



**LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA
TAHAP II**

Formulir
3a KK 2
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah (PU) Bukan Penerima Upah (BPU) Jasa Konstruksi (JAKON) Pekerja Migran Indonesia (PMI)

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

- Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan
 Nama :
 NPP/NPW>Nama Proyek :
 Alamat :
 No Telepon/ HP : (.....)...../.....
 Nama Kontak Personil :
- Data Peserta
 Nama : Tn /Ny /Nn
 No. Peserta :
 NIK / No. Paspor (WNA/PMI) :
 Jenis Pekerjaan/jabatan :
- Tanggal Kecelakaan :/...../.....(dd/mm/yyyy)
 Waktu kejadian (khusus PMI) : Sebelum penempatan Sesudah penempatan Selama penempatan (negara)
- Berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir : Pada tanggal :/...../.....(dd/mm/yyyy)
 Sembuh Cacat total tetap untuk selamanya
 Cacat sebagian fungsi Meninggal dunia
 Cacat sebagian anatomis Masih dalam pengobatan

5. Total Pengajuan Pembiayaan

Penerima manfaat pembiayaan	Perawatan dan pengobatan	Santunan Cacat	Prothesa dan Orthesa	Gigi tiruan	Transportasi	STMB	Nama Bank	No. Rekening	Nama Rekening
Pemberi Kerja									
Peserta									
Ahli Waris									

6. Lamanya tidak bekerja : hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)

7. Data ahli waris (diisi jika peserta meninggal dunia)

- Nama Ahli Waris :
- NIK / No. Paspor (WNA) :
- Hubungan ahli waris dengan peserta : Janda/duda Anak Ayah/Ibu Kakek/Nenek Cucu
 Saudara Kandung Mertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat
- No Telepon/ HP : (.....)...../.....
- Nama Bank & No. Rekening :&.....
- Data wali anak (untuk ahli waris anak di bawah usia 18 tahun)
- Nama :
 - NIK :
 - No. Telepon / HP & email : (.....)...../.....email :
 - Hubungan dengan anak Peserta :

8. Memiliki anak belum mencapai usia 23 tahun / belum bekerja / belum menikah *
 ada** tidak ada

9. Keterangan lainnya jika perlu :

10. Persyaratan yang diperlukan

- Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK3) Kuitansi asli biaya pengangkutan
 Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan Dokumen pendukung lain apabila diperlukan

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Keterangan :

Laporan ini diperuntukkan :

- Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan
- Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja Setempat
- Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja
- Lembar keempat : Perusahaan

*) Jika kondisi meninggal dunia atau cacat total tetap

**) Jika ada dan berhak atas manfaat beasiswa, harap mengisi formulir pengajuan manfaat beasiswa

Kota/Kab :
 Tanggal :

(tanda tangan dan stempel perusahaan)
 Nama :