

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Sejarah Singkat AJB Bumiputera 1912 Malang cabang Dieng

Bangsa yang baik adalah bangsa yang tidak melupakan sejarahnya, begitu juga dengan perusahaan Asuransi Jiwa Berama (AJB) Bumiputera 1912 merupakan perusahaan asuransi jiwa nasional milik bangsa Indonesia yang pertama kali dan tertua. Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera didirikan pada 12 Februari 1912 di Magelang Jawa Tengah dengan nama “*Onderlingen Levensverzekering Muatschappij Persatoean Goeroe-Goeroe Hindia Belanda*” atau disingkat O.L.Mij.PGHB.

R.M Ngabehi Dwidjosewojo, seorang guru dari Yogyakarta yang juga menjabat sebagai sekretaris pertama pengurus besar Boedi Oetomo, yaitu sebuah organisasi yang memelopori gerakan kebangkitan nasional adalah pelopor berdirinya O.L.Mij.PGHB yang kemudian menjadi Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 sebagaimana dikenal sampai saat ini. Pendiri lainnya adalah MKgH. Soebroto dan M. Adimidjojo yang masing-masing menjabat sebagai direktur dan bendahara. Menyusul kemudian R. Soepadmo dan M. Darmowidjojo, keduanya sebagai Guru Besar Sekolah Rakyat dan bergabung dengan pendiri lainnya yang juga menjadi pemegang polis yang pertama pada AJB Bumiputera 1912.

AJB Bumiputera 1912 memulai usahanya dengan modal awal dari kelima tokoh pendiri, tapi dengan syarat uang pertanggungan (UP) tidak akan dibayarkan kepada ahli waris pemegang polis yang meninggal sebelum berjalan tiga tahun penuh. Para pengurus saat itu juga tidak perlu mengharapkan honorium sehingga mereka bekerja dengan sukarela. Pada mulanya, perusahaan terbatas hanya melayani pada guru sekolah Hindia Belanda, kemudian perusahaan memperluas jaringan pelayanannya ke masyarakat umum.

Salah satu kekuatan Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 adalah pada kepemilikan dan bentuk perusahaan yang unik, dimana AJB Bumiputera adalah satu-satunya perusahaan di Indonesia yang berbentuk mutual atau usaha bersama artinya pemilik perusahaan adalah pemegang polis bukan pemegang saham, jadi perusahaan ini berbeda dengan koperasi maupun perseroan terbatas. Hal ini dikarenakan premi yang diberikan kepada perusahaan sekaligus dianggap sebagai modal. Badan perwakilan anggota yang merupakan perwakilan pemegang polis ikut serta menentukan garis-garis besar haluan perusahaan, memilih dan mengangkat direksi dan ikut serta mengawasi jalannya perusahaan. Hingga saat ini Jakarta merupakan pangkalan utama tempat kantor pusat perusahaan. Dari wisma Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 yang berlantai 22 di Jalan Jenderal Sudirman, pimpinan tertinggi perusahaan mengatur jalannya perusahaan di seluruh tanah air dan melakukan hubungan internasional dengan mitra usaha di mancanegara.

Dengan semakin cepatnya perkembangan perekonomian Indonesia yang diikuti iklim kompetisi yang semakin ketat dan juga untuk membantu pelayanan terhadap masyarakat Indonesia, asuransi Bumiputera 1912 mendirikan cabang-cabang diberbagai daerah di indonesia, salah satunya adalah Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Kantor Malang cabang Dieng yang berdiri pada bulan Juli tahun 2003, sampai saat ini telah memiliki 7 orang karyawan tetap, 5 orang supervisor, dan hampir 45 orang agen yang merupakan mitra kerja perusahaan.

2. Visi dan Misi AJB Bumiputera 1912 Malang cabang Dieng

AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng memiliki visi yaitu “Asuransi jiwa Bersama Bumiputera 1912 ingin menjadi asuransinya Bangsa Indonesia”.

Sedangkan Misi AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng adalah Menjadikan AJB Bumiputera 1912 senantiasa berada di benak dan hati masyarakat Indonesia dengan :

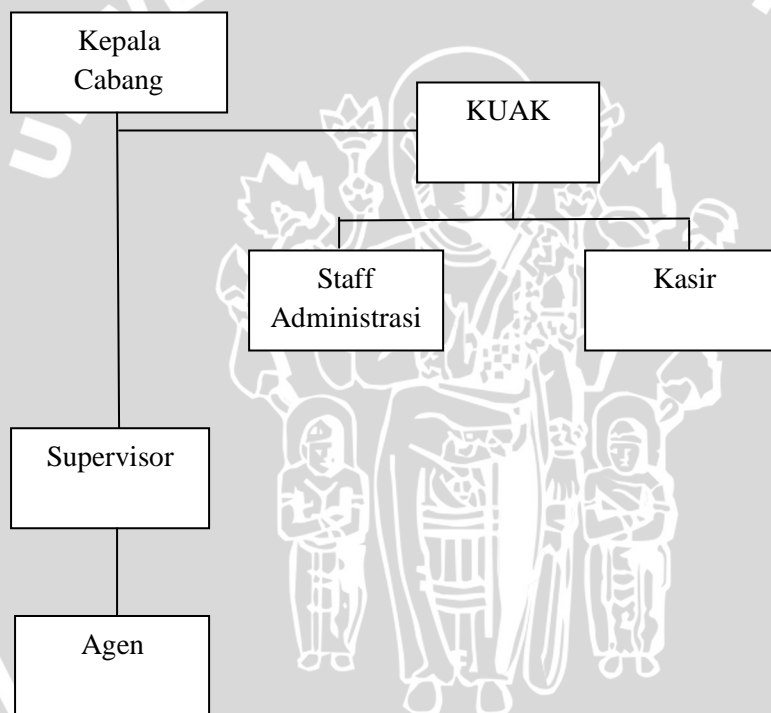
- a. Memelihara keberadaan Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 sebagai perusahaan perjuangan Bangsa Indonesia.
- b. Mengembangkan korporasi dan koperasi yang menerapkan prinsip gotong royong.
- c. Menciptakan berbagai produk dan layanan yang memberikan manfaat optimal bagi komunitas Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912.
- d. Mewujudkan perusahaan yang berhasil secara ekonomi dan sosial.

B. Penyajian Data

1. Struktur Organisasi AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Organisasi yang pada dasarnya untuk mengatur setiap anggotanya yang mempunyai tugas, wewenang dan tanggungjawab tertentu untuk tercapainya suatu tujuan organisasi secara keseluruhan.

Struktur organisasi yang terdapat pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng dapat disajikan dengan bagan sebagai berikut :



Gambar 1 : Struktur Organisasi AJB (Asuransi Jiwa Bersama) Bumiputera 1912 Malang cabang Dieng

Sumber : AJB Bumiputera 1912 Malang cabang Dieng Dengan Data Diolah, maret 2013

2. Uraian Tugas Dan Wewenang Tiap Bagian

a. Kepala Kantor Cabang

Kantor wilayah berfungsi sebagai pembina dan pengawas implementasi kegiatan operasional dan pusat pelayanan bagi kantor-kantor cabang di wilayahnya, dengan rincian tugas sebagai berikut :

- 1) Menyusun program kerja dan anggaran kantor cabang.
- 2) Memenuhi kebutuhan, pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia, agen dan supervisor.
- 3) Melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan sistem dan prosedur dan mekanisme kerja di kantor cabang.
- 4) Melaksanakan kegiatan Trilogi Operasional Asuransi Jiwa di kantor cabang.
- 5) Memberikan pelayanan prima kepada pemegang polis dan agen/supervisor.
- 6) Melaksanakan kegiatan kehumasan di kantor cabang.

b. Kepala Unit Administrasi dan Keuangan

Rincian tugas :

- 1) Menghimpun dan menyusun rencana kerja, anggaran penerimaan dan pengeluaran kantor cabang.
- 2) Melaksanakan, membina, dan mengawasi kegiatan tertib administrasi dan keuangan di lingkup kantor cabang.
- 3) Memproses data hasil operasional.
- 4) Penyajian data dan informasi hasil bisnis.
- 5) Mengelola, mengawasi dan melaksanakan tertib administrasi sarana dan prasarana operasional di lingkup kantor cabang.

