018 Tanggal 18 Oktober 2018 perihal permohonan ijin penelitian dengan ini kami sampaikan sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami memberikan ijin terhadap mahasiswi berikut untuk melakukan pengambilan data di perusahaan kami PT Bhinneka Life Indonesia, Kantor Pemasaran Regional Yogyakarta yang beralamat di pasific Building Lt. 2 Suite 205, Jl. Laksda Adisucipto No. 157 Yogyakarta.
2. Data Mahasiswa yang melakukan penelitian :

Nama	: Siti Azizah Etty Pratiwi
No. Mahasiswa	: 14312522
Jurusan	: Akuntansi
Alamat	: Perum Jongkang Baru No. 155 RT 09/37 Sariharjo, Ngaglik, Sleman

Demikian kami sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

PT. Bhinneka Life Yogyakarta
Kantor Pemasaran Regional Yogyakarta


Agus Setiadi, S.sos, MM, AAI-J
Regional Development Manager

Tembusan :

1. File

Lampiran 6

Wawancara 1

Hari dan Tanggal : Selasa, 23 Oktober 2018

Narasumber : Bapak AS, S.Sos, MM

Jabatan : Regional Development Manager

P: Bagaimana sistem rekrutmen tersebut di perusahaan anda?

R: Untuk rekrutment, kita menerima segala usia yang penting sudah cukup untuk bekerja., agen sendiri kan bertugas diluar perusahaan jadi semacam mitra kerja. Mitra kerja itu ada system perekrutannya sendiri pertama dari FC atau Financial Consultant. Untuk jadi FC itu harus punya lisensi dari AAJI. Lisensi ini berlaku untuk satu perusahaan saja. Dengan artian seorang agen dilarang memiliki 2 lisensi, atau double-job. Kalau lulus ujian lisensi. Nanti nama calon agen akan tercantum dalam system tenaga kerja asuransi dengan atas nama salah satu perusahaan asuransi yang tercatat AAJI. Setelah mendapat lisensi, agen bisa memasarkan produk-produk asuransi.

Sesuai dengan POJK, tenaga pemasar wajib memiliki lisensi. Karena hal itu untuk mempertanggungjawabkan kepada masyarakat yang menyetorkan uang pada perusahaan.

Dengan adanya lisensi tersebut, masyarakat atau nasabah akan tau jika tenaga pemasar ini memiliki pengetahuan terkait asuransi yang dia pasarkan dan tidak akan salah dalam menjelaskan produknya.

P: Bagaimana system yang diterapkan perusahaan agar perusahaan tetap memiliki kredibilitas tinggi?

R: Untuk kredibilitas perusahaan, saat ini ada sudah keluar POJK yang mengharuskan segala pembayaran asuransi dilakukan melalui transaksi non tunai. Hal ini juga untuk menghindari adanya fraud pemakaian uang. Untuk membuktikan apakah petugas pemasar tersebut itu kredible, bisa kita lihat dari lisensi dan dari perusahaan sendiri ada SPIKnya. Jadi gak begitu saja lepas. Mereka terikat dengan perjanjian tersebut terhadap perusahaan.

P: Untuk yang rekuirtment, bagaimana kalau ada calon agen yang mendaftar ternyata, orang tersebut sebelumnya melakukan tindakan kecurangan di perusahaan asuransi tempat ia bekerja sebelumnya?

R: Selama dari pihak perusahaan lama tidak melapor pada AAJI terkait agen yang melakukan kecurangan dan tidak masuk dalam daftar hitam (blacklist agent) maka agen tersebut masih bebas untuk bergabung dengan perusahaan asuransi lain.

Sejauh ini, dari pihak kami belum ada masalah seperti itu. Namun, kami memiliki kebijakan untuk melakukan pemantauan pada para FC kami. Serta membentengi tindakan tegas apabila terbukti bahwa FC tersebut melakukan tindakan kecurangan.

P: Bagaimana kalau ternyata calon tenaga pemasar yang bermaksud untuk bergabung di perusahaan ini ternyata masih menjadi tenaga pemasar di perusahaan lainnya?

