

Memorandum mengenai Aduan Pengguna berhubung dengan Industri Insurans Kepada Bank Negara Malaysia

Oleh Pusat Khidmat Aduan Pengguna Nasional

Pengenalan

Pada era semasa, insurans merupakan satu pelengkap di antara pengguna untuk menghadapi suatu situasi yang tidak dapat dijangka atau keetika kecemasan. Ianya memainkan peranan yang penting dalam mengurangkan risiko dalam bentuk kewangan dalam sesuatu situasi sekiranya para pengguna memiliki polisi insurans.

Industri insurans sudah bertapak sejak zaman penjajahan British pada abad ke 19 apabila syarikat-syarikat British yang melabur di Tanah Melayu serta mengeksport bijih timah dan getah ke luar negara, khususnya ke Eropah. Mengikut peredaran masa, Akta Insurans 1963 yang mula diwujudkan telah melalui perubahan dalam enakmen sehingga Akta Insurans 1996 diperkenalkan. Akta Insurans 1996 telah melalui beberapa perubahan penting pada kerangka perundangan bagi meningkatkan pengawasan dan peraturan industri dari segi peraturan operasi dan kewangan, ketelusan polisi dan amalan perlindungan para pemegang polisi insurans.

Sejak industri insurans berubah menjadi entiti kewangan yang besar, ianya telah diletakkan di bawah pengawasan Bank Negara Malaysia (BNM). Sejak itu, BNM mula memantau dan mengawasi perkembangan industri insurans supaya syarikat insurans akur pada arahan dan peraturan yang temaktub dalam akta tersebut.

Industri insurans adalah merupakan industri yang sudah berkembang maju. Kebanyakan individu telah memiliki satu bentuk polisi insurans sama ada polisi perumahan, pendidikan, kenderaan bermotor, dana simpanan dan

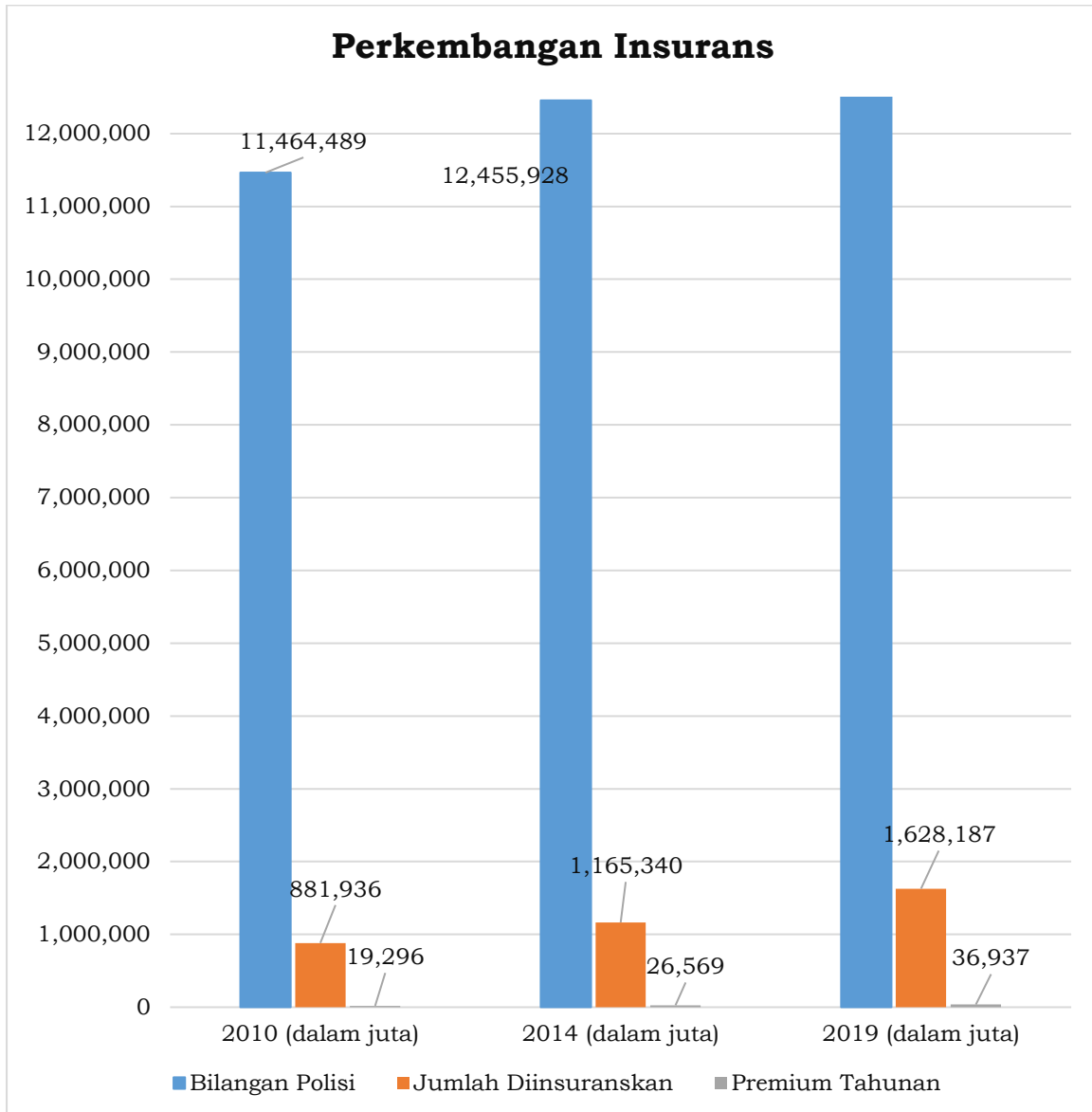
pelbagai lagi. Malah semakin ramai yang mula melabur dalam dana atau insurans pendidikan atau insurans perubatan untuk anak-anak mereka yang baru lahir. Dalam erti kata lain, insurans merupakan suatu perkara yang tidak dapat dielakkan dan ianya sudah menjadi satu keperluan yang perlu dimiliki oleh setiap individu.

Mengikuti peredaran dan perkembangan zaman, kini institusi keluarga mahu pun institusi yang lain turut mengorak langkah bersama dalam arus kemajuan ini. Harga barangan pula melambung berlipat kali ganda tetapi pendapatan para pekerja yang tidak setimpal dengan keadaan ekonomi sekarang. Oleh itu, untuk menjamin harta milik para pengguna daripada kejadian bencana alam ataupun kecuaiian manusia it sendiri insurans telah menjadi satu bentuk perlindungan kepada mereka. Begitu juga insurans hayat yang menjadi satu perlindungan kepada sesebuah keluarga sekiranya berlaku sebarang insiden atau kemalangan yang tidak diduga menimpa pemegang polisi yang juga merupakan satu-satunya pencari nafkah pendapatan untuk keluarga tersebut. Insurans tersebut sekurang-kurangnya dapat membantu untuk menjalani kehidupan seharian.