- 6) Melaksanakan dan mengawasi tertib administrasi pelayanan terhadap pemegang polis dan porto folio di lingkup kantor cabang.
- 7) Menghimpun dan menyusun data evaluasi Trilogi Operasional Asuransi Jiwa dan informasi pertumbuhan bisnis kantor cabang.
- 8) Melaksanakan program pengembangan pegawai administrasi di kantor cabang.

c. Kasir

Kasir bertugas sebagai penerima dan membayarkan baik secara intern maupun ekstern.

d. Staf Administrasi

Bertugas membuat saleskit dan mengentry data-data calon Pemegang Polis, melakukan pengecekan atas penagihan pembayaran premi yang dilakukan oleh agen. Bertugas melayani pengajuan klaim sampai dengan pencairan klaim, memberikan informasi pada pemegang polis jika klaim sudah cair.

e. Supervisor (Agen Koordinator)

Supervisor adalah agen yang mempunyai kewajiban pokok melakukan pengawasan, pengendalian, dan pembinaan terhadap agen yang ada dibawah koordinasinya.

f. Agen

Agen adalah agen yang sudah terikat dengan Surat Perjanjian Keagenan (Kontrak) Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 yang mempunyai kewajiban melakukan kegiatan penutupan produki baru asuransi jiwa sesuai

dengan segmen pasarnya, mengelola portofolio polis pada suatu wilayah debit, dengan kewajiban pokok melakukan kegiatan pengutipan premi dan pelayanan terhadap pemegang polis dalam wilayah debit, dibawah pengawasan dan koordinasi Supervisor (Agen Koordinator) atau biasa juga disebut Kepala Unit Operasional.

3. Produk AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Malang mempunyai produk-produk yang ditawarkan kepada calon tertanggung maupun nasabahnya, yaitu sebagai berikut :

a. Asuransi Mitra Beasiswa Berencana

Karakteristik dari Asuransi Mitra Beasiswa Berencana :

- 1) Unsur Tabungan
- 2) Tahapan/Dana Kelangsungan Belajar
- 3) Proteksi
- 4) Dijual dengan mata uang rupiah
- 5) Masa Asuransi / Umur Anak: Minimal 1 tahun dan maksimal 17 tahun
- 6) Cara bayar triwulanan, semesteran, tahunan, tunggal, sekaligus

b. Asuransi Mitra Eka Waktu Ideal

Karakteristik dari asuransi Mitra Eka Waktu Ideal:

- 1) Tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dijual dengan mata uang rupiah

- 4) Premi relatif murah
- 5) Cara bayar Semesteran, Tahunan, Tunggal
- 6) Masa Asuransi 5 s/d 20 tahun

c. Asuransi Mitra Pelangi

Karakteristik dari Asuransi Mitra Pelangi :

- 1) Unsur Tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dijual dengan mata uang rupiah
- 4) Masa pembayaran premi : Minimal 5 tahun, maksimal 15 tahun
- 5) Batasan non medical
- 6) Batasan medical
- 7) Minimal premi Rp 1.000.000 Non Eksekutif, Rp 5.000.000 Eksekutif
(disetahunkan)

d. Asuransi Mitra Permata

Karakteristik dari Asuransi Mitra Permata :

- 1) Unsur tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dijual dengan mata uang rupiah
- 4) Masa asuransi : minimal 5 tahun dan maksimal 15 tahun
- 5) Cara bayar tunggal
- 6) Batasan non medical
- 7) Batasan medical

- 8) Minimal premi Rp. 2.000.000,- dan dapat ditambah dengan kelipatan Rp. 500.000

e. Asuransi Mitra Melati

Karakteristik dari Asuransi Mitra Melati :

- 1) Tabungan / Investasi
- 2) Garansi Tingkat Bunga
- 3) Proteksi
- 4) Mata uang rupiah
- 5) Besarnya premi
- 6) Cara bayar
- 7) Masa asuransi
- 8) Usia tertanggung
- 9) Masa observasi
- 10) Batasan non medical
- 11) Batasan medical

f. Asuransi Mitra Cerdas

Karakteristik dari Mitra Cerdas :

- 1) Unsur tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Garansi bunga
- 4) Pengembangan investasi
- 5) Dijual dengan mata uang rupiah

- 6) Cara pembayaran premi : Tahunan, Semesteran, Triwulan, dan Tunggal
- 7) Uang Pertanggung minimal Rp 50.000.000
- 8) Masa Asuransi Minimal 3 tahun dan maksimal 17 tahun
- 9) Batasan Non medical
- 10) Inkaso Penagihan

g. Asuransi Mitra Sehat

Karakteristik dari Asuransi Mitra Sehat :

- 1) Unsur tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Biaya rawat inap
- 4) Uang Pertanggung minimal Rp 100.000.000
- 5) Masa Asuransi minimal 5 tahun dan maksimal 10 tahun.
- 6) Batasan non medical
- 7) Dijual dengan mata uang rupiah
- 8) Garansi biaya
- 9) Masa Observasi

h. Asuransi Mitra Guru

Pengertian Mitra Guru

Menunjuk SK.8/DIR/TEK/2008 tentang Mitra Guru adalah produk yang dirancang untuk meningkatkan kesejahteraan guru dan masyarakat yang berkecimpung dibidang pendidikan.

Penjelasan Produk

Produk asuransi ini merupakan gabungan antara unsur perlindungan meninggal dan tabungan serta termasuk dalam cabang *endowment combined*. Produk ini dipasarkan dalam mata uang rupiah premi produk ini terdiri dari premi resiko, premi biaya dan premi tabungan.

Manfaat Produk

- 1) Uang Pertanggungan (UP) meningkat setiap tahun dimulai dari tahun ke II sebesar 20% dari Uang Pertanggungan (UP) awal
- 2) Akumulasi dana diperhitungkan pada saat tertanggung meninggal dan habis kontrak

Segmentasi

Sasaran pasar : masyarakat yang berprofesi sebagai guru. Dosen, Dekan, Purek, Rektor, Direktur, Lembaga Pendidikan.

i. Asuransi Mitra Dana

Produk Mitra Dana, Pola penajaman penggarapan pasar melalui primary target market. Segmentasi Pasar :

- 1) Pengusaha
- 2) Birokrat
- 3) Pejabat tinggi BUMN / Pemerintah
- 4) Perwira menengah dan tinggi TNI / POLRI
- 5) Orang yang memiliki tanah menggunakan proyek pembangunan
- 6) Deposan, Bank Pemerintah atau Swasta
- 7) Para pemilik uang diluar kriteria diatas

Manfaat Produk :

Uang pertanggungan (UP) meningkat setiap tahun dimulai tahun ke II sebesar 100% dari Uang pertanggungan (UP) awal. Akumulasi dana diperhitungkan pada saat tertanggung meninggal dan habis kontrak.

j. Asuransi Mitra Oetama

Karakteristik dari asuransi Mitra Oetama :

- 1) Unsur Tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dipasarkan dalam US\$
- 4) Masa asuransi : minimal 3 tahun dan maksimal 15 tahun
- 5) Cara bayar tunggal
- 6) Batasan Non-Medical
- 7) Minimal Premi US\$ 5000 dan dapat ditambahkan sewaktu-waktu minimal US\$ 1000 dengan kelipatan US\$ 100.

k. Asuransi Mitra Poesaka

Karakteristik Asuransi Mitra Poesaka :

- 1) Unsur Tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dipasarkan dalam DOLLAR US
- 4) Masa asuransi : Minimal 3 tahun dan maksimal 15 tahun
- 5) Cara bayar tunggal
- 6) Batasan Non-Medical
- 7) Batasan medical

- 8) Minimal premi DOLLAR US 200 Non Eksekutif dan DOLLAR US 5000 Eksekutif dan dapat ditambahkan sewaktu-waktu minimal DOLLAR US 100 dengan kelipatan US\$ 100 Non Eksekutif dan US\$ 1000 dengan kelipatan US\$100 Eksekutif.

l. Asuransi Mitra Prima

Karakteristik dari asuransi Mitra Prima :

- 1) Unsur tabungan
- 2) Proteksi
- 3) Dipasarkan dalam DOLLAR US
- 4) Masa pembayaran premi : minimal 7 tahun dan maksimal 15 tahun
- 5) Cara bayar : triwulan, ½ tahunan, tahunan, tunggal, dan sekaligus.
- 6) Minimal premi DOLLAR US 1.00 (disetahunkan)

m. Asuransi Mitra Abadi

Karakteristik dari asuransi Mitra Abadi :

- 1) Dipasarkan dalam mata uang standart DOLLAR US
- 2) Proteksi (Seumur Hidup)
- 3) Tabungan
- 4) Minimal premi DOLLAR US 100 (disetahunkan)
- 5) Premi Relatif Murah
- 6) Cara pembayaran premi triwulan, ½ tahun, tahunan, tunggal, sekaligus
- 7) Masa pembayaran dapat dipilih antara 3 s/d 20 tahun (tidak seumur hidup)
- 8) Batasan Non-Medical

4. Asuransi Mitra Sehat

Menderita sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan masalah yang berat. Kecemasan atas pembayaran biaya pengobatan dan keadaan keluarga saat tidak bekerja akan membuat segalanya menjadi jauh lebih buruk. Untuk perlindungan terhadap dampak penyakit dan perawatan rumah sakit, Mitra Sehat AJB Bumiputera 1912 mempersiapkan dana untuk membiayai perawatan serta memberikan hasil investasi terbaik dari premi yang dibayar untuk menanggung biaya hidup keluarga di masa depan.

