

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN PENSIIUN

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun sebagai berikut:

A. Data Pemohon

- 1 Nama : _____
- 2 NIK : _____
- 3 Tempat/Tgl. Lahir : _____ Jenis Kelamin : L/P
- 4 Hubungan dengan pekerja : pekerja sendiri
 istri/suami
 anak
 orang tua
- 5 Alamat lengkap : _____
- 6 No. Telp/HP : _____
- 7 e-mail : _____
- 8 Informasi Rekening : _____
 - a. Nama Bank : _____
 - b. Nama Rekening : _____
 - c. No. Rekening : _____

B. Data Tenaga Kerja

- 1 Nama* : _____
- 2 NIK* : _____
- 3 No. Peserta : _____
- 4 Tempat/Tgl. Lahir* : _____
- 5 Nama Ibu Kandung : _____
- 6 Alamat lengkap* : _____
- 7 Nama Pemberi Kerja : _____

**Tidak perlu diisi jika pemohon adalah tenaga kerja sendiri*

C. Sebab Klaim dan Persyaratan (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan)

| <input type="checkbox"/> Mencapai Usia Pensiun | <input type="checkbox"/> Cacat Total Tetap | <input type="checkbox"/> Meninggal Dunia |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan | <input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan | <input type="checkbox"/> Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan |
| <input type="checkbox"/> KTP Pekerja | <input type="checkbox"/> KTP Pekerja | <input type="checkbox"/> KTP Penerima Manfaat |
| <input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan* | <input type="checkbox"/> Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan* | <input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Kematian/Akta Kematian dan aslinya |
| <input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening | <input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Cacat Total Tetap dari Dokter dan aslinya | <input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan Ahli Waris dan aslinya |
| | <input type="checkbox"/> Fc. Surat Keterangan tidak bekerja dari Perusahaan dan aslinya | <input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening |
| | <input type="checkbox"/> Fc. Buku rekening | |

*Optional (tidak mandatory)

D. Susunan Anggota Keluarga Pekerja

| No | Nama | Hubungan Keluarga | Status (meninggal/ kawin/ bekerja/ 23 tahun) | Tanggal Status |
|----|------|-------------------|--|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data yang diisi pada kolom D sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yang berhak diterima), dan tidak dapat dilakukan perubahan data setelah manfaat pensiun dibayarkan.

Melalui pengisian formulir ini maka dengan ini saya menyatakan bahwa:
INFORMASI YANG SAYA SAMPAIKAN DI ATAS DIBUAT DENGAN SEBENARNYA
 Jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, baik mengenai dokumen yang saya berikan serta keterangan yang saya sampaikan maka saya bersedia mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut di atas serta bersedia untuk dituntut secara hukum.

Nama :