Para pengguna kini sudah mula melabur untuk jaminan kesihatan mereka dengan membeli insurans perubatan kerana pada masa kini telah terdapat pelbagai penyakit sama ada penyakit berjangkit dan juga tidak berjangkit. Dengan memiliki insurans perubatan ini, ianya akan memberi kelebihan tambahan kepada pemegang polisi untuk mendapatkan rawatan di hospital swasta sekiranya berlaku sesuatu perkara yang tidak diinginkan seperti kemalangan dan sebagainya. Tambahan pula, kos untuk mendapatkan rawatan di hospital swasta kini adalah sangat tinggi. Secara kesimpulannya, memiliki polisi insurans perubatan merupakan satu kelebihan buat semua.

Perkembangan Sektor (2010 -2019)

	2010 (juta)	2014 (juta)	2019 (juta)
Jumlah polisi	11,464,489	12,455,928	12,743,318
Nilai yang diinsuranskan	881,936	1,165,339.8	1,628,186.5
Premium tahunan	19,295.7	26,569.0	36,936.7



Jenis-jenis Aduan yang di terima

1. Peningkatan mendadak dalam bayaran premium

Syarikat-syarikat insuranss didapati telah menaikkan bayaran premium pada kadar yang tinggi dengan kekerapan yang terlalu kerap sehingga menyebabkan para pemegang polisi tidak mampu untuk membayar premium. Tambahan pula, tempoh yang dimaklumkan adalah dalam 3 bulan. Selain itu kenaikan premium itu dikenakan bukan pada masa yang sesuai memandangkan ramai telah kehilangan kerja dan sumber pendapatan, justeru itu, mereka tidak dapat membayar premium. Perkara ini akan menyulitkan keadaan kerana mereka terpaksa mengambil pinjaman pembayaran premium secara automatik (APL) di mana kadar faedahnya adalah jauh lebih tinggi dari kadar yang diberikan oleh pihak bank perdagangan.

Seorang pengadu telah membeli polisi insurans pada 12 tahun dahulu. Pada mulanya beliau membayar premium bulanan sebanyak RM159. Pada tahun ini (2021), beliau telah menerima surat pemberitahuan kenaikan premium yang meningkat mendadak 3 kali ganda sebanyak RM459.00 sebulan. Beliau merupakan OKU dan berumur 60 tahun dan syarikat insurans tersebut telah menggunakan bonus yang sedia ada untuk membayar premium insurans. Beliau kini telah mengambil langkah untuk menyerahkan polisinya kerana pulangannya tidak setimpal. Beliau setakat ini telah membayar sebanyak RM22,000 tetapi pada akhir tidak memiliki apa-apa pulangan, malah telah kehilangan polisinya. Beliau juga berpendapat sekiranya bayaran tersebut jika disimpan dalam bank perdagangan, sudah tentu beliau mendapat pulangan yang jauh lebih baik.

Tambahan pula, tempoh masa antara pemberitahuan kenaikan premium adalah terlalu singkat. Malah ada rungutan setiap tahun ada kenaikan. Pemegang polisi memerlukan tempoh masa supaya dapat membuat persediaan lebih awal untuk membayar premium. Di Malaysia, kebiasaanya

satu keluarga mempunyai 4 ahli akan menunjukkan satu kenaikan premium yang sangat ketara dan tinggi. Kenaikan sedemikian akan menyebabkan para pemegang polisi tidak dapat membayar premium dan akhirnya polisi tersebut akan ditamatkan. Bayangkan sekiranya pemegang polisi telah membayar untuk beberapa tahun dan beliau tidak dapat membayar premium kerana kenaikan yang tinggi atau tidak dapat membayar mengikut masa dan akhirnya membuat pilihan untuk menamatkan polisi. Akhirnya jumlah wang yang telah dibayar akan menjadi sia-sia sahaja.

2. Nilai tunai (bonus) yang terkumpul dalam jangka masa ianya masih aktif, tetapi digunakan untuk membayar premium tanpa mendapat kebenaran daripada pemegang insurans

Salah satu unsur penjualan utama syarikat insurans adalah bonus and nilai tunai polisi insurans tersebut. Bonus ini diberikan sebagai ganjaran dan nilainya akan dicampurkan dengan nilai sebenar sesebuah polisi. Sebaliknya, ianya kelihatan seperti diberikan oleh pihak insurans untuk digunakan untuk membayar kenaikan premium yang tidak dimaklumkan kepada para pemegang insurans. Malahan ianya tidak dimaklumkan kepada para pemegang insurans bahawa bonus tersebut akan dikeluarkan untuk membiayai premium insurans sekiranya pemegang tersebut lupa hendak membayarnya. Perkara ini memang lumrah dalam polisi hayat dan juga polisi 3 dalam 1 iaitu gabungan insurans hayat, kesihatan dan pelaburan.

Sekian lama seseorang pemegang polisi membayar premium, pulangnya jauh lebih rendah berbanding dengan pulangan institusi perbankan konvensional. Sebaliknya, kadar yang dikenakan terhadap pinjaman premium automatik (Automatic Premium Loan- APL) adalah merisaukan kerana terlalu tinggi. Kadar yang dikenakan oleh pihak insurans adalah antara 8% - 10%. Malah, para pemegang polisi juga tidak dimaklumkan akan kadar pinjaman yang akan dikenakan oleh pihak insurans. Apabila

pemegang polisi tidak mampu membayar premium kerana kenaikan premium mendadak, dan kadar pinjaman yang tinggi, kesudahannya, pemegang polisi tersebut terpaksa menyerahkan (surrender) polisi mereka. Keadaan yang lebih memeritkan adalah apabila para pemegang insurans terpaksa menyerahkan polisi mereka setelah sekian lama membayar premium, akhirnya mereka tidak mendapat sebarang pulangan. Segala apa yang telah dibayar oleh para pemegang polisi, ianya tidak ada pulangan langsung. Begitu juga dengan polisi insurans kesihatan.

Syarikat insurans bertanggungjawab sepenuhnya untuk memaklumkan kepada para pemegang insurans atau bakal pemegang insurans akan apa yang bakal terjadi kepada nilai bonus tunai mereka sekiranya mereka gagal membayar premium mengikut masa yang ditetapkan.

3. Perubahan dalam polisi dan premium apabila sebuah syarikat insurans mengambil alih syarikat insurans yang lain perlu dipantau.

Apabila sesebuah syarikat insurans diambil alih oleh syarikat lain, ianya tidak sepatutnya mengganggu syarat polisi yang sedia ada bagi mereka yang sudah sekian lama memilikinya. Para pemegang polisi membeli polisi dengan syarikat lama dan ianya adalah tidak wajar untuk mereka akur kepada syarikat baharu yang mereka tidak membuat sebarang perjanjian. Pemegang polisi dalam situasi sebegini akan mengalami kerugian besar memandangkan polisi mereka dengan syarikat lama adalah lebih rendah dan mendapat pulangan yang tinggi. Sebaliknya bila syarikat baru ini mengambil alih, polisi diubah dan pemegang polisi dipaksa membayar premium yang jauh lebih tinggi dengan pulangan yang tidak setimpal dengan syarikat asal. Sekiranya mereka ingkar untuk mematuhi premium baru, polisi mereka akan terbatal dan menjadi tidak aktif. Segala bayaran yang telah dibuat akan masuk ke 'kocek' pihak insurans.

