

Laporan kasus kecelakaan kerja selama penempatan
wajib dilaporkan dalam waktu 7 hari kerja

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran
Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Nama Pihak Pelapor *) : [.....]

**) Pihak Pelapor : pekerja/ ahli waris/Perwakilan RI/Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan/ Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal*

Kode Pelaksana Penempatan**) : [.....] ****)** Diisi khusus bagi peserta melalui Pelaksana Penempatan

Alamat : [.....]

Desa/Kel Kec Kota/Kab

No telepon Pihak Pelapor : [.....]

Nama Kontak Personil
Pihak Pelapor : [.....]

2. Nama Peserta : [.....]

Nomor Peserta : [.....]

NIK : [.....]

Nomor Paspor Peserta : [.....] Negara Penempatan : [.....]

Jenis Kelamin : laki-laki Perempuan

Tanggal Lahir : tgl [..][..] bln [..][..] thn [..][..][..][..]

Alamat/ no telp : [.....]

Desa/Kel Kec Kota/Kab

Kode Pos [.....] No Telepon/HP [.....]

Jenis Pekerjaan/jabatan : [.....]

Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : [.....]

3. Tempat kejadian kecelakaan : di dalam lokasi kerja di luar lokasi kerja lalu-lintas

Alamat lokasi kejadian kecelakaan : [.....]

Desa/Kel Kec Kota/Kab

Tanggal Kecelakaan : [..][..] tgl [..][..] bln [..][..] thn jam kejadian [..][..] jam [..][..] menit

4. Uraian Kejadian Kecelakaan/ Kronologi

Bagaimana terjadinya
kecelakaan : [.....]

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

5. Akibat yang diderita korban : Meninggal Cacat

Sebutkan bagian tubuh yang luka : [.....]

6. Fasilitas kesehatan (faskes) yang
memberikan pertolongan pertama : Nama Faskes : [.....]

Alamat Faskes : [.....]

7. Kondisi Akhir Peserta Berdasarkan
Pemeriksaan Dokter

Cacat total tetap untuk selamanya

Cacat sebagian anatomis akibat kehilangan anggota badan

Cacat sebagian fungsi anggota badandengan besarnya cacat fungsi%

Meninggal dunia

8. Penerima manfaat santunan apabila peserta meninggal dunia (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

9. Alamat/ no telepon ahli waris :

Address/phone number Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____

Kode Pos No Telepon/ Hp

Nomor Rekening :

Nama Bank :

10. Keterangan lainnya jika perlu :

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

- 1. Fotokopi kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan
- 2. Fotokopi paspor atau sejenisnya
- 3. Surat keterangan dari Perwakilan Republik Indonesia/ Kantor Dagang Ekonomi Indonesia di negara penempatan/ instansi pemerintah yang bertanggungjawab di bidang ketenagakerjaan
- 4. Surat keterangan dokter atau rumah sakit yang memeriksa/ merawat
- 5. Bukti asli pembayaran biaya transportasi apabila ada
- 6. Fotokopi buku rekening TKI dan/ atau ahli waris yang masih berlaku

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja Pekerja Migran Indonesia selama penempatan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan

Negara : _____
Kota/Kab : _____
Tanggal : _____

..... (tanda tangan)
(diberikan stempel bagi pihak pelapor dari Perwakilan RI/ Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan// Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal)
Nama : _____
Jabatan : _____