Beragam Manfaat

Melalui Mitra Sehat, manfaat yang akan Anda dapatkan meliputi:

- a. Asuransi biaya rawat inap sebesar 3% dari Uang Pertanggungan - maksimum Rp. 1.000.000, - per hari, dimulai pada hari ketiga, maksimum 90 hari per tahun
- b. Santunan meninggal dunia sebesar 100% dari Uang Pertanggungan
- c. Hasil investasi sebesar 4,5% per tahun dari akumulasi simpanan premi
- d. Tambahan hasil investasi jika dana investasi yang diperoleh AJB Bumiputera 1912 melebihi hasil investasi yang dijamin pada poin c

Persyaratan

Jika berusia antara 21 tahun dan maksimum (usia pada saat pembukaan asuransi) tidak lebih dari 65 tahun, Anda berhak untuk menjadi pemegang Polis. Masa periode asuransi minimum 5 tahun dan maksimum 15 tahun dan minimum uang pertanggungan untuk setiap polis adalah Rp 100.000.000

(seratus juta rupiah). Premi dibayar dalam mata uang Rupiah dan dapat dibayar sekaligus, tahunan, setengah tahunan, atau triwulanan.

Ketentuan Medis

Dapat menerima Mitra Sehat baik dengan menjalani pemeriksaan kesehatan (medis), atau tanpa pemeriksaan kesehatan (non-medis) dengan mengacu kepada ketentuan yang ditetapkan oleh AJB Bumiputera 1912. Batas maksimum total risiko Uang Pertanggungungan untuk asuransi tanpa pemeriksaan kesehatan (non-medis) adalah Rp 300.000.000, (tiga ratus juta rupiah). Santunan meninggal dunia untuk asuransi tanpa pemeriksaan kesehatan (non-medis), tergantung pada masa observasi selama 2 tahun.

Pembayaran Premi Terhenti

Mitra Sehat mempunyai masa leluasa (*grace period*) selama 30 hari kalender. Jika menghentikan pembayaran premi setelah melewati masa leluasa, maka dapat menarik hasil dana asuransi yang didapatkan. Jika tidak menarik hasil dana tersebut, maka dana yang ada akan terus dikembangkan hingga akhir periode asuransi. Santunan meninggal dunia tidak dibayarkan. Setiap polis yang pembayaran preminya terhenti dapat dipulihkan kembali dalam jangka waktu 3 tahun setelah penghentian pembayaran premi.

5. Sistem Akuntansi Pengikatan Polis Asuransi Kesehatan Pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

a. Fungsi Yang Terkait

1) Agen

Pada AJB Bumiputera Malang Cabang Dieng memiliki 45 agen untuk penjualan produk asuransinya, yang berfungsi untuk mengelola portpolio polis dengan kewajiban pokok melakukan kegiatan pengutipan polis pada suatu wilayah debit. Dengan membuat ilustrasi manfaat produk asuransi kesehatan yang biasa disebut saleskit, sebagai berikut :

- a) Unsur tabungan
- b) Proteksi
- c) Biaya rawat inap
- d) UP minimal Rp 100.000.000
- e) Masa Asuransi minimal 5 tahun dan maksimal 10 tahun.
- f) Batasan non medical
- g) Garansi biaya

Setelah dijelaskan manfaat dan lain-lain oleh agen dan calon tertanggung berminat maka calon tertanggung mengisi Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) atau biasa disebut SPAJ. Apabila mengalami kesulitan dalam pengisiannya dapat dibantu oleh Agen.

2) Staf Administrasi

Mengecek kelengkapan dan kebenaran SPAJ, meliputi :

- a) Fotokopi identitas Calon Tertanggung/Pemegang Polis
(KTP/SIM/Passport).
- b) Lembar Wawancara Penelitian Produksi Baru
- c) Pernyataan Petugas Penutup

Proses Aplikasi :

- a) Entry Surat Permintaan Asuransi Jiwa
- b) Mencetak kuitansi Premi Pertama dan diserahkan ke Kepala Unit Administrasi & Keuangan (KUA).
- c) Mencetak voucher pembayaran Premi Pertama MITRA SEHAT setelah bukti kuitansi premi pertama (sus kuitansi) diterima.
- d) Mengirimkan SPAJ beserta kelengkapannya ke Kantor Cabang tetapi setelah SPAJ selesai *direcek* melalui aplikasi BIL oleh Agen Koordinator atau Pemimpin Operasional.

3) Kepala Unit Administrasi Dan Keuangan (KUA)

- a) Memeriksa kuitansi titipan premi pertama dan mencantumkan paraf kemudian menyerahkan kepada Pemimpin Operasional untuk ditandatangani.
- b) Menyerahkan kuitansi titipan premi pertama kepada agen.
- c) Mengecek dokumen voucher pembayaran titipan premi pertama (SPAJ, sus kuitansi dan kelengkapannya) yang diterima dari Staf Layanan dicocokkan dengan hasil di SPAJ aplikasi BIL.
- d) Melakukan approval dengan menandatangani voucher dokumen Titipan Premi Pertama serta meminta pengesahan Pemimpin Operasional.
- e) Menyerahkan voucher dan dokumen kelengkapannya yang telah disahkan ke Kasir.
- f) Mencetak dan membukukan voucher Titipan Premi Pertama menjadi Premi Pertama setelah SPAJ diakseptasi melalui Aplikasi BIL (Aplikasi Keuangan).

4) Kasir

- a) Menerima uang Titipan Premi Pertama dari agen atau Calon Pempol.
- b) Menerima voucher dan dokumen kelengkapannya yang sudah *diapproval* oleh KUAK dan disahkan Pemimpin Operasional.
- c) Menandatangani voucher bahwa uang telah diterima sesuai dengan dokumen dan dokumen dikembalikan ke Staf Layanan.
- d) Membukukan voucher Titipan Premi Pertama.
- e) Mengarsip voucher dan menyampaikan dokumen SPAJ ke Staf Layanan.

5) Agen Koordinator

Melakukan *recek* produksi melalui aplikasi BIL sesuai kewenangan.

6) Kepala Cabang

- a) Menandatangani kuitansi titipan premi pertama untuk pengesahan.
- b) Mengesahkan voucher dengan cara menandatangani.
- c) Melakukan *recheck* produksi melalui aplikasi BIL sesuai dengan kewenangannya.

b. Dokumen Yang Digunakan

1) Saleskit

Digunakan untuk mempromosikan produk asuransi mitra sehat kepada calon pemegang polis, ilustrasi manfaat yang diperoleh ketika menjadi pemegang polis. Bagian staff administrasi yang membuat saleskit sedangkan yang mempublikasikan agen.

2) Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)

Formulir yang berisikan data calon pemegang polis, data calon tertanggung, data asuransi, data penerima santunan, data keterangan kesehatan, data dokumen pemeriksaan kesehatan, data polis lain (jika mengikuti lebih dari satu polis), pernyataan calon pemegang polis dan calon tertanggung, data agen, lembar wawancara penelitian produksi baru, pernyataan petugas penutup.

3) Daftar titipan setoran premi

Digunakan oleh agen untuk melakukan pembayaran premi dari nasabah, karena untuk pembayaran premi, biasanya nasabah menitipkannya pada agen yang mengajaknya ikut asuransi. Formulir berisikan nama agen, tanggal, nomor polis, nama pempol, valuta, premi, materai, denda, potongan premi, dan pajak PPH.PS.21.

4) Kwitansi pembayaran premi

Formulir yang digunakan sebagai bukti telah melakukan pembayaran premi. Berisikan nomor seri kuitansi, sudah diterima dari, alamat, nomor pemegang polis, premi dasar, denda, kurs, jumlah premi, materai dan potongan premi, jumlah pembayaran, cara bayar, pembayaran diterima tanggal, nama agen, kantor pelayanan, otorisasi oleh direktur utama.

5) Surat antaran SPAJ

Surat yang digunakan untuk melampirkan pengiriman SPAJ dari kantor cabang ke kantor wilayah. Dilakukan setiap hari ketika ada permintaan asuransi kesehatan.