Perkara yang kelihatan lebih janggal dan bercanggah dengan perundangan adalah polisi dan premium yang dijanjikan dengan syarikat insurans A dan kemudiannya mengarahkan para pemegang insurans akur pada syarikat B

yang baru mengambil alih dan para pemegang polisi tidak tahu menahu mengenai isu dalaman yang berlaku. Seolah-olah 'gajah dengan gajah berjuang, pelanduk mati di tengah-tengah'. Pemegang polisi membeli insurans dengan kepercayaan bahawa syarikat insurans akan menunaikan janji mereka dengan syarat yang telah dipersetujui oleh syarikat insurans dan pemegang polisi, malangnya syarat dan terma yang terkandung dalam polisi tersebut berubah apabila syarikat baru mengambil alih. Malahan syarikat baru tidak mengotakan janji lama.

4. Polisi bayar dahulu dan tuntutan kemudian

Walaupun pemegang polisi mempunyai kad perubatan yang memberi kemudahan kepada pengguna untuk mendapatkan perlindungan perubatan sekiranya timbul masalah kesihatan, namun begitu ramai yang telah dinafikan perkhidmatan tersebut. Malahan mereka diarahkan oleh syarikat ITO untuk membayar dahulu dan menuntut kemudian. Hal ini akan menyulitkan lagi keadaan kerana pemegang polisi perlindungan perubatan terpaksa membayar sendiri sedangkan mereka layak untuk mendapatkan perkhidmatan tersebut. Jumlah yang harus dibayar pula adalah tinggi. Ada terdapat beberapa kes yang diketengahkan di mana pemegang polisi terpaksa membayar RM20000 – RM30000. Jumlah ini adalah sangat besar untuk rakyat umum khususnya daripada kumpulan B40 atau M40.

Dalam satu kajian soal selidik yang telah dibuat, lebih daripada 60% rakyat Malaysia didapati sukar untuk mengeluarkan RM1000 untuk kecemasan, bagaimana pula dengan bil hospital yang menjangkau puluhan ribu ringgit? Perbuatan bayar dahulu dan tuntutan kemudian merupakan seolah-olah satu 'skim' yang menghukum pengguna yang telah membayar premium menepati masa namun mereka tidak dapat menggunakan kemudahan tersebut. Situasi sedemikian menimbulkan perasaan syak wasangka terhadap syarikat insurans dan juga agensi kerajaan yang memantau pihak insurans ini.

Pemegang polisi perubatan atau kad kesihatan tidak dijelaskan apa yang mereka dilindungi oleh polisi mereka. Ramai yang kurang arif dan juga tidak dimaklumkan mengenai perkara ini kerana mereka merasa takut dengan istilah dan terma yang digunakan dalam polisi yang turut mengelirukan mereka. Malah ramai tidak tahu insurans mereka tidak melindungi untuk perubatan estetik atau mendapatkan makanan tambahan. Perkara sebegini harus dimaklumkan kepada mereka supaya mereka ambil maklum akan kelayakan mereka.

Selain itu, para pemegang polisi haruslah dimaklumkan mengenai had maksima kelayakan perlindungan perubatan atau kesihatan. Sesetengah polisi atau syarikat insurans menawarkan perlindungan sama ada had maksima untuk setahun atau had maksima untuk sesuatu rawatan. Dalam hal yang pertama, pada setiap tahun had maksima akan di perbaharui manakala insurans yang keduanya ada limitasinya. Misalnya pemegang polisi hanya layak mendapat rawatan sehingga RM50,000 sepanjang hayat. Dalam satu insiden, seorang pemegang insurans perubatan perlu menjalani pembedahan dan dikenakan bayaran sebanyak RM55000 manakala kelayakan had maksimumnya hanyalah sebanyak RM50,000. Justeru itu, pemegang polisi tersebut terpaksa menanggung bayaran sebanyak RM5,000. Maklumat demikian haruslah dimaklumkan kepada para pengguna yang ingin melabur dalam insurans sedemikian sama ada ianya mempunyai limitasi atau sebarang limitasi yang lain.

Adalah disarankan supaya industri insurans mengadakan mesyuarat dengan pihak hospital swasta dalam penetapan kos perubatan yang terpaksa ditanggung oleh para pengguna. Sesetengah hospital swasta mempunyai kaitan dengan kerajaan persekutuan atau kerajaan negeri sebagai pemegang taruh. Maka industri insurans harus berkerjasama dengan pihak Bank Negara Malaysia (BNM), Kementerian Kewangan (MOF), Kementerian Kesihatan (MOH) dan juga pertubuhan atau persatuan pengguna untuk mendalami dan mengatasi masalah kos perubatan ini. Hakikatnya adalah

tidak adil untuk memaksa para pengguna untuk membayar dahulu dan menuntut kemudian.

5. Pertikaian Dalam Tuntutan

Pada masa ini prosedur yang diperkenalkan oleh industri insurans ini menghalang para pengguna untuk mendapatkan proses tuntutan yang lebih mudah dan cepat. Terdapat aduan yang diterima daripada para pengguna mengenai mekanisme tuntutan yang tidak adil dan tidak memuaskan. Rungutan daripada para pengguna adalah sistem tuntutan yang kompleks dan begitu banyak borang yang perlu diisi dan mengambil tempoh masa yang lama. Prosesnya tidak semudah seperti pada ketika para ejen mengisi borang untuk pelanggan baru menyertai skim insurans ini dan sewaktu menurunkan tandatangan sebagai penjanjian melabur dalam skim insurans ini. Malahan warga emas yang memiliki insurans ini juga terpaksa melalui pelbagai prosedur untuk membuat tuntutan atau menyerahkan/membatalkan polisi mereka dan membuat tuntutan balik. Di samping itu, para pemegang polisi insurans perlu membayar sejumlah wang yang besar untuk mendapatkan laporan untuk membuat tuntutan. Kos ini sepatutnya ditanggung oleh pihak insurans dan satu mekanisme yang mudah dan jelas haruslah dibuat untuk menangani isu ini.

Sepeka lagi isu yang diketengahkan adalah isu GL (guarantee-letter) yang perlu dikeluarkan oleh syarikat insurans kepada pesakit sekiranya dimasukkan ke hospital. Salah seorang pemegang polisi terpaksa menjalani pembedahan di hospital swasta dan memohon untuk GL. GL pertama dikeluarkan dan dalam proses timbul komplikasi lain semasa pembedahan dan terpaksa mendapatkan khidmat nasihat seorang pakar perubatan yang lain. Apabila pesakit itu memohon untuk GL kedua, syarikat insurans tidak mengeluarkan GL dan mengarahkan pesakit tersebut membayar dahulu dan menuntut kemudian. Isu sedemikian merupakan isu yang serius tetapi bagi syarikat insurans pula ianya nampak remeh.

6. Maklumat mengenai perkara yang tidak boleh dituntut dalam kad kesihatan

Syarikat insurans perlu menyatakan kelayakan pembedahan atau semua jenis perkhidmatan yang pemegang polisi boleh dapatkan daripada pihak hospital. Begitu juga semua perkhidmatan yang mereka tidak layak dapatkan juga harus dinyatakan kerana ini akan mengurangkan isu ketelusan polisi perubatan itu sendiri. Industri insurans dan ejen-ejen mereka juga bertanggungjawab sepenuhnya dalam memperjelaskan segala yang terkandung dalam polisi yang dibeli oleh para pengguna. Para pengguna atau pemegang polisi berhak untuk mengetahui segalanya mengenai insurans perubatan atau sebarang insurans yang dibelinya.