R: Para pekerja baik direktur hingga agen diperusahaan asuransi ini tidak bisa melakukan tugas ganda di perusahaan asuransi lain. Sesuai dengan Kode Etik dari AAJI. Sejauh ini kita belum menemukan kasus seperti itu karena untuk masuk ke perusahaan asuransi lain. Pekerja tersebut harus menandatangani surat pengunduran diri serta mengembalikan kartu lisensinya (bagi agen pemasar) kepada perusahaan yang nantinya akan dilaporkan kepada AAJI jika orang tersebut telah resmi mengundurkan diri dari perusahaan asuransinya. Kemudian, orang tersebut baru akan bisa masuk ke perusahaan asuransi lain. Karena seperti yang dibahas sebelumnya. Satu orang tidak boleh memiliki 2 lisensi. Kalo dia punya lisensi di perusahaan lain dan mendaftar ke perusahaan ini, dia akan ketahuan dan segera tidak diluluskan alias diskualifikasi dalam tes lisensi di perusahaan ini.

Lampiran 7

Wawancara 2

Hari dan Tanggal : Selasa, 23 Oktober 2018

Narasumber : Bapak SK, S.Pd, MM

Jabatan : Regional Administration Supporting Manager

P: Bagaimana sistem keuangan diperusahaan ini?

R: Untuk yang sifatnya supporting sekarang itu sifatnya sentralistik. Terlebih seperti petty cash, itu kan tidak besar seperti untuk membeli ATK, konsumsi harian karyawan. Itu nanti ada perhitungan agar biayanya dipakai secara efisien. Kemudian ada biaya supporting untuk acara acara internal seperti meeting biasanya untuk konsumsi dan beberapa perlengkapan. Jadi, hanya ada pelaporan pertanggung jawaban pemakaian dana pada pusat.

Untuk dana yang berasal dari aktivitas operasional, seperti yang di jelaskan tadi, kita menggunakan sistem pembayaran non-tunai seperti transfer, bayar via bank, atau auto-debet. Sehingga uang nasabah tidak akan digunakan oleh FC yang menagih.

P: Bagaimana kalau ada nasabah yang ingin membayar dengan cara di tagih?

R: Kita memiliki Customer Service yang kita beri jobdesk untuk mengetahui siapa saja nasabah yang dimiliki. Dan setiap waktu pembayaran CS akan menghubungi Nasabah. Apabila ada premi yang tertunda akan di hubungi oleh CS jadi kita bisa tau apakah nasabah itu benar-benar untuk bayar atau tidak. Dan dimana posisi uangnya sekarang. Kita juga membuka layanan pengaduan jika nasabah mengetahui jika uang miliknya digunakan oleh petugas penagih untuk kepentingan pribadi atau hal lainnya.

P: Kalau ternyata ada FC yang menggunakan uang nasabah apakah ada sanksi atau tindakan tegas dari perusahaan?

R: Sanksi untuk FC yang menggunakan uang nasabah kita menerapkan sesuai dengan UU no 2 tahun 1992 tentang perasuransian. Tapi sebelum sampai ke pidana, kita pakai tindakan persuasif terlebih dahulu. Kita akan melakukan tindakan sesuai birokrasi yang ada.

P: Apakah ada kendala dalam penerapan sistem di sini?

R: Kendala dalam penerapan system sejauh ini belum ada. Karena kita berusaha mengharuskan para nasabah untuk membayar via auto-debet atau non tunai sehingga langsung masuk ke dalam kas perusahaan. Kita berusaha tidak

membiarkan ada kesempatan bagi oknum oknum tertentu untuk bertindak kecurangan.

P: Apakah di sini ada pembayaran secara tunai langsung?

R: Tidak ada. semua pembayaran dilakukan melalui bank BNI atau BRI. dengan VA khusus yang tiap polis berbeda, pemegang polis bisa membayarnya dengan via transfer, auto debet atau setor tunai ke bank.

