

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 :

Kode / Nomor :

Alamat :

Desa/Kel Kec Kota/Kab

No Telepon Pemberi Kerja :

Nama Kontak personil :

2. Data Peserta

Nama :

Nomor Peserta : Nomor Paspor (khusus PMI) :

NIK :

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

3. Tanggal Kecelakaan

: tgl bln thn

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

: Belum disampaikan

Sudah disampaikan pada tgl bln thn

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

: 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 tanggal bulan tahun peserta ditetapkan

Sembuh

Cacat total tetap untuk selamanya

Cacat sebagian anatomis

Cacat sebagian fungsi

Meninggal dunia

Kasus Kambuh

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 :
Tanggal :

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

Nama :
Jabatan :