Adalah disarankan supaya syarikat insurans menyediakan lembaran pendedahan produk (Product Disclosure Statement) sebelum menjual produk mereka kepada orang ramai. Dalam kenyataan penzahiran perlu diperjelaskan apakah kelayakan dan jenis-jenis perkhidmatan yang boleh dituntut atau boleh digunakan serta perkhidmatan yang tidak boleh dituntut di hospital swasta. Hal ini akan memudahkan dan menjelaskan kepada para pemegang insurans mahu pun kepada individu yang merancang untuk membeli insurans tentang hak-hak mereka dan kelayakan mereka memandangkan terdapat pelbagai jenis insurans dan semuanya mempunyai polisi yang berbeza-beza.

Terdapat beberapa insiden di mana para pemegang polisi dimaklumkan bahawa kad perubatan mereka adalah tidak sah atau tidak diperakukan di beberapa hospital swasta serta untuk beberapa gejala yang mereka tidak tahu. Ini menunjukkan syarikat insurans mahu pun ejen-ejen mereka tidak menjelaskan kepada pemegang insurans akan limitasi yang terkandung dalam polisi-polisi yang dijual. Maklumat sedemikian tidak boleh disimpan dan dirahsiakan daripada para pengguna kerana mereka adalah pelanggan yang membiayai premium mereka. Malah ada beberapa pemegang polisi yang menerima surat dari syarikat insurans yang memaklumkan mereka

tidak boleh menggunakan perkhidmatan di beberapa buah hospital. Isu yang pihak insurans tidak mendalami adalah sesetengah pesakit mendapat rawatan susulan atau sedang menerima rawatan dengan pakar perubatan di hospital-hospital tersebut. Ianya tidak masuk akal sekiranya syarikat insurans melarang pemegang polisi menggunakan perkhidmatan yang ditawarkan oleh pakar perubatan di hospital tersebut melainkan mereka mereka terpaksa bayar dahulu dan tuntutan kemudian. Apakah jaminan yang dapat diberikan oleh syarikat insurans untuk membayar balik semua yang telah dibayar oleh pengguna? Tambahan pula, mereka membayar premium mereka mengikut masa tetapi tidak dapat menggunakan perkhidmatan yang ditawarkan oleh hospital tersebut.

7. Istilah yang mengelirukan dalam polisi insurans

Sesetengah terma atau istilah yang digunakan dalam polisi insurans adalah mengelirukan dan mempunyai maksud lain. Istilah-istilah yang digunakan oleh pihak insurans telah menyebabkan para pemegang polisi mengalami kerugian yang besar dan tidak mendapat apa yang mereka sepatutnya terima. Para ejen yang menjual polisi juga gagal menjelaskan istilah yang terkandung dengan betul. Salah satu contohnya adalah polisi pendidikan. Dalam satu situasi seorang ayah telah membeli polisi pendidikan untuk dua orang anaknya (kembar) yang baru lahir dengan harapan pelaburan itu akan membantu membiayai pendidikan pengajian tinggi anak-anaknya apabila polisi tersebut matang. Polisi tersebut mempunyai istilah *DDDlink Education*. Nilai polisi tersebut adalah RM100,000.

Untuk orang awam, dalam kefahaman mereka ada tertera istilah Education yang bermaksud untuk pendidikan. Tetapi apabila ayah kanak-kanak tersebut pergi ke syarikat insurans untuk menyerahkan polisi tersebut untuk mendapatkan wang, malangnya beliau dimaklumkan insurans tersebut adalah insurans hayat. Pemegang polisi tersebut telah membayar hampir RM29,000 selama 16 tahun dan beliau hanya mendapat pulangan sebanyak RM17,268.98. Hal ini seolah-olah kelihatan seperti satu penipuan oleh pihak ejen dan juga syarikat insurans yang menjual polisi insurans dengan

menggunakan istilah pendidikan (Education) untuk mengaburi kefahaman orang biasa.

Syarikat insurans sesungguhnya telah mengelirukan dan memperdaya pemegang insurans dengan menjual polisi yang sebenarnya bukan polisi pendidikan tetapi menggunakan istilah pendidikan. Adalah tanggungjawab utama industri insurans untuk memastikan kekeliruan sebegini tidak berlaku langsung. BNM haruslah memantau industri insurans supaya perkara sedemikian tidak berulang lagi.

Cadangan Penambahbaikan

Pusat Khidmat Aduan Pengguna Nasional (NCCC) ingin membuat beberapa cadangan penambahbaikan untuk memastikan para pengguna dimaklumkan sepenuhnya berkenaan maklumat penting sebelum para pengguna membeli insurans. Perkara ini adalah untuk mengurangkan atau mengelakkan segala isu yang telah diketengahkan supaya perkara sedemikian tidak berulang lagi.

1. Ketelusan dalam polisi insurans

Semua polisi insurans hendaklah dibuat supaya ianya mudah dibaca dan difahami oleh para pengguna. Penggunaan istilah-istilah yang terlalu kompleks dan akan mengelirukan para pembaca perlu dielakkan. Salah satu cadangan adalah pada muka hadapan polisi insurans perlu di catatkan semua maklumat penting termasuk perkara yang pemegang polisi layak dan tidak layak. Sama ada insurans itu adalah insurans pendidikan atau hayat atau pelaburan. Hal ini adalah kerana lebih daripada 70% pemegang polisi tidak membaca kesemua kandungan polisi tersebut dan tidak tahu menahu mengenai terma dan syarat yang ditulis dalam terma insurans yang begitu kompleks. Malah untuk membaca kesemua terma dan syarat, ianya memerlukan lebih 15 hari untuk membaca dan membuat rujuk untuk memahaminya melampaui tempoh reda (cooling-off period). Selain itu,

maklumat yang terkandung dalam terma dan syarat tidak diperjelaskan dengan sepenuhnya menyebabkan para pemegang polisi menghadapi kesukaran untuk mendapatkan khidmat bantu apabila berlaku sesuatu perkara yang tidak diingini.

Sering kali para pengguna akan hanya mendengar penjelasan daripada ejen dan menjawab soalan yang dikemukakan oleh pengguna dan sebaliknya. Lazimnya para pengguna akan menjawab soalan dalam bentuk soalselidik yang dikemukakan oleh ejen. Namun demikian, adalah salah untuk mentafsirkan bahawa semua kandungan telah difahami oleh para pengguna kerana ianya tidak menjelaskan segala kandungan dalam cetakan halus (*fine print*)

Pengguna yang membeli polisi tanpa diberi maklumat lengkap dan tidak memahami isi kandungan serta kontrak dan menerima terma dan syarat yang terkandung adalah sama dengan peribahasa dalam Bahasa Inggeris "*pig in a poke*" yang bermaksud membeli sesuatu barangan tanpa usul periksa dan tidak mengetahui isi kandungannya. Dalam erti kata lain, membeli dengan membuta tuli. Jadi, polisi-polisi yang dijual perlulah jelas dan telus.