P: lalu bagaimana dengan pencairan dana? apa diserahkan secara langsung tunai atau melalui rekening?

R: untuk menghindari adanya tindakan kecurangan yang tidak diinginkan, semua pencairan dalam jenis apapun dilakukan by transfer. jadi langsung ke rekening masing masing pemegang polis yang telah dilampirkan pada saat pencairan klaim.

P: apakah di perusahaan bapak ada unit whistleblower?

R: sampai sekarang belum ada

P: Menurut peraturan OJK mengenai anti-fraud perusahaan asuransi, perusahaan wajib memiliki unit whistleblower. Apakah ada tindak lanjut dari perusahaan bapak?

R: ada tindak lanjutnya, sebenarnya kami memiliki rencana untuk membuat unit whistleblower tetapi faktor SDM membuat rencana tersebut belum bisa terealisasi segera.

P: Apa karena kurang SDM atau kompetensi SDM nya, pak?

R: keduanya, kualifikasi whistleblower itu kan juga ada kriteria tertentu. yang lebih penting adalah profesional, jujur, dan transparan. itu cukup sulit

P: Saya boleh kasih saran pak? Kalau bisa, unit whistleblower segera di bentuk unit tersebut juga bisa membantu jobdesk dari unit pengaduan, biasanya unit pengaduankan hanya mendapat keluhan dari pemegang polis. terlebih nasabah dan agen kan mayoritas punya relasi yang cukup dekat bahkan ada yang hubungan saudara. Untuk menghindari adanya hal-hal yang tidak diinginkan terkait pencairan klaim.

R: baik. Saya akan mengusahakan untuk membentuknya. memang unit whistleblower itu cukup penting untuk perusahaan kami terlebih dalam pengurusan klaim nanti. Saya akan mencoba untuk mengkomunikasikannya dengan pimpinan wilayah terlebih dahulu.

Lampiran 8

Wawancara 3

Hari dan Tanggal : Selasa, 23 Oktober 2018

Narasumber : Ibu YS, SE

Jabatan : Trainer

P: Bagaimana sistem yang diterapkan perusahaan agar perusahaan tetap memiliki tenaga pemasar yang berkredibilitas tinggi?

R: Yang pertama, agen tersebut memiliki lisensi, kemudian menandatangani SPIK yang sudah dibuat oleh perusahaan dan harus memegang komitmen yang tercatat dalam SPIK.

Apabila ternyata FC tidak mampu memenuhi komitmen, kita melihat dari keaktifan FC terlebih dahulu. Semisal dia tidak mendapat nasabah baru, kita lihat alasannya kenapa. Kalau semisal karena dia masih belum mampu menjelaskan dengan baik, berarti yang dibutuhkan adalah coaching untuk menjelaskan bagaimana menjadi tenaga pemasar dengan baik dan mengingatkan kembali tujuan tenaga pemasar masuk ke perusahaan ini. Ini juga merupakan tindakan meningkatkan kompetensi pekerja.

P: Untuk yang rekuirtment, bagaimana kalau ada calon agen yang mendaftar ternyata, orang tersebut sebelumnya melakukan tindakan kecurangan di perusahaan asuransi tempat ia bekerja sebelumnya?

R: Kami akan segera mendiskualifikasikan segera, karena AAJI sudah mengeluarkan statement bahwa orang tersebut masuk kedalam daftar hitam. Jadi, perusahaan tidak boleh memberi kesempatan.

P: Apakah ada evaluasi dan pelatihan secara berkelanjutan atau berkala untuk tenaga pemasar?

R: Ada, evaluasi dilakukan setiap sebulan sekali untuk penagihan dan produksi. Kami juga mengajarkan bagaimana cara menawarkan produk asuransi yang dimiliki dengan baik dan benar. Lalu pelatihan kami juga melakukannya setiap keluar surat keputusan baru seperti cara pembayaran, prosedur pengisian SP baru dan lainnya.

P: Apakah perusahaan selalu membuka lapangan kerja untuk tenaga pemasar?

