



# **BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA**

No.467, 2018

BPJS Ketenagakerjaan. Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program JKK, Program JK, Program JHT dan Program JP. Pencabutan.

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL

KETENAGAKERJAAN

NOMOR 1 TAHUN 2018

TENTANG

BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR  
PROGRAM JAMINAN KECELAKAAN KERJA, PROGRAM JAMINAN KEMATIAN,  
PROGRAM JAMINAN HARI TUA, DAN PROGRAM JAMINAN PENSIUN  
KEPESERTAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun belum memenuhi kebutuhan seiring dengan perkembangan kemajuan teknologi guna meningkatkan pelayanan dan memperluas cakupan kepesertaan, sehingga perlu diganti;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 154 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5714);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5715);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 156, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5716) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5730);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN TENTANG BENTUK KARTU PESERTA, SERTIFIKAT KEPESERTAAN, DAN FORMULIR PROGRAM JAMINAN KECELAKAAN KERJA, PROGRAM JAMINAN KEMATIAN, PROGRAM JAMINAN HARI TUA, DAN PROGRAM JAMINAN Pensiun KEPESERTAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KETENAGAKERJAAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
2. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut Kartu Peserta adalah kartu tanda kepesertaan dari BPJS Ketenagakerjaan yang memiliki nomor identitas tunggal yang berlaku untuk program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian sesuai dengan penahapan kepesertaan.
3. Sertifikat Kepesertaan adalah tanda kepesertaan pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi yang memiliki nomor pendaftaran pemberi kerja sebagai bukti tanda kepesertaan program jaminan sosial ketenagakerjaan.
4. Pihak Lain adalah Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, badan usaha, asosiasi, lembaga keuangan, koperasi atau lembaga terkait lainnya.
5. Nomor Induk Kependudukan yang selanjutnya disingkat NIK adalah nomor identitas Penduduk yang bersifat unik

atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia.

## BAB II KARTU PESERTA

### Pasal 2

Kartu Peserta berupa:

- a. Kartu Peserta dalam bentuk fisik; dan
- b. Kartu Peserta dalam bentuk digital/elektronik.

### Pasal 3

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 diberikan sebagai tanda bukti kepesertaan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
- (2) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk:
  - a. pengambilan manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian; dan
  - b. memperoleh manfaat layanan tambahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

### Pasal 4

- (1) Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 paling sedikit memuat unsur:
  - a. NIK bagi Warga Negara Indonesia (WNI) yang mempunyai NIK Valid atau nomor Peserta khusus bagi WNI yang mempunyai NIK Tidak Valid atau bagi Warga Negara Asing (WNA);
  - b. nama peserta;
  - c. bulan dan tahun mulai kepesertaan;
  - d. logo BPJS Ketenagakerjaan; dan
  - e. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai perkembangan teknologi informasi.

- (2) NIK valid sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan NIK calon peserta/peserta yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dengan kriteria:
  - a. terdaftar di data administrasi kependudukan; dan
  - b. sesuai dengan data identitas pemilik NIK di data administrasi kependudukan.
- (3) NIK tidak valid sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan NIK calon peserta/peserta yang disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan namun tidak terdaftar di data administrasi kependudukan atau terdaftar tetapi tidak sesuai dengan data identitas pemilik NIK di administrasi kependudukan.

#### Pasal 5

Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### Pasal 6

Dalam hal BPJS Ketenagakerjaan melakukan kerjasama dengan Pihak Lain, selain mencantumkan unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) dapat dicantumkan logo, gambar, identitas, kalimat tambahan dan/atau bentuk lainnya sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Ketenagakerjaan dengan Pihak Lain.

#### Pasal 7

Penyampaian Kartu Peserta kepada pemberi kerja, wadah, mitra, peserta bukan penerima upah, atau pekerja migran Indonesia dapat dilakukan dengan cara:

- a. langsung;
- b. dikirim melalui pos/perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat; atau
- c. melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### BAB III

#### SERTIFIKAT KEPESERTAAN

##### Pasal 8

Sertifikat Kepesertaan berupa:

- a. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk fisik; dan
- b. Sertifikat Kepesertaan dalam bentuk digital/elektronik