2. Penambahbaikan dalam pengendalian isu tuntutan

Salah satu isu yang telah diketengahkan sebelum ini adalah mengenai isu pengendalian proses tuntutan oleh syarikat insurans. Cadangan utama adalah untuk mengendalikan dengan cara yang lebih professional dan teratur. Penambahbaikan juga perlu diperkukuhkan apabila sesuatu tuntutan tidak boleh diterima oleh pihak insurans dan cara untuk mendapatkan hak resolusi pertikaian bagi pihak pengguna.

NCCC juga turut mencadangkan beberapa reformasi mengenai pertikaian tuntutan:

2.1 Proses Latihan untuk Pengguna Dalam Isu Tuntutan

Program-program mengenai kesedaran untuk para pemegang polisi mengenai proses tuntutan perlu diadakan. Ini akan membantu para pemegang polisi untuk membuat tuntutan dengan langkah semudah *a, b, c* dalam bahasa yang mudah dan jelas difahami oleh individu biasa serta menjelaskan kesemua dokumen yang perlu disertakan bersama.

2.2 Penubuhan Sebuah Lembaga Tuntutan

NCCC juga mencadangkan penubuhan sebuah lembaga yang terdiri daripada anggota yang bebas dari syarikat insurans untuk mengkaji dan menganalisa semua kes tuntutan yang dikemukakan kepada bahagian tuntutan semua syarikat insurans. Kesemua kes yang diketengahkan ke lembaga ini harus diteliti tanpa unsur prasangka dalam kalangan pengurus-pengurus kes dalam situasi yang adil dan telus. Melalui cara ini, ianya akan memberi keyakinan dan nafas baharu kepada semua pengguna. Kesenambungan pasti akan menjamin industri insurans sekiranya lembaga ini dapat menjalankan tugas mereka dengan adil dan saksama tanpa unsur berat sebelah. Melalui lembaga ini juga, para pengguna akan mempunyai satu platform untuk mengenengahkan isu mereka sebelum ianya dibawa ke Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) sekiranya isu yang diketengahkan memerlukan mediasi dan bantuan OFS.

3. Terma kontrak yang tidak adil

Bank Negara perlu campurtangan dan memastikan semua syarikat insurans dalam industri insurans mempunyai terma perjanjian yang standard dalam polisi-polisi yang dijual. Hal ini adalah untuk mengelakkan terma dan syarat dalam perjanjian yang berat sebelah dan tidak adil kepada sebelah pihak kerana ianya akan menimbulkan ketidakseimbangan kepada hak dan pematuhan (kewajipan). Kebanyakan terma yang digunapakai memihak kepada penyedia perkhidmatan dan bukan kepada pihak pengguna.

Dalam kontrak atau perjanjian sepatutnya tidak ada perkara yang tersirat dalam terma dan syarat. Ianya mesti telus dan jelas. Misalnya dalam '*Cooling-off period*' (tempoh bertenang) selama 15 hari yang diberikan kepada para pengguna untuk membaca dan bersetuju dengan terma dan syarat yang terkandung dalam kontrak polisi memang tidak memadai. Ini adalah kerana tempoh masa untuk polisi itu sampai ke tangan bakal pemegang polisi dan untuk membaca kesemua terma dan syarat adalah tidak mencukupi. Ada kalanya mereka ingin berbincang dengan kaum keluarga dan meminta pandangan daripada orang yang lebih arif mengenai insurans atau membuat perbandingan dengan tawaran daripada syarikat insurans yang lain.

Satu lagi isu yang diketengahkan adalah mengapa syarikat insurans harus mengenakan 'load' atau premium tambahan terhadap pemegang polisi insurans yang telah menjalani pembedahan dalam premium tahun seterusnya atau tidak melayakkan pemegang polisi untuk diberi perlindungan yang sama? Isu-isu sedemikian perlu di keluarkan dari polisi.

Syarikat insuranss, mempunyai beberapa peruntukkan yang penting dan wajib serta perlu diketengahkan oleh ejen kepada pada bakal pemegang insurans. Misalnya apabila syarikat insurans mengenakan bayaran tambahan dan insurans perubatan yang disuratkan: (dalam Bahasa Inggeris)

“The company reserves the right at any time and from time to time to vary the rates for the Insurance and Service Charges at its absolute discretion.”

Maksud peruntukkan di atas mentakrifkan bahawa syarikat insurans berhak untuk menaikkan bayaran untuk perkhidmatan pada bila-bila masa dan perkadarannya akan berubah dari masa ke masa, andaian ianya merasakan perlu dinaikkan.

Peruntukkan ini jelas menunjukkan ianya adalah tidak adil sama sekali kepada para pengguna kerana industri insurans boleh menaikkan kos insurans dengan sewenang-wenangnya jika Bank Negara Malaysia meluluskan kenaikan tersebut mengikut pencapaian industri insurans. Malah para ejen tidak memaklumkan kepada para bakal pemegang polisi mengenai perkara ini iaitu syarikat insurans berhak menaikkan premium mengikut keperluannya mengikut kadar dan masa yang ditetapkan oleh industri insurans dengan kebenaran BNM. Sehingga sekarang, ramai pengguna yang tercengang apabila mendapat arahan bahawa premium mereka dinaikkan dari 30%-60% mengikut syarat yang terkandung dalam polisi.

Selain itu, setiap tahun syarikat insurans akan mengenakan bayaran atau fi untuk polisi. Mengapa syarikat insurans mengenakan fi tersebut sedangkan para pemegang insurans membayar premium mereka pada masanya sama ada bulan, suku tahun, separuh tahun atau tahunan. Ini sememangnya tidak adil bagi pihak pengguna apabila dikenakan bayaran atau fi tambahan ini.

4. Pembelajaran berterusan dan latihan pementapan kepada Ejen

Salah satu isu yang mesti dibangkitkan adalah kefahaman ejen yang kurang mendalam mengenai insurans dan nasihat yang lemah dan tidak kukuh yang diberikan oleh ejen kepada para pengguna. Sekiranya ejen yang menawarkan polisi insurans kepada para pengguna dengan memberi maklumat palsu atau salah, ianya akan meningkatkan atau mengurangkan sesuatu produk yang dijual. Dalam ertikata lain, para pengguna mungkin akan diinsuranskan melebihi nilainya atau jauh lebih rendah dari apa yang sepatutnya. Oleh itu, langkah sewajarnya adalah untuk membuat penelitian semula mengenai kaedah latihan yang diberikan oleh para ejen kanan kepada ejen-ejen baru.

Oleh kerana produk insurans selalu berubah mengikut peredaran masa, begitu juga dengan polisi insurans yang diterbitkan juga semakin rumit. Sesungguhnya insurans adalah sesuatu yang rumit tetapi ianya boleh dipermudahkan sekiranya ejen dapat menyampaikan maklumat yang penting dan harus diketahui oleh para pengguna.

Adalah sangat penting untuk mengelakkan risiko penyampaian maklumat yang tidak benar apabila kedua-dua pengguna dan ejen berbincang. Sekiranya isu ini tidak ditangani pada peringkat awal lagi, ianya boleh menyebabkan masalah yang besar dikemudian hari.