R: Iya, kami selalu membuka pendaftaran untuk tenaga pemasar. Siapa saja boleh mendaftar asalkan usianya tergolong usia produktif dan usia standar kerja.

P: Di sini ada rotasi karyawan tidak? Dan setiap berapa tahun sekali?

R: Ada karyawannya hanya dinas dalam saja, agen tidak termasuk. Rotasi dilakukan setiap 3 tahun sekali atau ada permintaan dari kantor lainnya.

P: kenapa agen tidak?

R: Agen itu sifatnya mitra jadi dia bebas bergerak di daerah mana saja tapi bukan berarti bebas lepas gitu aja, mereka juga punya batasan. Kepengurusan administrasi dia tetap melalui kantor tempat ia mendaftar kerja.

P: berarti penempatan tenaga pemasar tidak ditentukan oleh kantor wilayah sendiri?

R: tidak, penempatan berdasarkan kantor cabang mana tempat ia mendaftar.

Lampiran 9

Wawancara 4

Hari dan Tanggal : **Senin, 12 November 2018**

Narasumber : **Ibu SM, SE**

Jabatan : **Kepala Cabang / Area Director**

P: Apakah SOP tersebut telah di komunikasikan kepada setiap pegawai maupun mitra?

R: Sudah, namun kita memberi penjelasan yang sesuai dengan kebutuhan saja. Tidak secara menyeluruh karena tiap unit kan berbeda SOP nya.

P: Apakah di pengurusan administrasi selain wilayah dan pusat memiliki hak untuk mengurus bagian keuangan khususnya operasional (dana dari pemegang polis?)

R: Tidak, untuk kantor cabang, tidak memiliki otorisasi terkait pengurusan keuangan. Semua itu bersifat sentralisasi. Di kantor cabang hanya mengurus bagian pemasaran, produksi, dan recruitment. Perekrutan pun hanya mengajukan calon pendaftar yang nantinya akan ditangani oleh pihak wilayah.

P: Untuk agen atau tenaga pemasar apa masih boleh untuk menagih para pemegang polisnya?

R: Boleh jika dalam situasi terdesak, dalam artian nasabah atau pemegang polis tidak sempat atau berhalangan untuk membayar sendiri melalui bank. Maka, para agen yang bertanggung jawab atas pemegang polis tersebut boleh untuk menagih dan membantu membayar premi ke bank.

P: Kalau boleh menagih seperti itu, bagaimana cara anda mengawasi para agen?

R: Sebenarnya sebelum kita menggunakan opsi menagih, kita memberitahukan kepada pemegang polis untuk menggunakan opsi autodebet, opsi ini yang kita anjurkan terlebih dahulu. Supaya nanti tidak ribet untuk pemegang polis maupun agennya. Dan tidak akan ada pemakaian uang. Sistem penagihan di sini sendiri sudah terbilang baik. Kita punya bagian pengurusan SAS yang mengurus input data anggota asuransi baru, perekrutan, dan yang mengawasi apakah pemegang polis yang terdaftar di kantor cabang telah membayar atau belum.

Selain itu, kalau semisal terdapat premi tertunda, atau belum dibayar sampai lewat jatuh tempo, dari customer service dan SAS sendiri akan mengingatkan. Semisal pemegang polis membalas jika sudah membayar atau melaporkan ke kantor. Maka kita akan telusur, membayarnya lewat mana. Kalau lewat agen, siapa agennya. Diberi bukti pembayaran atau tidak. Jadi, dengan cepat akan ketahuan apakah agen tersebut belum menyetorkan uang premi nasabah atau sudah menyetornya.

P: Di sini ada evaluasi secara berkala?

