

9. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :

Nama Ahli Waris :

Nomor Identitas Kependudukan :

Hubungan ahli waris dengan peserta : ☐ janda/duda ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ Kakek/Nenek ☐ Cucu
☐ Saudara Kandung ☐ Mertua ☐ Pihak yang ditunjuk dalam wasiat

Alamat/ no telp :

Desa/Kel Kec Kota/Kab

Kode Pos No Telp/hp

Nomor Rekening :

Nama Bank :

11. Keterangan lainnya jika perlu :

12. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

- ☐ Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK3)
- ☐ Kuitansi asli biaya pengangkutan
- ☐ Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan
- ☐ Dokumen pendukung lain apabila diperlukan (absensi sampai dengan peserta masuk bekerja, slip gaji, hasil rontgen dan lain sebagainya)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tembusan:

- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/Kab : **JAKARTA TIMUR**
 Tanggal : **02-02-1902**

Keterangan *) :

Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kerja bagi Peserta PU dan Jakon
 Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga bagi Peserta BPU
 Tanda tangan dan stempel Pelaksana Penempatan bagi Peserta PMI

TTD

Nama : **KENZO**
 Jabatan : **SPV**

Segmen Kepesertaan : ☐ Penerima Upah ☐ Bukan Penerima Upah ☐ Jasa Konstruksi ☐ Pekerja Migran Indonesia

Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam
Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran
Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan

Nama : P T I X Y Z S E J A H T E R A

Kode / Nomor :

Alamat : JL MAWAR MELATI NO 1

Desa/Kel BEND. HILIR Kec TANAH ABANG Kota/Kab JAKARTA PUSAT

No Telepon Pemberi Kerja : 0 2 1 1 2 3 4 5 6 7

Nama Kontak personil :

2. Data Peserta

Nama : E K A A N U G E R A H P E R T I W I

Nomor Peserta : Nomor Paspor (khusus PMI) :

NIK : 3 5 7 0 1 2 3 4 5 6 x x x x x x

Masa Perlindungan (diisi khusus untuk PMI) : ☐ Sebelum penempatan ☐ Sesudah penempatan

Jenis Kelamin : ☐ laki-laki ☒ Perempuan

Tanggal Lahir : tgl 0 1 bln 0 1 thn 1 9 0 1

Alamat/ no telp : JL KENANGA DARAT NO 23

Desa/Kel KALISARI Kec PASAR REBO Kota/Kab JAKARTA TIMUR

Kode Pos 1 3 7 9 0 No Telepon/ HP 0 8 2 3 6 x x x x x

Jenis Pekerjaan/jabatan : ADMIN

Unit / Bidang/ Bagian Pemberi Kerja : LOGISTIK

3. Tanggal Kecelakaan

tgl 0 1 bln 0 1 thn 1 9 0 1

4. laporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja

☐ Belum disampaikan

☒ Sudah disampaikan pada tgl 0 1 bln 0 1 thn 0 1

5. Pengajuan Pembiayaan oleh

☒ Pemberi Kerja ☐ Peserta ☐ Pusat Layanan Kec. Kerja ☐ Ahli Waris

a) Biaya pengangkutan : Rp

b) Biaya pengobatan dan perawatan : Rp

c) Biaya Rehabilitasi : Rp

d) Biaya prothesa / orthesa : Rp

e) Biaya Pemakaman : Rp

Total Pengajuan Pembiayaan : Rp

Penerima manfaat pembiayaan : ☐ Pemberi Kerja ☒ Peserta ☐ Pusat Layanan Kec. Kerja ☐ Ahli Waris

6. Lamanya tidak bekerja

Jumlah Hari : 2 hari

Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter

7. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja

☒ Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja (formulir 3b KK3)

☐ Tidak Terlampir

8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk KK3 atau KK3 PAK ditetapkan terlampir

Pada tanggal 0 1 0 1 1 9 0 1 peserta ditetapkan

tgl bulan tahun

☒ Sembuh

☐ Cacat total tetap untuk selamanya

☐ Cacat sebagian anatomis

☐ Cacat sebagian fungsi

☐ Meninggal dunia

☐ Kasus Kambuh