Satu lagi isu yang telah diketengahkan adalah ejen-ejen insurans yang menjual polisi mereka semata-mata untuk mencapai KPI mereka dengan menjual polisi yang banyak seperti yang ditetapkan oleh pegawai atasan /kanan mereka. Ada juga didapati bahawa para ejen menggunakan kaedah menelefon para pengguna dan juga bersemuka. Tetapi kaedah sebegini tidak dapat menyampaikan semua maklumat dengan jelas dan tepat dan para pengguna tidak dapat membuat keputusan yang lebih baik dan bijak. Dalam erti kata, ejen-ejen lebih mementingkan pencapaian sendiri daripada memberi perkhidmatan yang sewajarnya kepada para pengguna.

Pimpinan dan dorongan dari pegawai atasan dalam industri insurans pasti akan menjadi pemangkin kepada ejen-ejen baru yang ingin mencapai tangga kejayaan seperti pegawai-pegawai atasan mereka. Namun terdapat segelintir ejen yang memperdayakan para pengguna yang naif untuk membeli insurans tanpa menjelaskan dengan lebih terperinci dan mendalam tentang polisi yang dijual. Hal ini juga turut perlu diberi perhatian yang penuh.

Kursus Dalaman (Mendidik ala- guru)

Kursus sedemikian mendapat perhatian yang lebih mendalam di pelbagai industri di mana para peserta yang mengambil bahagian memberi peluang kepada para pelatih untuk menimba ilmu mengenai kaedah kemahiran praktikal, pengetahuan dan kemahiran untuk mengembangkan keyakinan apabila berdepan dengan klien atau pengguna yang bakal memegang polisi insurans dengan menyampaikan maklumat yang betul, jelas dan tepat. Ini dapat mengelakkan pelatih menyampaikan maklumat yang salah kerana mereka dipantau oleh pegawai atasan. Para ejen juga haruslah mengikut perkembangan masa dan mendalami produk atau polisi yang mereka jual. Sebenarnya tidak terdapat kriteria khas untuk menjadi ejen tetapi hanya keinginan dan daya usaha serta inisiatif dalam diri seseorang ejen. Para ejen harus mementingkan para pengguna yang mereka akan berkomunikasi dengan di satu hari kelak dan bukan setakat menjual. Ini adalah kepentingan bersama khususnya untuk pengguna, ejen dan juga industri insurans umumnya.

Program penambahbaikan untuk ejen akan memastikan para ejen:

- Berpengetahuan dalam semua produk/ polisi insurans
- Memberi nasihat kepada para pengguna dengan betul
- Menerangkan produk atau polisi yang ada di pasaran dengan cara dan kaedah yang betul
- Berkeyakinan apabila menyampaikan maklumat mengenai polisi

- Boleh menjawab semua soalan yang dikemukakan atau sekiranya para pengguna menyuarakan kesangsian mereka terhadap polisi secara professional.

5. Maklumat produk yang tepat dan padat

Mengkaji dan meneliti semula semua lembaran pendedahan produk (PDS) adalah sangat penting dinyatakan dengan lebih jelas dan padat dan dalam bahasa yang mudah difahami oleh para pengguna. Ini akan memudahkan para pengguna membuat keputusan yang lebih bijak dan tepat. Maklumat yang dinyatakan bukan sekadar mengandungi maklumat umum tetapi ianya haruslah disampaikan dengan mempamerkan kefahaman dalam kalangan para pengguna yang bakal membeli insurans sehingga mereka boleh membuat keputusan yang tepat yang sesuai dengan mereka. Malahan syarikat insurans juga menawarkan pelbagai jenis polisi dan setiap polisi berbeza di antara satu sama lain yang para pengguna tidak tahu atau faham akan perbezaannya. Umumnya, polisi-polisi sedemikian selalunya mengelirukan para pengguna kerana mereka tidak diberi penerangan atau polisi tersebut tidak memberi gambaran tentang perlindungan polisi yang dihadkan.

Merujuk kepada klausa pengecualian dan juga faktor-faktor yang tidak boleh dituntut, sepatutnya syarikat insurans dan ejennya bertanggungjawab sepenuhnya dalam menerangkan dan mengulas serta memperincikan segala perlindungan yang disediakan dan juga tidak termaktub dalam polisi tersebut. Hal ini akan memudahkan keadaan sekiranya para pemegang polisi tersebut terpaksa menggunakan polisi tersebut untuk mendapatkan rawatan dari hospital. Sepatutnya adalah perhubungan dua hala yang perlu dijalin yang berlandaskan kejujuran dan integriti.

Bahagian yang perlu dikaji dan disemak semula termasuk:

- Ketelusan dalam penyenaiaan nilai insurans termasuk fi yang terlindung (tidak diperjelaskan) serta fi tambahan
- Penambahbaikan perbandingan antara produk-produk insurans
- Mengkaji semula keberkesanan maklumat yang tersedia untuk membolehkan para pengguna membaca
- Mengkaji semula keberkesanan akan kefahaman para pemegang polisi mengenai kandungan prospektus akan skim pelaburan insurans dan fungsinya
- Mengkaji semula penggunaan istilah-istilah insurans yang mudah mengelirukan pengguna menyebabkan mereka membeli polisi tanpa mengetahui kandungan dan perlindungan polisi tersebut

Walaupun ianya adalah tanggung jawab para pengguna untuk membaca dan memahami kandungan polisi insurans yang dibeli, namun terma dan istilah yang terlalu panjang dan berbentuk teknikal ini menyukarkan para pengguna untuk memahami perkara yang tersirat dan tersurat dalam terma dan syarat polisi tersebut. Oleh itu, mereka tidak dapat memahami dengan lebih mendalam. Polisi insurans merupakan suatu aset kepada para pemegangnya, maka adalah wajar untuk syarikat insurans menerangkan klausa-klausa penting kepada para pengguna yang bakal dapat membantu mereka memahami isi kandungan polisi serta hak mereka sebagai pemegang polisi.

Dalam situasi perbandingan, syarikat insurans dan takaful (ITO) telah menyediakan peruntukkan sejumlah RM3 juta untuk membantu para pemegang polisi semasa pandemik Covid-19. Peruntukkan ini disediakan khususnya kepada pemegang polisi yang terpaksa menjalani rawatan di hospital semasa pandemik. Malangnya peruntukkan ini hanya dikhaskan kepada mereka yang mengalami penyakit yang berkaitan dengan saluran pernafasan sahaja dan bukan untuk pesakit lain. Pihak ITO tidak menerangkan kepada pihak hospital atau kepada kakitangan hospital yang telah menyampaikan maklumat yang tidak tepat kepada para pemegang

polisi di mana mereka terpaksa bayar dahulu dan tuntutan kemudian. Pihak ITO bertanggungjawab sepenuhnya untuk memastikan maklumat polisi itu diterima daripada pegawai atasan hinggalah kesemua kakitangan hospital khususnya yang berurusan dengan pesakit.