R: Tentu saja ada, evaluasi tersebut untuk melihat kinerja para agennya terkait produksi, kalau dia memiliki kinerja baik dan punya anak buah sesuai dengan ketentuan dia bisa di promosikan untuk naik pangkat, selanjutnya kalau dia kinerjanya tidak baik dia bisa diturunkan atau istilahnya demosi. Misalnya, dia posisi awalnya sebagai FC (Financial Consultant) selama 3 bulan berturut-turut kinerjanya bagus, nasabah yang ia dapat pun menilai orang itu baik. Maka dia berhak untuk naik pangkat menjadi AM (Area Manager). Kalau selama 1 tahun kinerjanya tidak baik, dia tidak bisa mencapai target, maka ia akan di demosi kembali sebagai FC.

P: Kalau terjadi suatu masalah, semisal pembayaran premi ternyata VA tidak bisa digunakan, apakah pihak perusahaan ada cara untuk mengatasi hal tersebut?

R: Untuk Virtual Account, itu yang mengeluarkan pihak Bank yang bekerja sama dengan kami, setelah data pemegang polis baru telah terdaftar. Kalau semisal membayar melalui ATM dengan BRIVA (untuk BRI) ternyata tidak bisa, kita ada opsi menggunakan VA BNI bisa membayar dengan cara transfer kalau pakai atm selain BNI. Atau bisa membayar ke bank langsung.

Kalau masih tetap tidak bisa Virtual Accountnya, bisa dikomunikasikan kepada layanan pelanggan di perusahaan kami, atau melapor kepada kantor cabang tempat agen yang bertanggung jawab. Untuk memastikan apakah VAnyanya benar.



Lampiran 10

Wawancara 5

Hari dan Tanggal : **Senin, 12 November 2018**

Narasumber : **Ibu CR., SH**

Jabatan : **Customer Service**

P: Masalah recruitment, apakah ada prosedur yang harus dilakukan oleh calon agen?

R: Tentu saja ada, yang pertama dia harus mengisi formulir dan dilampirkan identitas diri kemudian, bagian administrasi kantor cabang/wilayah tempat ia mendaftar akan mengumpulkannya. Nanti, formulir tersebut akan diajukan ke bagian SDM-keagenan ke pusat. Setelah itu akan ada ujian lisensi.

P: Bagaimana kalau calon agen tersebut merupakan agen aktif di perusahaan asuransi lain?

R: Kalau agen merupakan agen aktif di perusahaan asuransi dengan jenis yang sama dengan di sini tentunya wajib mengurus pengunduran diri dari perusahaan sebelumnya. Kalau tidak, maka akan kebaca oleh database AAJI, 1 agen tidak boleh punya 2 lisensi perusahaan asuransi sejenis.

P: Bagaimana dengan calon agen yang ternyata sebelumnya memiliki masalah terkait fraud pada perusahaan asuransi tempat ia bekerja sebelumnya?

R: Kalau yang seperti ini, saat tidak dilaporkan ke AAJI dan terdaftar dalam daftar hitam keagenan, agen tersebut akan bisa ke terima. Dari perusahaan ini pun menelusuri tidak sedalam itu. Yang kita harapkan semisal memang ia pernah melakukan fraud dan terjadi lagi, cepat atau lambat akan ketahuan. Terlebih jika fraudnya merupakan penggunaan uang. Di sini pembayaran harus dilakukan melalui bank. Tidak ada kasir di kantor kami. Kami hanya menyediakan layanan yang bersifat administratif.

P: Untuk sisi pemegang polis, bagaimana cara pendaftarannya dan apakah syarat dan ketentuan sudah dijelaskan kepada pemegang polis?

R: Pendaftaran asuransi dilakukan menggunakan SP (Surat Permintaan) yang nantinya akan diisi oleh calon nasabah dibantu agen. Untuk usia dibawah 55 Tahun tidak masuk kategori Medical sedangkan yang di atas 55 Tahun masuk kategori Medical sehingga perlu dilampirkan surat pemeriksaan kesehatan dari dokter

P: Bagaimana kalau tertanggung meninggal secara mendadak padahal baru bergabung kurang dari sebulan?

R: Selama polis sudah ada dan sudah membayar premi perdana. Tetap dapat dilakukan pengajuan klaim. Yang penting ada di surat keterangan kematiannya.

