

9. Berdasarkan Surat Keterangan dokter perihal : Pada tanggal peserta ditetapkan :
kasus penyakit akibat kerja ditetapkan terlampir tanggal bulan tahun

- Sembuh
- Cacat total tetap
- Cacat sebagian anatomis
- Cacat sebagian fungsi
- Meninggal dunia
- Kasus kambuh

10. 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 :

9 Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

- Surat pengantar rujukan atau surat keterangan Pihak Pelapor terkait pindah perawatan untuk kasus pindah
- Kuitansi asli biaya penegakan diagnosis
- Kuitansi asli biaya pengangkutan
- Kuitansi asli pembelian orthose, prothese atau alat bantu lainnya
- Kuitansi asli penggantian gigi tiruan
- Surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja
- Surat Keterangan Dokter Kasus Penyakit Akibat Kerja (3b PAK 3)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat 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 :

*)Tanda tangan pimpinan dan stempel pemberi kerja untuk segmen kepesertaan PU dan jasa konstruksi
**)Tanda tangan wadah penanggung jawab atau keluarga untuk segmen kepesertaan BPU

.....*) **)
Nama :
Jabatan :