BNM sebagai pengawal selia industri insurans seharusnya menyediakan templat khas kepada semua syarikat insurans untuk meereka akur dan patuhi setiap masa apabila mana satu polisi baharu diperkenalkan. BNM juga harus memantau dan memperhalusi kesemua polisi yang disediakan oleh semua ITO supaya polisi-polisi yang disediakan adalah sesuai dengan kebajikan atau stratifikasi masyarakat di Malaysia khususnya golongan M40 dan B40. Para pengguna tidak sepatutnya dibiarkan begitu sahaja apabila ITO menjual polisi-polisi yang berkaitan dengan pendidikan dan perubatan dan menjual hanya apa mereka mohon atau mengikut had kewangan mereka. Apabila terdapat isu sedemikian, para pengguna haruslah dilindungi dengan sewajarnya.

Semua ITO harus mematuhi semua spesifikasi yang telah ditetapkan oleh BNM dan bukan sebaliknya di mana ITO yang meletakkan semua terma dan syarat mengikut cara mereka sendiri manakala pihak BNM hanya meluluskan sahaja dan pihak ITO boleh membuat promosi untuk menjualnya. Oleh kerana para pengguna akan membayar premium sehingga ianya matang atau sampai akhir hayatnya, BNM sepatutnya memastikan polisi-polisi yang dijual perlu diperjelaskan secara terperinci supaya para pengguna mendapat perlindungan yang penuh.

6. Peningkatan Premium

Dengan Covid-19 mula mencengkam kehidupan setiap individu tanpa mengira bangsa, umur dan kedudukan. Peningkatan premium khususnya dalam polisi perubatan tidak sepatutnya dinaikkan selagi pandemik ini masih menerkam kita dari segi ekonomi. Secara logiknya, kepadatan

bilangan pesakit di hospital swasta adalah kurang daripada tahun-tahun yang sebelumnya disebabkan oleh pandemik Covid -19. Dalam erti kata lain, kos yang ditanggung oleh ITO adalah amat kurang berbanding dengan tahun-tahun yang sebelumnya. Situasi pandemik ini juga, ramai yang telah kehilangan pekerjaan, ada juga yang terpaksa bekerja dengan gaji yang dipotong serta terpaksa menghadapi pelbagai kesukaran. Hal ini akan menjadi satu penghalang besar kepada para pemegang polisi untuk membayar premium untuk insurans mereka. Apa lagi, premium insurans dinaikkan itu seolah olah mencengkam para pengguna pada ketika syarikat insurans sepatutnya menghulurkan bantuan kepada semua pelanggan mereka. Kita tidak mahu melihat ramai yang menyerahkan polisi mereka semata-mata kerana kenaikan pada situasi yang tidak sepatutnya.

Kebanyakan pemegang polisi yang tidak pernah menggunakan kad perubatan mereka di mana-mana hospital selama mereka memiliki polisi tersebut sama ada untuk rawatan sebagai pesakit luar mahu pun pembedahan namun membayar premium mengikut tempoh masa yang telah ditetapkan. Walaupun mereka tidak pernah menuntut atau menggunakan kad tersebut, namun mereka juga terpaksa membayar kenaikan premium yang kian naik mendadak. Apabila para pengguna membeli insurans kenderaan, mereka diberikan No-Claim Bonus (NCB). Tetapi mengapakah struktur sedemikian tidak digunakan dalam isu insurans perubatan di mana para pemegang polisi membayar polisi mereka mengikut ketetapan masa perlu dibayar premium. Melalui cara yang demikian, para pengguna akan berusaha menjaga kesihatan mereka dan pihak insurans juga dapat menjimatkan kos mereka daripada perlu membiayai kos perubatan di hospital-hospital swasta.

Ketika pandemik ini, ramai pemegang polisi tidak menggunakan kad perubatan mereka. Mengikut Persatuan Hospital-hospital Swasta, dilaporkan jumlah pesakit yang mendapatkan rawatan semasa Covid menjunam kepada 70%. Hal ini adalah kerana para pemegang polisi telah mengambil langkah untuk berjaga-jaga dan tidak keluar rumah ketika pandemik ini. Malahan mereka yang terpaksa mendapat rawatan Covid telah di hantar ke hospital

kerajaan dan bukan hospital swasta. Ini juga adalah kerana rancangan kerajaan bagi memutuskan rantai covid 19 ini.

Melalui situasi yang sedemikian, ITO tidak akan membelanjakan kos yang banyak untuk membiayai tuntutan insurans sama ada daripada pemegang polisi mahu pun hospital-hospital swasta, maka bayaran premium sepatutnya diturunkan dan bukannya dinaikkan. Keperluan untuk menaikkan premium insurans pada ketika ini perlu ditangguhkan buat beberapa tahun memandangkan orang rakyat khususnya warga emas telah menjaga diri mereka dengan sebaik mungkin untuk mengelakkan diri daripada dijangkiti penyakit serta kerajaan telah berusaha sentiasa mengingatkan para pengguna untuk menjaga dan mematuhi SOP.

7. Kad Perubatan / Kesihatan

Ramai pemegang polisi perubatan terkilan apabila mereka diarahkan untuk bayar dahulu dan tuntutan kemudian bagi sesetengah kes rawatan apabila pesakit dimasukkan ke dalam wad. Pasti yang tidak masuk akal, para pemegang polisi telah membayar premium perubatan dan masih membayar polisi mereka dengan harapan mereka akan dilindungi sekiranya mereka memerlukan rawatan. Hal ini seolah-olah mempamerkan satu bentuk penipuan oleh pihak ITO dan mengelirukan para pemegang polisi. Bagi mengelakkan isu ini berlaku, pihak BNM perlu mengeluarkan satu garis panduan yang perlu dipatuhi oleh industri insurans. Garis panduan tersebut harus dinyatakan bahawa semua hak dan kelayakan untuk mendapatkan rawatan seseorang pemegang polisi yang memiliki insurans perubatan.

Di samping itu, semua bentuk rawatan dan had maksima kos untuk perubatan, dan jenis prosedur rawatan juga perlu dijelaskan supaya ianya tidak menimbulkan kekeliruan kepada semua pihak khususnya kepada pemegang polisi. Pihak BNM perlu juga memperhalusi kandungan setiap polisi insurans yang disediakan oleh ITO. Hal ini adalah kerana semua syarikat insurans menjual dan mempromosikan pelbagai insurans di pasaran mengikut keperluan dan kemampuan para pengguna umumnya.

Salah satu cadangan adalah, syarikat ITO perlu meletakkan semua bentuk pakej insurans dalam satu kumpulan perkongsian keuntungan. Sudah pasti ada pakej yang akan membawa pulangan yang lumayan dan begitu juga yang akan membawa pulangan yang tidak begitu tinggi tetapi yang pasti tiada kerugian. Dalam situasi sedemikian, insurans perubatan yang menguntungkan akan membantu menampung pakej yang tidak membawa keuntungan besar. Apa yang pasti, syarikat insurans akan masih mendapat keuntungan dan pada masa yang sama dapat mengamalkan tanggungjawab sosial korporat (CSR) kepada pemegang polisi. Malah ianya merupakan serampang dua mata iaitu untuk melindungi pengguna dan pada masa yang sama dapat mengurangkan bebanan kewangan pengguna.