Jika disebabkan karena bunuh diri klaim hanya cair sejumlah nilai tunai yang dibayar peserta saja.

P: Biasanya kan ada yang melakukan pemudaan umur, apalagi untuk orang tua. Apakah itu akan berpengaruh dengan pengajuan klaim nanti?

R: sangat berpengaruh. Saat pendaftaran ia menulis usianya adalah 55 Tahun, sedangkan menurut KTP dari tanggal pengajuan daftar asuransi dan tanggal lahirnya berjarak kurang dari 6 bulan maka kami akan menghitung 56 tahun. Akibatnya terjadi ketidakcocokan data, yang seharusnya dia masuk polis jenis Medical menjadi Non-Medical. Saat klaim nanti akan terjadi kesulitan pencairan akibat data tidak valid. Bisa saja cair namun tidak sesuai dengan yang dijanjikan akibat pelanggaran ini.

P: Apakah sebelum melakukan entri pihak administrasi cabang selalu melakukan pengecekan kembali terhadap kelengkapan dan pengisian data di surat permintaan?

R: Itu wajib, kita harus melakukan pengecekan kembali dan memastikan semua telah terisi kalau tidak pengajuan asuransi tidak akan di terima. Jadi jika ada kekurangan, kita langsung menghubungi tenaga pemasar yang bertanggung jawab untuk segera melengkapi. Terkadang ada yang saat proses pengisian data ternyata tidak teliti jadi ada yang belum di isi atau salah mengisi. Verifikasi berkas memang kita lakukan di setiap kantor cabang sebelum di bawa ke kantor wilayah.

P: Kalau semisal asuransi seseorang telah telat bayar sehingga harus membayar ganda. Kemudian, orang tersebut meninggal. Premi dibayarkan setelah ia meninggal sebelum ada pengajuan klaim meninggal. Apakah uang pertanggungan tetap bisa turun?

R: Tetap bisa. karena kan sebelum pengajuan berkas itu asuransi telah aktif kembali, jadi tertanggung bisa tercover kembali.

P: apa ada kendala yang dihadapi perusahaan yang berhubungan dengan pemegang polis?

R: kendala....untuk masalah pembayaran sih tidak ada. Mereka justru menerima dengan baik. tetapi ada beberapa yang diperhatikan juga seperti kurangnya sikap kejujuran nasabah dalam pengisian SP misalnya. Karena pengisian SP sifatnya individu dan bisa saja dia menulis usia salah entah di sengaja ataupun tidak. kemudian, di bagian wawancara data kesehatan. Kalau sifatnya non-medical kan tanpa surat medical check up jadi kita tidak tau calon nasabah benar benar sehat atau tidak.

P: lalu antisipasinya bagaimana untuk mencegah adanya kecurangan dari pihak pemegang polis?

R: ya, untuk mencegah ada kecurangan, kita menurunkan observer. Untuk memastikan benar tidak dia sehat. Biasanya agen mendatangi rumah calon nasabah juga sekaligus melakukan observasi kelayakan.



Lampiran 11

Wawancara 6

Hari dan Tanggal : **Senin, 12 November 2018**

Narasumber : **Ibu AA**

Jabatan : **Supervisor / Area Manager**

P: Berapa lama proses pencairan dana klaim dilakukan?

R: Proses pencairan dana klaim 14 hari kerja

P: Apakah itu untuk semua klaim atau hanya tertentu saja?

R: Berlaku untuk semua jenis klaim. habis kontrak, meninggal maupun penebusan

P: Apakah bisa proses pencairan dana tersebut menjadi lebih lama dari normalnya?

R: Bisa karena beberapa hal. Yang pertama, karena berkas klaim yang masih kurang jadi tidak bisa di entri. Kemudian yang kedua karena gagal kliring disebabkan nomor rekening yang salah. Tapi sejauh ini untuk yang kedua belum pernah terjadi. Kan kita langsung foto nomor rekening dari buku tabungannya jadi gak akan gagal kliring

P: Sebelumnya saya pernah membaca dan mendengar kabar kalau uang pertanggungan bisa saja tidak terbayar secara utuh atau bahkan tidak terbayarkan sama sekali, itu kenapa ya?