6) Polis

Suatu kontrak yang memuat perjanjian asuransi jiwa antara pemegang polis dengan perusahaan asuransi. Yang memuat nomor polis, nama dan alamat tertanggung, pekerjaan tertanggung, macam asuransi, jangka waktu asuransi, jumlah uang pertanggungan, besarnya premi, uraian resiko, bahaya-bahaya yang dijaminakan, yang ditunjuk untuk menerima santunan.

7) Tanda terima polis

Formulir yang digunakan untuk pengambilan polis, agar tidak ada kesalahan atau tertukar dalam pengambilan polis.

b. Bagan Alir (*Flowchart*) Sistem Akuntansi Pengikatan Polis Asuransi Kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Bagian administrasi membuat saleskit untuk mengilustrasikan manfaat yang akan diperoleh calon nasabah apabila mengikuti asuransi kesehatan, calon nasabah berminat maka mengisi Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) dilengkapi identitas pengenalan (KTP/SIM/Passport) dan diotorisasi oleh calon pemegang polis, agen terkait, KUAK dan Kepala Cabang. Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengikatan polis asuransi kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang cabang dieng dapat dilihat pada gambar 2.

6. Sistem Akuntansi Pengajuan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Ada empat jenis klaim pada asuransi kesehatan yaitu :



a. Klaim Habis Kontrak

Klaim habis kontrak terjadi apabila pemegang polis mengajukan pembayaran manfaat asuransi atas polis yang jangka waktu perjanjian asuransinya sudah berakhir.

1) Fungsi-fungsi Yang Terkait**a) Staf Administrasi**

(1) Menerima berkas pengajuan klaim dari Pemegang Polis/Yang ditunjuk, meliputi :

- (a) Surat Pengajuan Klaim.
- (b) Polis/duplikat polis asli.
- (c) Kuitansi pembayaran premi terakhir, asli.
- (d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis dan atau Tertanggung serta yang ditunjuk, yang sah dan masih berlaku.

(2) Meneliti kelengkapan dan keabsahannya. Jika tidak lengkap/tidak sah agar dimintakan kelengkapannya yang sah.

(3) Melakukan entry pengajuan klaim.

(4) Menyerahkan berkas klaim kepada KUAK.

b) Kepala Unit Administrasi Dan Keuangan (KUAK)

Sehubungan dengan sistem pengecekan berkas pengajuan klaim, KUAK akan mengecek keabsahannya. Meliputi :

(1) Meneliti pengajuan klaim dan mengotorisasi jika berkas sudah memenuhi.

- (2) Berkas pengajuan klaim diserahkan kepada Kepala Cabang untuk diotorisasi.
- (3) Membuat surat rekomendasi pembayaran klaim yang ditunjukkan kepada Kantor Wilayah.
- (4) Menyerahkan surat rekomendasi kepada kepala cabang untuk diotorisasi.

c) Kepala Cabang

- (1) Menerima dan mengesahkan surat pengajuan klaim yang telah diisi pemegang polis.
- (2) Menerima dokumen serta berkas pengajuan klaim yang telah diperiksa kelengkapan dan keabsahannya.
- (3) Mengotorisasi surat rekomendasi pembayaran klaim untuk kemudian diserahkan ke Kantor Wilayah, disertai pula dengan berkas-berkas pengajuan.

2) Dokumen yang digunakan

a) Surat Pengajuan Klaim

Surat Pengajuan Klaim dibuat dalam bentuk formulir, dimana ada ruang yang harus diisi oleh pemegang polis. Surat Pengajuan Klaim berlaku untuk semua jenis klaim (habis kontrak, penebusan, meninggal dan rawat inap). Formulir ini berisi keterangan yang menyatakan tujuan pemegang polis untuk mengajukan klaim.

Dalam surat pengajuan klaim, pemegang polis harus mengisi data mengenai polis asuransi Tertanggung yang berisikan nomor polis, nama

pemegang polis, nama tertanggung, jumlah uang pertanggungan, macam asuransi, dan kapan premi terakhir dibayar.

- b) Polis/duplikat polis asli.
- c) Kuitansi Pembayaran premi terakhir.
- d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis.

3) Bagan Alir (*Flowchart*) Sistem Akuntansi Pengajuan Pembayaran Klaim Habis Kontrak Asuransi Kesehatan Pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Pemegang polis harus mengajukan pembayaran klaim terlebih dahulu walaupun masa asuransinya telah habis kontrak, jika tidak maka perusahaan tidak bisa memproses pembayaran klaim. Klaim habis kontrak pemegang polis menyiapkan berkas pengajuan klaim, yaitu formulir pengajuan klaim, kuitansi pembayaran klaim terakhir, polis asli/duplikat, KTP atau tanda pengenal dari pemegang polis. Setelah itu baru bisa diproses oleh perusahaan, dan pemegang polis menunggu beberapa waktu sampai berkas pengajuan klaim dikirim ke kantor wilayah kemudian ke kantor pusat, tetapi jika ada berkas yang tidak sesuai maka akan dikembalikan oleh staff administrasi. Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim habis kontrak asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng dapat dilihat pada gambar 3.

b. Klaim Penebusan

Klaim penebusan terjadi apabila pemegang polis sudah tidak mampu membayar premi dan polisnya dalam keadaan *inforce*.



1) Fungsi-fungsi Yang Terkait

a) Staf Layanan Klaim

(1) Menerima berkas pengajuan klaim dari Pemegang Polis/Yang ditunjuk, meliputi :

(a) Surat Pengajuan Klaim.

(b) Polis/duplikat polis asli.

(c) Kuitansi pembayaran premi terakhir, asli.

(d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis dan atau Tertanggung serta yang ditunjuk, yang sah dan masih berlaku.

(2) Meneliti kelengkapan dan keabsahannya. Jika tidak lengkap/tidak sah agar dimintakan kelengkapannya yang sah.

(3) Melakukan entry pengajuan klaim.

(4) Menyerahkan berkas klaim kepada KUAk.

b) Kepala Unit Administrasi Dan Keuangan (KUAk)

Sehubungan dengan sistem pengecekan berkas pengajuan klaim, KUAk akan mengecek keabsahannya untuk semua berkas klaim yang diajukan oleh pemegang polis untuk klaim penebusan. Meliputi :

(1) Meneliti berkas pengajuan klaim dan mengotorisasi jika berkas sudah memenuhi keabsahannya.

(2) Berkas pengajuan klaim diserahkan kepada Kepala Cabang untuk diotorisasi.

(3) Membuat surat rekomendasi pembayaran klaim yang ditunjukkan kepada Kantor Wilayah.

- (4) Menyerahkan surat rekomendasi kepada kepala cabang untuk diotorisasi.
- c) Kepala Cabang
 - (1) Menerima dan mengesahkan surat pengajuan klaim yang telah diisi pemegang polis.
 - (2) Menerima dokumen serta berkas pengajuan klaim yang telah diperiksa kelengkapan dan keabsahannya.
 - (3) Mengotorisasi surat rekomendasi pembayaran klaim untuk kemudian diserahkan ke Kantor Wilayah, disertai pula dengan berkas-berkas pengajuan.

2) Dokumen yang digunakan

a) Surat Pengajuan Klaim

Surat Pengajuan Klaim dibuat dalam bentuk formulir, dimana ada ruang yang harus diisi oleh pemegang polis. Surat Pengajuan Klaim berlaku untuk semua jenis klaim (habis kontrak, penebusan, meninggal dan rawat inap). Formulir ini berisi keterangan yang menyatakan tujuan pemegang polis untuk mengajukan klaim.

Dalam surat pengajuan klaim, pemegang polis harus mengisi data mengenai polis asuransi Tertanggung yang berisikan nomor polis, nama pemegang polis, nama tertanggung, jumlah uang pertanggungan, macam asuransi, dan kapan premi terakhir dibayar.

- (1) Polis/duplikat polis asli.
- (2) Kuitansi Pembayaran premi terakhir.

(3) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis.

