

Segmen Kepesertaan : Penerima Upah (PU) Bukan Penerima Upah (BPU) Jasa Konstruksi (IAKON)

Laporan Kasus Penyakit Akibat 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 :
 NPP/NPW>Nama Proyek :
 Alamat :
 No Telepon/ HP : /
 Nama Kontak Personil :
2. Data Peserta
 Nama : Tn /Ny /Nn
 No. Peserta :
 NIK / No. Paspor (WNA/PMI) :
 Jenis Pekerjaan/jabatan :
3. Tanggal tegak diagnosis : klinis :(dd/mm/yyyy) Penyakit Akibat Kerja :(dd/mm/yyyy)
4. diagnosis Penyakit Akibat Kerja :
5. Kelompok penyakit akibat kerja
 Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :
 penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia penyakit yang disebabkan oleh faktor ergonomi
 penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika penyakit yang disebabkan oleh faktor psikososial
 penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi
 penyakit akibat kerja berdasarkan target organ
 penyakit saluran pernafasan gangguan otot rangka
 penyakit kulit gangguan mental dan perilaku
 penyakit kanker akibat kerja
 penyakit spesifik lainnya
5. 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

6. 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									

7. Lamanya tidak bekerja (Jumlah hari) : hari (Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter)
8. 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)
 a. Nama :
 b. NIK :
 c. No. Telepon / HP & email : (.....)...../..... email :
 d. Hubungan dengan anak Peserta :

9. Memiliki anak berusia belum mencapai usia 23 tahun / belum bekerja / belum menikah *
 ada** tidak ada
10. Keterangan lainnya jika perlu :

11. Persyaratan yang diperlukan
 surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja (formulir 3b PAK 3)
 surat keterangan asli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja
 Kuitansi asli biaya pengobatan dan perawatan
 Kuitansi asli biaya pengangkutan
 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 : Kota/Kab :
 Tanggal :
 - Lembar pertama : Dinas Tenaga Kerja Setempat
 - Lembar kedua : BPJS Ketenagakerjaan(tanda tangan dan stempel perusahaan)
 - Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja
 - Lembar keempat : Perusahaan
 Nama :
 Jabatan :

*) Jika kondisi meninggal dunia atau cacat total tetap
 **) Jika ada dan berhak atas manfaat beasiswa, harap mengisi formulir pengajuan manfaat beasiswa