R: itu karena beberapa faktor. Pertama kalau dari perusahaan biasanya perusahaan mengalami masalah finansial sehingga pembayaran uang pertanggungan tidak maksimal tetapi ini terjadi jika perusahaan dalam keadaan krisis atau hendak bangkrut. Kemudian dari pihak pesertanya atau tertanggung itu ada beberapa.

Pertama karena ternyata dia menggunakan medical seharusnya. Sudah melampirkan data medical check up tapi tidak membayar premi yang telah di ubah alias membayar premi yang jenis non-medical. Jadi uang pertanggungannya harus di potong. Kemudian karena proses pengajuan klaim yang tidak wajar.

P: yang tidak wajar seperti apa maksudnya?

R: misal klaim meninggal, ia meninggal secara mendadak dengan tidak wajar. Dan setelah di telusuri ada faktor kesengajaan dari tertanggung maupun pihak keluarganya.

P: Tapi beberapa kasus yang terjadi ada yang terlihat seperti bunuh diri padahal dia sendiri tidak sadar jika yang dia lakukan bisa merenggang nyawanya seperti tanpa sengaja meminum cairan pemutih seperti itu?

R: di perasuransian kami memiliki prinsip kejujuran dan kehati-hatian, kita tidak tau jika ia meninggal dunia secara di sengaja atau tidak. Kita hanya menurut pada hasil temuan medis dan juga penyelidikan kepolisian jika telah terselidiki pihak kepolisian. Takutnya gimana? Takutnya kita sudah mengira seperti yang anda katakan tadi ternyata hasilnya adalah itu merupakan tindakan yang di sengaja alias bunuh diri.



Lampiran 12

Wawancara 7

Hari dan Tanggal : **Senin, 12 November 2018**

Narasumber : **Ibu SZ**

Jabatan : **Supervisor / Area Manager**

P: Bagaimana proses awal seseorang menjadi pemegang polis perusahaan anda?

R: calon nasabah akan mengisi lebih dahulu yang namanya SP (Surat Permintaan) di sana semua data diri pemegang polis dan bertanggung harus di isi. apabila berbeda maka semua di isi. Apabila sama maka cukup mengisi biodata pemegang polis. Kemudian mengisi jenis asuransi yang diikutsertakan dan terdapat wawancara pemeriksaan kesehatan yang harus di isi.

P: apa semua itu pemegang polis sendiri yang mengisi?

R: tidak juga. Membantu pengisian SP merupakan salah satu tugas dari agen atau tenaga pemasar. Jadi pengisian SP dilakukan setelah pemegang polis setuju dan setelah melakukan wawancara serta observasi.

P: apakah pernah terjadi setelah melakukan pengisian SP dan SP telah dikumpulkan ternyata calon tertanggung yang tertera di SP memiliki usia di atas 55 tahun namun mendaftar tanpa surat keterangan kesehatan atau Medical Check Up?

R: pernah, akibatnya ada penundaan persetujuan asuransi. Si peserta harus menyusulkan lampiran Medical Check Upnya. Setelah itu dia akan diberi 2 opsi antara membayar premi asuransi lebih mahal atau uang pertanggungan yang diturunkan.

P: Bagaimana kalau hasil Medical Check Up menyatakan ia sakit?

R: tetap di terima, tetapi ya dengan pertimbangan tertentu, kalau kronis. kami tidak bisa menerima pengajuan. tetapi kalau tidak, mau hasilnya sakit atau tidak, karena dengan Medical Check Up itu akan menjadi jenis asuransi yang bersifat beresiko tinggi maka preminya akan besar.

P: Polis itu akan jadi berapa lama setelah pendaftaran?

R: seminggu jika tidak ada masalah polis sudah dapat di terima pemegang polis. saat penerimaan polis itu, asuransi telah aktif.

P: Apa selama seminggu menunggu itu terdapat observasi?