3) Bagan Alir (*Flowchart*) Sistem Akuntansi Pengajuan Pembayaran Klaim Penebusan Asuransi Kesehatan Pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Pemegang polis mengajukan pembayaran klaim pada saat pemegang polis tidak mampu lagi membayar premi dan polis dalam keadaan *inforce*. Pemegang polis harus melengkapi berkas pengajuan klaim, jika tidak maka perusahaan tidak bisa memproses pembayaran klaim. Pada klaim penebusan pemegang polis menyiapkan berkas pengajuan klaim, yaitu formulir pengajuan klaim, polis duplikat/ polis asli, kuitansi pembayaran klaim terakhir, KTP atau kartu identitas dari pemegang polis. Setelah itu baru bisa diproses oleh perusahaan, dan pemegang polis menunggu beberapa waktu sampai berkas pengajuan klaim dikirim ke kantor wilayah kemudian ke kantor pusat, tetapi jika ada berkas yang tidak sesuai maka akan dikembalikan oleh staff administrasi. Berikut ini merupakan bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim penebusan asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng, dapat dilihat pada gambar 4.

c. Klaim Rawat Inap

Klaim Rawat Inap terjadi apabila pemegang polis mengajukan pembayaran manfaat asuransi berupa penggantian biaya rawat inap di rumah sakit baik karena sakit maupun karena kecelakaan dan polis dalam keadaan *inforce*.



1) Fungsi-fungsi Yang Terkait

a) Staf Layanan Klaim

(1) Menerima berkas pengajuan klaim dari Pemegang Polis/Yang ditunjuk, meliputi :

(a) Surat Pengajuan Klaim.

(b) Polis/duplikat polis asli.

(c) Kuitansi pembayaran premi terakhir, asli.

(d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis dan atau Tertanggung serta yang ditunjuk, yang sah dan masih berlaku.

(e) Untuk Klaim Rawat Inap harus dilengkapi dengan kuitansi asli atau fotokopinya yang telah dilegalisir dan surat keterangan dari rumah sakit yang merawat Tertanggung.

(2) Meneliti kelengkapan dan keabsahannya. Jika tidak lengkap/tidak sah agar dimintakan kelengkapannya yang sah.

(3) Melakukan entry pengajuan klaim.

(4) Menyerahkan berkas klaim kepada KUAJ.

b) Kepala Unit Administrasi Dan Keuangan (KUAJ)

Sehubungan dengan sistem pengecekan berkas pengajuan klaim, KUAJ akan mengecek keabsahannya. Meliputi :

(1) Meneliti pengajuan klaim, dengan melakukan penelitian di lapangan.

Membuat laporan yang berisi penyelidikan yang telah dilakukan untuk membuktikan dan kebenaran dan keabsahan data yang tertera dalam

pengajuan klaim, *check list* dokumen klaim, lembar konsultasi dokter penasehat, dan mengotorisasi jika berkas sudah memenuhi.

- (2) Berkas pengajuan klaim diserahkan kepada Kepala Cabang untuk diotorisasi.
- (3) Membuat surat rekomendasi pembayaran klaim yang ditunjukkan kepada Kantor Wilayah.
- (4) Menyerahkan surat rekomendasi kepada kepala cabang untuk diotorisasi.

c) Kepala Cabang

- (1) Menerima dan mengesahkan surat pengajuan klaim yang telah diisi pemegang polis.
- (2) Menerima dokumen serta berkas pengajuan klaim yang telah diperiksa kelengkapan dan keabsahannya.
- (3) Mengotorisasi surat rekomendasi pembayaran klaim untuk kemudian diserahkan ke Kantor Wilayah, disertai pula dengan berkas-berkas pengajuan.

2) Dokumen yang digunakan

a) Surat Pengajuan Klaim

Surat Pengajuan Klaim dibuat dalam bentuk formulir, dimana ada ruang yang harus diisi oleh pemegang polis. Surat Pengajuan Klaim berlaku untuk semua jenis klaim (habis kontrak, penebusan, meninggal dan rawat inap). Formulir ini berisi keterangan yang menyatakan tujuan pemegang polis untuk mengajukan klaim.

Dalam surat pengajuan klaim, pemegang polis harus mengisi data mengenai polis asuransi Tertanggung yang berisikan nomor polis, nama pemegang polis, nama tertanggung, jumlah uang pertanggungan, macam asuransi, dan kapan premi terakhir dibayar.

- b) Polis/duplikat polis asli.
- c) Kuitansi Pembayaran premi terakhir.
- d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis.
- e) Surat keterangan rawat inap di Rumah Sakit yaitu surat yang dikeluarkan secara resmi oleh Rumah Sakit, menerangkan bahwa seseorang dirawat di rumah sakit dalam waktu tertentu.
- f) Laporan penyelidikan klaim yaitu laporan yang berisi penjelasan hasil penyelidikan yang telah dilakukan untuk membuktikan kebenaran dan keabsahan data yang tertera dalam pengajuan klaim.
- g) *Check list* dokumen klaim yaitu form yang dipergunakan sebagai alat kontrol kelengkapan dokumen klaim.
- h) Lembar konsultasi dokter penasehat yaitu lembar yang dikeluarkan oleh AJB Bumiputera 1912, berisi riwayat penyakit dari teman sejawat yang disampaikan kepada ke dokter Penasehat Medis Perusahaan untuk dimintakan kejelasan dan kebenaran dari penyakit yang diderita oleh tertanggung sesuai yang tertera dalam pengajuan klaim dan hasil penyelidikan.

3) Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim rawat inap asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Pemegang polis mengajukan pembayaran klaim rawat inap pada saat pemegang polis mengajukan pembayaran manfaat asuransi berupa penggantian biaya rawat inap di rumah sakit baik karena sakit maupun karena kecelakaan dan polis dalam keadaan *inforce*. Pemegang polis harus melengkapi berkas pengajuan klaim, jika tidak maka perusahaan tidak bisa memproses pembayaran klaim. Pada klaim rawat inap memiliki formulir lebih banyak dari pada klaim habis kontrak dan penebusan, karena klaim rawat inap mudah untuk diselewengkan oleh pemegang polis yang tidak bertanggungjawab. Pemegang polis menyiapkan berkas pengajuan klaim, yaitu formulir pengajuan klaim, polis duplikat/ polis asli, kuitansi pembayaran klaim terakhir, KTP atau tanda pengenal dari pemegang polis, surat keterangan rawat inap di rumah sakit yang merawat, laporan penyelidikan klaim, *check list* dokumen klaim, dan lembar konsultasi dokter penasehat yang memeriksa pasien (pemegang polis). Setelah itu baru bisa diproses oleh perusahaan, dan pemegang polis menunggu beberapa waktu sampai berkas pengajuan klaim dikirim ke kantor wilayah kemudian ke kantor pusat, tetapi jika ada berkas yang tidak sesuai maka akan dikembalikan oleh staff administrasi. Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim rawat inap asuransi kesehatan

pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng, dapat dilihat pada gambar 5.

c. Klaim Meninggal

Klaim meninggal terjadi apabila pemegang polis/yang ditunjuk mengajukan pembayaran manfaat asuransi jika Tertanggung meninggal dunia karena sakit atau kecelakaan dan polisnya dalam keadaan *inforce*.

1) Fungsi-fungsi Yang Terkait

a) Staf Layanan Klaim

- (1) Menerima berkas pengajuan klaim dari Pemegang Polis/Yang ditunjuk, meliputi :
 - (a) Surat Pengajuan Klaim.
 - (b) Polis/duplikat polis asli.
 - (c) Kuitansi pembayaran premi terakhir, asli.
 - (d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis dan atau Tertanggung serta yang ditunjuk, yang sah dan masih berlaku.
- (2) Klaim meninggal harus dilengkapi dengan : Surat Keterangan Meninggal dari Lurah yang disahkan oleh Camat, Surat Pernyataan Klaim, Surat Kuasa Permintaan Rahasia Kesehatan Tertanggung, Riwayat Kesehatan Tertanggung semasa hidupnya. Dan jika meninggal di rumah sakit harus dilengkapi dengan hasil visum etrepertum dari dokter yang merawat Tertanggung.



- (3) Meneliti kelengkapan dan keabsahannya. Jika tidak lengkap/tidak sah agar dimintakan kelengkapannya yang sah.
- (4) Melakukan entry pengajuan klaim.
- (5) Menyerahkan berkas klaim kepada KUAK.

b) Kepala Unit Administrasi Dan Keuangan (KUAK)

Sehubungan dengan sistem pengecekan berkas pengajuan klaim, KUAK akan mengecek keabsahannya. Meliputi :

- (1) Meneliti pengajuan klaim dan mengotorisasi jika berkas sudah memenuhi.
- (2) Berkas pengajuan klaim diserahkan kepada Kepala Cabang untuk diotorisasi.
- (3) Membuat surat rekomendasi pembayaran klaim yang ditunjukkan kepada Kantor Wilayah.
- (4) Menyerahkan surat rekomendasi kepada kepala cabang untuk diotorisasi.

c) Kepala Cabang

- (1) Menerima dan mengesahkan surat pengajuan klaim yang telah diisi pemegang polis.
- (2) Menerima dokumen serta berkas pengajuan klaim yang telah diperiksa kelengkapan dan keabsahannya.
- (3) Mengotorisasi surat rekomendasi pembayaran klaim untuk kemudian diserahkan ke Kantor Wilayah, disertai pula dengan berkas-berkas pengajuan.