BNM juga seharusnya menggalakkan para pengguna untuk membeli skim insurans sebagai satu pelaburan. Oleh itu, BNM perlu mengarahkan para ITO untuk menyediakan polisi-polisi yang bersesuaian untuk golongan yang berpendapatan rendah. BNM harus mengarahkan syarikat insurans menyediakan polisi seumpama ini dan perlu meneliti supaya ianya benar-benar sesuai untuk golongan yang berpendapatan rendah. Hakikatnya semua rakyat sepatutnya mendapat perlindungan kesihatan tanpa mengira pendapatan, agama dan kaum.

Di samping itu, syarikat insurans bukan hanya bergantung pada keuntungan dari penjualan polisi perubatan, malah terdapat banyak sektor lain seperti insurans hayat, insurans harta benda, insurans kenderaan, insurans pendidikan dan lain-lain. Aspek keselamatan dan perlindungan untuk pemegang polisi dan bukan hanya mencari keuntungan akan memberi satu penakrifan baru dalam kalangan para pengguna mengenai dasar insurans dan kepentingannya

Terma bayar dahulu dan tuntutan kemudian wajib dimansuhkan dan tidak boleh diguna pakai jika kad perubatan dan polisi perubatan atau kesihatan dibeli oleh para pengguna. BNM sepatutnya memantau dan menjadi

pelindung kepada semua pemegang polisi perubatan ini. Isu sedemikian tidak sepatutnya berulang lagi dan sekiranya ianya berulang lagi, ITO tersebut tidak seharusnya menjual polisi perubatan ini.

Isu yang berikutnya adalah berkaitan dengan kad perubatan. Masalah kesihatan yang dialami oleh pemegang polisi yang dihidapi sudah lama sedangkan pemegang polisi tidak mengetahui beliau mengidap penyakit tersebut sehinggalah pemegang polisi dinafikan rawatan dan terpaksa bayar sendiri. Bagi menyelesaikan isu ini, ITO perlu bertanggungjawab sepenuhnya terhadap pemeriksaan perubatan dan memaklumkan kepada pemegang polisi akan keadaannya sebelum meluluskan kad perubatan. Hal ini akan membantu mengurangkan isu penyakit (pre-existing) yang dialami oleh pemegang polisi apabila menerima rawatan di pusat perubatan.

Seluruh dunia kini dilanda dengan pandemik Covid-19 dan para pengguna turut terkesan dan musykil sama adakah mereka akan dilindungi oleh syarikat ITO sekiranya dimasukkan ke hospital kerana Covid-19? Begitu juga sekiranya terdapat wabak baru yang tercetus, adakah pihak ITO akan melindungi para pemegang polisi sekiranya mereka dimasukkan ke hospital kerana wabak baru tersebut? Pada beberapa dekad dahulu, pelbagai jenis wabak telah mula merebak seperti MERS, SARS dan EBOLA dan sebagainya. Penyakit-penyakit yang mudah merebak ini sangat merbahaya dan boleh membawa maut. Semua ITO perlu menerap dan memastikan semua pemegang polisi mendapat perlindungan perubatan sekiranya dijangkiti penyakit baru.

8. Klausula Deklarasi dan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 (PDPA)

Sesetengah ITO dalam borang cadangan pembelian polisi meminta bakal para pemegang polisi untuk menurunkan tanda tangan di mana untuk membenarkan pihak ITO berkongsi data peribadi mereka dengan pihak ketiga bagi tujuan pemasaran seperti promosi melalui telefon dan sebagainya.

Klausa ini seharusnya tidak dimasukkan dalam borang cadangan kerana bercanggah dengan Akta PDPA. Kebanyakan ejen tidak memaklumkan perkara ini kepada para bakal pemegang polisi dan ramai pengguna tidak mengetahui isu ini.

Jika sekiranya kebenaran menggunakan PDPA dimasukkan dalam borang cadangan, maka setiap satu kenyataan mesti diikuti dengan kotak untuk bakal pemegang polisi menandakannya sama ada bersetuju atau tidak. Di sini peranan ejen adalah sangat penting untuk menyampaikan maklumat yang sebenar kepada bakal pemegang insurans semasa menerangkan kepada mereka supaya mereka memahami kandungan yang tertera dalam kenyataan tersebut. Selepas mendapat penjelasan daripada ejen, barulah bakal pemegang insurans boleh menurunkan tanda tangannya. Ini adalah untuk melindungi para pengguna dari penyalahgunaan data peribadi.

9. Laman sesawang Insurans Bebas

Memandangkan insurans memainkan peranan yang penting dalam sektor kewangan di negara kita dan ianya berada dibawah pengawasan BNM, satu laman sesawang bebas perlu dibangunkan yang mewakili semua ITO. Di sini para pengguna sepatutnya boleh mengemukakan soalan-soalan berkenaan dengan insurans. Malahan para pengguna boleh mendapatkan maklumat berkenaan insurans dan membuat perbandingan polisi dan pakej polisi-polisi yang terdapat dipasaran. Langkah sedemikian dapat membantu para pengguna untuk memantapkan pengetahuan mengenai insurans sama ada untuk membuat pembelian, membuat tuntutan dan sebagainya.

Selain itu, segala pertanyaan dan rungutan dan aduan mengenai insurans boleh dipaparkan di sini oleh para pemegang polisi. Maklum balas yang diberikan oleh agensi ini akan membantu pemegang polisi untuk membuat keputusan yang sewajarnya. Pengendali laman sesawang seharusnya terdiri daripada pegawai-pegawai yang tidak terikat atau dibawah cengkaman mana-mana ITO mahupun BNM serta boleh memberi nasihat tanpa was-was

yang sewajarnya dengan betul. Melalui cara ini, BNM dapat memantau dan menilai keberkesanan dan kelemahan polisi mahu pun sistem pematuhan ITO itu sendiri. BNM, ITO dan persatuan pengguna harus menjadi pemerhati dan pemantau supaya segala permasalahan dapat diketengahkan dan diselesaikan dengan baik. Namun begitu, entiti-entiti ini tidak boleh campur tangan dalam urusan pengendalian laman sesawang ini.

Kesimpulan

NCCC telah menerima banyak aduan mengenai isu insurans daripada para pengguna. Industri insurans ini besar dan terdapat pelbagai sektor. Para pengguna memerlukan insurans dari harta benda, hayat pendidikan dan sebagainya untuk melindungi diri mereka, keluarga dan harta benda. Insurans akan menjadi satu keperluan asas kepada semua individu memandangkan kita akan mempunyai harta benda dan keluarga. Oleh itu, ianya perlulah tepat, telus dan lebih jelas supaya para pengguna yang ingin melabur dalam insurans mengetahui dan memahami segala isi kandungan dalam polisi tersebut. Di samping itu, polisi-polisi juga haruslah bersesuaian dan mudah dimiliki oleh semua golongan masyarakat. Adalah menjadi tanggungjawab ITO untuk membangunkan dan memperbaiki segala kelemahan yang terdapat dalam sektor insurans supaya ianya tidak menimbulkan masalah dan kesukaran kepada para pengguna kelak. BNM perlu memantau dan memastikan para pengguna dilindungi sepenuhnya daripada industri insurans selaras dengan Fair Treatment of Financial Consumers (FTFC).