R: Ada, tergantung pada besarnya uang pertanggungan apabila uang pertanggungan sebesar 100 juta ke atas. Observasi lapangan dilakukan langsung oleh Kepala Cabang. Untuk di bawah 100 juta masih di pegang oleh Supervisor.

P: Berarti sebelum SP di serahkan kepada bagian administrasi ada observasi lebih dulu?

R: Observasi bisa dilakukan sebelum polis jadi atau setelah polis jadi. Kalau setelah polis jadi ternyata terdapat pembaruan data maka akan dilakukan revisi polis.

P: Untuk pembayaran premi sendiri apa masih bisa agen menagih?

R: sekarang sudah ada kebijakan harus auto-debet. untuk pemegang polis baru. nanti di SP akan ada lampiran surat pernyataan kesediaan auto-debet sama seperti BPJS Kesehatan modelnya nanti.

Lampiran 13

Wawancara 8

Hari dan Tanggal : **Senin, 12 November 2018**

Narasumber : **Ibu WW**

Jabatan : **Supervisor / Area Manager**

P: Kalau premi baru di bayar sekali lalu tiba-tiba tertanggung meninggal dunia mendadak. Apa uang pertanggungan tetap turun?

R: Tetap turun asalkan penyebab kematiannya bukan bunuh diri atau faktor disengaja lainnya.

P: Bagaimana bisa mengetahui hal itu?

R: Dari surat keterangan kematian yang dikeluarkan rumah sakit. Jika dia merupakan kecelakaan atau korban pembunuhan, proses pencairan akan berlangsung lebih lama karena harus menyertakan bukti keterangan kematian dari rumah sakit dan juga kepolisian jika kejadian di usut oleh kepolisian.

P: Bagaimana dengan kelengkapan data kesehatan saat pendaftaran? Jika calon peserta ternyata berasal dari luar kota?

R: kita minta calon peserta untuk mengurus kesehatan, kalau tidak... yaa kita bantu dengan mengambil sampel seperti air maninya untuk di uji laboratorium guna bebas narkoba dan lain-lain.

P: Ada tidak ketentuan ketentuan yang membuat uang pertanggungan tidak dibayar?

R: Ada. Meninggal karena bunuh diri, atau dibunuh dengan tujuan agar uang pertanggungan turun. Kemudian pembayaran premi yang terlambat. Itu nanti yang cair hanya sejumlah nilai tunainya saja.

P: Ada tidak sih ancaman keluarga peserta jika dana pertanggungannya tidak turun?

R: Kalau ancaman itu pasti ada. Tapi kita harus bisa menjelaskan kenapa uang pertanggungan tidak bisa turun.

P: SP itu kan di isi oleh pemegang polis atau agen kan? Ibu merasa curiga atau khawatir tidak semisal pemegang polis tidak mengisi data wawancara riwayat kesehatan dengan jujur?

R: Kalau itu jelas iya. Makanya di usahakan kita mengawasi si pemegang polis saat mengisi. atau kita yang membantu mengisinya. terlebih jika kita tau sejarah penyakit si pemegang polis lebih menguntungkan. Karena kalau kita sudah

masukkan SP ternyata dia punya riwayat penyakit kronis lalu terdiagnosa, semisal meninggal karena penyakit itu seminggu setelah polis jadi seperti itu. Nanti proses pencairan klaim jadi lama. malah akan terancam uang pertanggungan tidak turun.

P: Hubungan antar agen dengan pemegang polis. lebih banyak mengenal lebih dulu sebelum jadi pemegang polis atau setelah menjadi pemegang polis dibawah layanan agen?

R: Sebelum. Yang namanya asuransi kita menawarkan dari yang lebih dekat dengan kita dulu bukan. Setelah itu, kalau mereka punya kenalan yang bisa di tawarkan, mereka akan menyampaikan pada kita. ya anggapannya simbiosis mutualisme begitu. Pekerjaan sebagai tenaga pemasar asuransi memang mayoritas memiliki relasi dengan nasabahnya.