2) Dokumen yang digunakan

a) Surat Pengajuan Klaim

Surat Pengajuan Klaim dibuat dalam bentuk formulir, dimana ada ruang yang harus diisi oleh pemegang polis. Surat Pengajuan Klaim berlaku untuk semua jenis klaim (habis kontrak, penebusan, meninggal dan rawat inap). Formulir ini berisi keterangan yang menyatakan tujuan pemegang polis untuk mengajukan klaim.

Dalam surat pengajuan klaim, pemegang polis harus mengisi data mengenai polis asuransi Tertanggung yang berisikan nomor polis, nama pemegang polis, nama tertanggung, jumlah uang pertanggungan, macam asuransi, dan kapan premi terakhir dibayar.

b) Polis/duplikat polis asli.

c) Kuitansi Pembayaran premi terakhir.

d) Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport) dari Pemegang Polis.

e) Surat pernyataan klaim meninggal

Surat pernyataan klaim meninggal merupakan surat yang dibutuhkan pada jenis klaim meninggal. Surat pernyataan klaim meninggal dibuat dalam bentuk formulir yang harus diisi oleh ahli waris. Formulir ini berisi keterangan mengenai penyebab meninggalnya tertanggung dan perlakuan medis yang diberikan kepada tertanggung sebelum meninggal. Surat pernyataan klaim meninggal ini sekaligus berisi keterangan bahwa tertanggung mengizinkan rumah sakit/dokter yang merawat tertanggung untuk memberikan keterangan reka medis kepada

pihak AJB Bumiputera 1912 jika diperlukan. Dokumen ini akan dijadikan dasar dalam melaksanakan penelitian klaim.

f) *Check list* berkas pengajuan klaim meninggal

Formulir ini berisi daftar berkas-berkas yang harus diselesaikan tertanggung untuk mengajukan klaim meninggal sesuai dengan peraturan Direksi AJB Bumiputera 1912 NO.PE.12/DIR/TEK/2007 tentang petunjuk pelaksanaan administrasi klaim polis asuransi jiwa perorangan.

Staff administrasi akan memberikan *check list* pada formulir untuk berkas yang telah dilampirkan tertanggung. Formulir ini juga berisi daftar polis tertanggung yang harus diisi oleh staff administrasi.

g) Laporan penyelidikan klaim meninggal

Setelah melakukan penelitian klaim, Kepala Cabang bersama-sama Supervisor mengisi laporan penyelidikan klaim meninggal. Bentuk laporan ini yaitu formulir yang sudah terformat sedemikian rupa, sehingga pembuat laporan hanya perlu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam laporan sehubungan dengan hasil penelitian yang diperoleh.

h) Surat keterangan meninggal dari rumah sakit/puskesmas/dokter

Surat keterangan ini dibuat apabila tertanggung meninggal dalam perawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui riwayat penyakit tertanggung sebelum meninggal dan tertanggung meninggal tidak dikarenakan sesuatu yang mencurigakan. Surat ini juga harus dilegalisir

oleh rumah sakit untuk membuktikan keabsahannya. Surat keterangan ini kemudian dilengkapi dengan laporan penjelasan riwayat perawatan yang ditandatangani oleh dpkter yang memeriksa.

3) Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim meninggal asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Pemegang polis mengajukan pembayaran klaim meninggal apabila pemegang polis/yang ditunjuk mengajukan pembayaran manfaat asuransi jika Tertanggung meninggal dunia karena sakit atau kecelakaan dan polisnya dalam keadaan *inforce*. Pemegang polis harus melengkapi berkas pengajuan klaim, jika tidak maka perusahaan tidak bisa memproses pembayaran klaim. Pada klaim meninggal memiliki formulir lebih banyak dari pada klaim habis kontrak, penebusan dan rawat inap, karena klaim meninggal mudah untuk diselewengkan oleh pemegang polis yang tidak bertanggungjawab, sama seperti klaim rawat inap. Pemegang polis menyiapkan berkas pengajuan klaim, yaitu formulir pengajuan klaim, polis duplikat/ polis asli, kuitansi pembayaran klaim terakhir, KTP atau tanda pengenal dari pemegang polis, surat pernyataan klaim meninggal merupakan surat yang dibutuhkan pada jenis klaim meninggal. Surat pernyataan klaim meninggal dibuat dalam bentuk formulir yang harus diisi oleh ahli waris, *check list* berkas pengajuan klaim meninggal, laporan penyelidikan klaim meninggal, surat keterangan meninggal dari rumah sakit/puskesmas/dokter jika meninggalnya dalam perawatan. Setelah itu

baru bisa diproses oleh perusahaan, dan pemegang polis menunggu beberapa waktu sampai berkas pengajuan klaim dikirim ke kantor wilayah kemudian ke kantor pusat, tetapi jika ada berkas yang tidak sesuai maka akan dikembalikan oleh staff administrasi. Berikut ini merupakan bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim meninggal asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng, bisa dilihat pada gambar 6.

7. Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas Untuk Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan

Pada sistem pembayaran klaim asuransi kesehatan, antara klaim habis kontrak, klaim penebusan, klaim rawat inap dan klaim meninggal, prosedur, fungsi-fungsi yang terkait, formulir dan berkas-berkas yang diperlukan diperlakukannya sama. Berdasarkan Keputusan Direksi AJB Bumiputera 1912 NO.SK.8/DIR/TEK/2012, Mulai januari 2012 sistem pengeluaran kas pada AJB Bumiputera 1912 menggunakan pelaksanaan sentralisasi pembayaran klaim. Dapat dijelaskan secara terperinci yaitu sebagai berikut :

a. Fungsi-fungsi yang terkait, adalah :

Fungsi-fungsi yang terkait dalam sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan adalah sebagai berikut :

1) Kasir

Approval voucher, agar polis yang telah dibayarkan terupdate status polisnya.

2) Pegawai administrasi



Pembukuan dropping pembayaran klaim yang sudah di bayarkan kepada pemegang polis melalui rekening bank dengan cara Login Layanan – Modul Klaim – Pembayaran – Cetak Voucher Existing dan lampirannya.

3) Staff administrasi

- a) Menghitung kembali konsep perhitungan klaim melalui Aplikasi Klaim Existing setelah mendapatkan persetujuan manual dari Kantor Wilayah.
- b) Mengentry Nilai Klaim sesuai konsep kuitansi klaim melalui Login Layanan – Klaim – Pengajuan Polis Existing.

4) Kepala Cabang

Login Kacab untuk Approval, nilai klaim yang dibayarkan.

b. Catatan akuntansi yang berkaitan dengan pencatatan transaksi pembayaran klaim, meliputi :

1) Buku Kontrol Kas

Buku kontrol kas dibuat oleh Pegawai Administrasi dan dibuat dengan format laporan harian. Buku Kontrol Kas akan mencatat (secara manual) setiap bukti kas dari setiap transaksi yang terjadi baik pengeluaran maupun penerimaan kas.

2) Rincian Rugi Laba

Sebagai komponen pengeluaran, pembayaran klaim akan dilaporkan dalam Rincian Rugi Laba. Rincian Rugi Laba akan memuat penerimaan dan pengeluaran perusahaan yang terjadi selama satu periode (bulanan), termasuk didalamnya pembayaran klaim.

3) *Voucher Existing*

Voucher Existing merupakan bukti pembayaran klaim, dilengkapi dengan identitas Polis Pemegang Polis.

c. Bagan alir (*flowchart*) sistem Akuntansi Pengeluaran Kas untuk Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Pembayaran klaim asuransi kesehatan dilakukan secara sentralisasi oleh kantor pusat AJB Bumiputera 1912, setelah berkas yang diajukan pemegang polis lengkap dikirim ke kantor wilayah kemudian dikirim ke kantor pusat untuk diproses pembayaran klaim asuransi kesehatan. Kantor pusat AJB Bumiputera 1912 yang membayarkan langsung melalui bank via transfer, jika pemegang polis tidak memiliki rekening tabungan maka pembayaran klaim asuransi kesehatan ditransfer melalui rekening kantor AJB Bumiputera Malang Cabang Dieng. Bagan alir (*flowchart*) sistem akuntansi pembayaran klaim asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng, dapat dilihat pada gambar 7.

C. Analisis Data dan Interpretasi

1. Analisis Sistem Akuntansi Pengikatan Polis Asuransi Kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

a. Bagian yang terkait

Bagian yang terkait dalam sistem akuntansi pengikatan polis pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng terdiri dari agen, staf administrasi, Kepala Unit Akuntansi dan Keuangan (KUAk), kasir, agen kordinator, Kepala Cabang.



Agen yang menawarkan ilustrasi manfaat yang akan diperoleh calon pemegang polis jika mengikuti asuransi, setelah calon pemegang polis setuju maka mengisi form Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), melengkapi berkasnya dengan tanda pengenal. Serta membayarkan premi pertama atau biasa disebut dengan PP, melalui agen yang bersangkutan atau juga bisa datang langsung ke kantor. Otorisasi oleh agen, KUAK, Kacab, dan diinput data oleh staff administrasi, maka dikeluarkanlah kuitansi PP oleh kasir.

Pemisahan fungsi pada sistem akuntansi pengikatan polis sudah cukup baik, memenuhi persyaratan fungsi operasional, fungsi keuangan dan fungsi akuntansi. Kelemahannya pada sistem akuntansi pengikatan polis adanya penitipan setoran pembayaran premi dari calon pemegang polis kepada agen tanpa ada tanda terima, rentan terjadi penyelewengan pada bagian ini.

b. Dokumen yang digunakan

1) Saleskit

Dalam saleskit merupakan ilustrasi manfaat yang akan diperoleh dalam asuransi kesehatan, jelas dan mudah dimengerti.

2) Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)

Memiliki delapan halaman yang berisikan data calon pemegang polis, data calon tertanggung, data asuransi, data penerima santunan, data keterangan kesehatan, data dokumen pemeriksa kesehatan, data polis lain, lembar wawancara penelitian produksi baru, pernyataan calon pemegang polis dan calon tertanggung, data agen, pernyataan petugas penutup. Formulir jelas dan mudah dimengerti tetapi tidak memiliki nomor cetak urut.

3) Daftar Titipan Setoran Premi

Dalam pembayaran premi, pemegang polis bisa membayar langsung ke kasir atau bisa juga menitipkannya pada agen yang mengajaknya ikut asuransi karena pemegang polis tidak mempunyai banyak waktu untuk datang membayar langsung premi ke kantor. Pada aktifitas ini seharusnya ada tanda terima bukti uang pembayaran premi dari pemegang polis kepada agen, untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, misalnya penyelewengan uang oleh agen. Membuat formulir daftar titipan setoran premi rangkap dua untuk pemegang polis dan agen, agar lebih aman dalam pelaksanaannya. Dalam formulir daftar titipan setoran premi terdapat nama agen, unit, tanggal, nomor polis, nama pempol, valuta, premi, materai, denda, jumlah setoran, potongan premi, serta pajak PPH 21.

4) Kuitansi Pembayaran Premi

Formulir jelas dan mudah dimengerti. Berisikan nama, nomor pemegang polis, besarnya premi, denda, kurs, jumlah premi, potongan premi, jumlah pembayaran premi, nama agen, diotorisasi oleh Direktur Utama.

5) Surat Antaran SPAJ

Surat yang digunakan untuk mengantarkan SPAJ ke kantor wilayah setiap harinya jika ada calon pemegang polis yang mendaftar sebagai pemegang polis asuransi mitra sehat, yang berisikan tanggal, nama pempol, jenis asuransi. Surat jelas dan mudah dimengerti.

6) Polis

Kontrak perjanjian asuransi kesehatan dalam bentuk tertulis antara tertanggung dan penanggung. Surat ini sudah jelas dan mudah dimengerti.

Berisikan nama dan tanggal pembuatan perjanjian asuransi, nama tertanggung untuk diri sendiri atau pihak ketiga, jenis asuransi, masa asuransi, uang pertanggungan, premi yang dibayarkan.

7) Tanda Terima Polis

Dalam pengambilan polis dibagikan staff administrasi, menggunakan formulir tanda terima polis, untuk menghindari kesalahan dalam pengambilan polis nasabah. formulir jelas dan mudah dimengerti. Berisikan nomor polis, atas nama, syarat-syarat umum polis, syarat-syarat khusus polis dan Anggaran Dasar AJB Bumiputera 1912, otorisasi yang menyerahkan dan yang menerima polis.

Keseluruhan dokumen yang digunakan sudah cukup baik, sesuai dengan kebutuhan dan fungsinya yaitu sebagai media untuk mencatat peristiwa yang terjadi didalam organisasi. Kelemahannya dari keseluruhan dokumen tidak memiliki nomor urut cetak agar penggunaannya bisa dipertanggungjawabkan, dan pengarsipannya ditata rapi kembali.

2. Analisis Sistem Akuntansi Pengajuan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

a. Bagian yang terkait

Bagian yang terkait dalam sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng terdiri dari staf layanan klaim, Kepala Unit Akuntansi dan Keuangan (KUAK),

Kepala Cabang. Staf layanan klaim menerima berkas pengajuan klaim berupa surat pengajuan klaim, polis duplikat atau polis asli, kuitansi pembayaran premi terakhir, fotocopy kartu identitas, untuk semua klaim menggunakan syarat tersebut, klaim habis kontrak dan penebusan. Klaim rawat inap dan klaim meninggal menggunakan syarat yang lebih banyak, untuk klaim rawat inap yaitu surat keterangan rawat inap, laporan penyelidikan klaim, *checklist* dokumen klaim, lembar konsultasi dokter penasehat. Klaim meninggal yaitu surat keterangan dari meninggal dari lurah yang disahkan oleh camat, surat kuasa permintaan rahasia kesehatan tertanggung, riwayat kesehatan tertanggung semasa hidupnya, jika meninggal dirumah sakit dilengkapi dengan hasil visum etrepertum dari dokter yang merawat tertanggung. Staf layanan klaim meneliti kelengkapan dan keabsahan sesuai dengan jenis klaim yang diajukan, jika tidak lengkap atau tidak sah maka tidak akan diproses. Staff layanan klaim akan menginput data jika kelengkapannya sesuai, sebelum diinput KUAK meneliti kelengkapan pengajuan klaim yang telah dicek oleh staff layanan klaim, jika sesuai KUAK mengotorisasi pengajuan klaim, membuat surat rekomendasi pembayaran klaim, kemudian diberikan kepada Kacab untuk diotorisasi pengajuan klaim dan surat rekomdenasi pembayaran klaim.

Kelemahannya pada sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim pada bagian administrasi meneliti kelengkapan dan keabsahan serta menginput data, sebaiknya yang meneliti kelengkapan dan keabsahan dilakukan oleh dua bagian atau oleh staff administrasi, tidak dilakukan oleh staff administrasi

saja. Dibuatkan satu fungsi untuk melakukan pengecekan kebenaran kejadian dilapangan, karena bisa saja tertanggung yang sakit atau meninggal ada unsur disengaja.

b. Dokumen yang digunakan

- 1) Surat pengajuan klaim, dalam formulir tertulis jelas nama formulir, sehingga memudahkan dalam mengidentifikasi formulir. Formulir dibuat jelas dan mudah dimengerti, sehingga memudahkan dalam pengisiannya. Formulir dibuat rangkap yang digunakan sebagai arsip dikantor cabang dan kantor wilayah. Namun formulir ini tidak bernomor urut, sehingga kurang bisa dipertanggungjawabkan.
- 2) Kuitansi pembayaran premi terakhir, formulir jelas dan mudah dimengerti. Berisikan nama, nomor pemegang polis, besarnya premi, denda, kurs, jumlah premi, potongan premi, jumlah pembayaran premi, nama agen, diotorisasi oleh Direktur Utama.
- 3) Surat keterangan rawat inap di rumah sakit, surat keterangan yang dikeluarkan oleh rumah sakit karena pasien yang melakukan rawat inap. Cukup jelas dan mudah dimengerti.
- 4) Laporan penyelidikan klaim, setiap Pemegang polis yang mengajukan klaim, akan ada penyelidikan terkait klaim benar-benar murni meninggal/kecelakaan/rawat inap tidak dibuat-buat atau disengaja.
- 5) *Check list* dokumen klaim, dokumen-dokumen apa saja yang digunakan untuk kelengkapan pengajuan klaim, sehingga memudahkan departemen

klaim untuk mengecek kelengkapan data. Formulir cukup jelas dan mudah dimengerti.

- 6) Lembar konsultasi dokter penasehat
- 7) Surat pernyataan klaim meninggal, formulir sudah menggunakan nama sehingga jelas fungsi dan penggunaannya. Informasi dalam formulir diisi oleh tertanggung secara jelas dan mudah dipahami. Sebagian besar pertanyaan hanya perlu jawaban “ya” atau “tidak”, sehingga cukup memudahkan dalam pengisiannya dan dapat menghemat waktu pengisian. Formulir dibuat dua rangkap beserta berkas-berkas pengajuan klaim meninggal lainnya, untuk arsip kantor cabang dan kantor wilayah. Pernyataan klaim meninggal juga tidak menggunakan nomor urut, sehingga kurang bisa dipertanggungjawabkan penggunaannya.
- 8) *Check list* berkas pengajuan klaim meninggal, bentuk formulir cukup sederhana, jelas dan mudah dimengerti. Hal ini didukung pula dengan pemberian nama yang sesuai dengan fungsi dan kegunaan formulir tersebut. Bagi pelayanan klaim hanya perlu memberikan tanda *check list* pada kolom-kolom yang terdapat dalam formulir. *check list* berkas pengajuan klaim meninggal di *copy* untuk digunakan sebagai arsip Kantor Wilayah dan Kantor Cabang. Namun, nomor formulir masih ditulis secara manual tidak tercetak. Dan bahkan terkadang petugas tidak menuliskan nomor formulir, sehingga nomor formulir jadi tidak berurutan dan kurang dapat dipertanggungjawabkan.

- 9) Laporan penyelidikan klaim meninggal, penelitian klaim dilakukan dalam batas menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam Laporan Penyelidikan Klaim Meninggal. Pertanyaan-pertanyaan yang dirancang sedemikian rupa sehingga dapat memberi keyakinan bahwa tidak ada sesuatu yang mencurigakan berkaitan dengan kematian tertanggung. Formulir juga menggunakan nama sehingga mudah untuk diidentifikasi.

Formulir dirancang sederhana, jelas, ringkas, dan mudah untuk dipahami namun tetap dapat menghasilkan informasi yang lengkap. Laporan penyelidikan klaim meninggal dibuat rangkap yang akan digunakan sebagai arsip bersama-sama dengan berkas pengajuan klaim meninggal lainnya. Akan tetapi formulir ini tidak menggunakan nomor bercetak urut sehingga kurang dapat dipertanggungjawabkan.

- 10) Surat keterangan meninggal dari rumah sakit/puskesmas/dokter

Keseluruhan dokumen yang digunakan sudah cukup baik, sesuai dengan kebutuhan dan fungsinya yaitu sebagai media untuk mencatat peristiwa yang terjadi didalam organisasi. Kelemahannya dari keseluruhan dokumen tidak memiliki nomor urut cetak agar penggunaannya bisa dipertanggungjawabkan, dan pengarsipannya ditata rapi kembali.

3. Analisis Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas Untuk Pembayaran

Klaim Asuransi Kesehatan AJB Bumi Putera 1912 Cabang Malang

Dieng

- a. Bagian yang terkait

Bagian yang terkait dalam sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng terdiri dari kasir, staff administrasi, Kepala Cabang. Mulai tahun 2012 pembayaran klaim tersentralisasi oleh kantor pusat di Jakarta, setelah pengajuan pembayaran klaim mendapat persetujuan secara manual oleh kantor wilayah, staff layanan klaim menghitung kembali konsep perhitungan klaim dan mengentry nilai klaim melalui *Login* layanan klaim. Kepala cabang *Login* untuk *approval* nilai klaim yang dibayarkan, dan segera diproses oleh kantor pusat. Kantor pusat akan memberitahukan via email ke bagian administrasi jika klaim sudah dibayarkan kepada pemegang polis melalui rekening bank. Staff administrasi melakukan pembukuan pembayaran klaim yang sudah dibayarkan kepada pemegang polis. Kasir *approval voucher* agar polis yang dibayarkan terupdate status polisnya.

Sistem sentralisasi bisa meminimalisir terjadinya potongan-potongan yang tidak seharusnya diterapkan pada pembayaran klaim karena dari kantor pusat langsung kepada pemegang polis. Kelemahannya tidak ada keterangan yang jelas mengenai potongan-potongan pembayaran klaim yang digunakan.

b. Dokumen yang digunakan

Dokumen yang digunakan dalam sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng yaitu *voucher existing* yang merupakan bukti pembayaran klaim dilengkapi dengan identitas pemegang polis, sebagai fungsi dokumen sudah baik dan memberikan informasi yang jelas.

c. Catatan akuntansi yang digunakan

Dokumen yang digunakan dalam sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng adalah buku kontrol kas dibuat oleh bagian administrasi untuk mencatat (secara manual) setiap bukti kas dari setiap transaksi yang terjadi, baik pengeluaran maupun penerimaan kas. Rincian rugi laba dibuat oleh KUAk, sebagai komponen pengeluaran pembayaran klaim dilaporkan dalam rincian rugi laba selama satu periode (bulanan). Menurut teori sistem akuntansi yang menganut sistem *voucher* dalam pencatatan pengeluaran kas sebaiknya menggunakan catatan *register check*.

4. Analisis Pengendalian Intern terhadap Sistem Akuntansi Pengikatan Polis, Pengajuan dan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng

Unsur sistem pengendalian intern terdiri dari struktur organisasi, otorisasi/wewenang dan praktek yang sehat, sebagai berikut :

a. Struktur organisasi

Struktur organisasi yang diterapkan pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng memiliki kemudahan dalam pengambilan keputusan karena kepala cabang langsung membawahi KUAk dan supervisor, sehingga dapat langsung memberikan perintah dan wewenangnya, selain itu pengawasan yang dilakukan oleh kepala cabang kepada bawahannya akan lebih mudah. Bagian staff administrasi memiliki *jobdisk* pengikatan, pengajuan dan pengecekan kelengkapan data, sebaiknya pada bagian ini staff administrasi

dibagi menjadi dua, staff administrasi produksi dan staff administrasi klaim. agar memiliki peranan masing-masing untuk meminimalisir kesalahan yang terjadi. Penerapan struktur organisasi sudah cukup memenuhi unsur-unsur pengendalian intern, terdapat pemisahan fungsi dan tanggungjawab sudah cukup jelas.

b. Sistem wewenang/otorisasi

Pengendalian intern dalam sistem akuntansi pengikatan polis, pengajuan dan pembayaran klaim asuransi kesehatan AJB bumiputera 1912 malang cabang dieng harus sesuai dengan pengendalian intern yang baik.

1) Pada sistem pengikatan polis

Proses otorisasi yang dilakukan pada sistem akuntansi pengikatan polis asuransi kesehatan yaitu sebagai berikut :

- a) Setelah pemegang polis/ tertanggung mengisi SPAJ, agen terkait, KUAK dan Kepala Cabang akan mengotorisasi SPAJ.
- b) Daftar titipan setoran premi pemegang polis/ tertanggung setelah diisi oleh agen, akan diperiksa oleh KUAK dan diotorisasi.

Secara keseluruhan sudah cukup baik, namun pada daftar titipan setoran premi dari pemegang polis kepada agen diberikan form bukti penerimaan telah menipkan pembayaran premi.

2) Pada sistem pengajuan pembayaran klaim

Proses otorisasi yang dilakukan pada sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan yaitu sebagai berikut :

Setelah pemegang polis/ tertanggung mengisi Surat Pengajuan Klaim, agen terkait, KUAKE dan Kepala Cabang akan mengotorisasi Surat Pengajuan Klaim.

Secara keseluruhan sudah cukup baik, namun pada pengajuan klaim sebaiknya ada satu fungsi khusus untuk melakukan penyelidikan keabsahan pengajuan klaim, untuk menghindari penyelewengan.

3) Pada sistem pengeluaran kas untuk pembayaran klaim

Proses otorisasi yang dilakukan pada sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan yaitu sebagai berikut :

- a) Setelah kantor pusat mentransfer pembayaran klaim, kasir mengapproval voucher, agar polis yang dibayarkan terupdate status polisnya.
- b) Kacab mengapproval voucher dengan cara Login Kacab, nilai klaim yang dibayarkan.

c. Praktek yang sehat

Unsur pengendalian intern yang lain adalah praktek yang sehat. Praktek yang sehat pada AJB Bumiputera 1912 Malang Cabang Dieng masih kurang memenuhi syarat pengendalian intern yang baik. Formulir tidak bernomor urut tercetak, mengarsipkan dokumen tersebut masih belum urut sesuai tanggal, sehingga sulit ditemukan ketika membutuhkan formulir. Sebaiknya dari pihak internal melakukan pemeriksaan rutin untuk menguji ketelitian dokumen-dokumen yang digunakan untuk semua kegiatan.