##### Pasal 9

- (1) Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 diberikan sebagai bukti tanda kepesertaan jaminan sosial ketenagakerjaan pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi.
- (2) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat unsur:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nomor pendaftaran pemberi kerja;
  - c. nama pemberi kerja;
  - d. alamat pemberi kerja;
  - e. tanda tangan Direktur Utama BPJS Ketenagakerjaan;
  - f. tempat ditetapkan;
  - g. tanggal ditetapkan;
  - h. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai perkembangan teknologi informasi;
  - i. bulan dan tahun mulai kepesertaan; dan
  - j. jenis program yang diikuti.
- (3) Sertifikat Kepesertaan bagi pemberi kerja jasa konstruksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), paling sedikit memuat unsur:
  - a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nomor pendaftaran pemberi kerja;
  - c. nama pemberi kerja jasa konstruksi;
  - d. alamat pemberi kerja jasa konstruksi;
  - e. alamat proyek jasa konstruksi;
  - f. nama proyek jasa konstruksi;
  - g. pemilik proyek jasa konstruksi;
  - h. tanda tangan Direktur Utama BPJS Ketenagakerjaan;

- i. tempat ditetapkan;
  - j. tanggal ditetapkan; dan
  - k. kode keamanan sistem teknologi Informasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.
- (4) Bentuk Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.
- (5) Penyampaian Sertifikat Kepesertaan kepada pemberi kerja dan pemberi kerja jasa konstruksi dapat dilakukan dengan cara:
- a. langsung;
  - b. dikirim melalui pos/perusahaan jasa ekspedisi/kurir dengan bukti pengiriman surat; atau
  - c. melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

#### BAB IV FORMULIR

##### Pasal 10

Formulir berupa:

- a. formulir dalam bentuk fisik; dan/atau
- b. formulir dalam bentuk digital/elektronik.

##### Pasal 11

- (1) Formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 digunakan sebagai lembar isian permohonan pendaftaran menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan dan pengajuan pembayaran manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.
- (2) Formulir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat:
- a. data atau informasi yang bersifat tetap; dan
  - b. bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap.

## Pasal 12

Jenis formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, terdiri atas:

- a. formulir kepesertaan meliputi:
  1. formulir peserta penerima upah dan peserta bukan penerima upah;
  2. formulir peserta jasa konstruksi; dan
  3. formulir peserta pekerja migran Indonesia.
- b. formulir pengajuan pembayaran manfaat meliputi:
  1. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan kecelakaan kerja untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta jasa konstruksi;
    - c) peserta bukan penerima upah; dan
    - d) pekerja migran Indonesia.
  2. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua dan jaminan kematian;
  3. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan hari tua untuk segmen:
    - a) peserta penerima upah;
    - b) peserta bukan penerima upah; dan
    - c) pekerja migran Indonesia.
  4. formulir pengajuan pembayaran manfaat jaminan pensiun.

## Pasal 13

- (1) Jenis formulir kepesertaan peserta penerima upah dan peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 1, berupa formulir:
  - a. pendaftaran pemberi kerja;
  - b. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
  - c. daftar pekerja keluar; dan
  - d. laporan rincian iuran pekerja.
- (2) Formulir kepesertaan peserta jasa konstruksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 2 berupa formulir:



- a. pendaftaran proyek jasa konstruksi; dan
  - b. daftar harga satuan upah pekerja.
- (3) Formulir kepesertaan peserta pekerja migran Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a angka 3 berupa formulir pendaftaran atau perubahan pekerja migran Indonesia.

#### Pasal 14

- (1) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan kecelakaan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 1, berupa formulir:
- a. laporan kasus kecelakaan kerja tahap I;
  - b. laporan kasus kecelakaan kerja tahap II;
  - c. surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja;
  - d. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap I;
  - e. laporan kasus penyakit akibat kerja tahap II;
  - f. surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja; dan
  - g. laporan kasus kecelakaan kerja pekerja migran Indonesia Selama Penempatan.
- (2) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua dan jaminan kematian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 2, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan kematian dan jaminan hari tua.
- (3) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 3, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan hari tua.
- (4) Jenis formulir pengajuan pembayaran jaminan pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b angka 4, berupa formulir pengajuan pembayaran jaminan pensiun.

#### Pasal 15

Formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dan Pasal 14 tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian

yang tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### Pasal 16

- (1) Pengisian formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dan Pasal 14 dilakukan secara lengkap, benar dan jelas.
- (2) Pengisian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
  - a. langsung; atau
  - b. melalui saluran tertentu yang ditetapkan sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

### BAB VI

#### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 17

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, Kartu Peserta dan Sertifikat kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan yang telah diterbitkan, dinyatakan masih tetap berlaku.

#### Pasal 18

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, Peraturan BPJS Ketenagakerjaan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program jaminan Kecelakaan Kerja, Program Jaminan Kematian, Program Jaminan Hari Tua dan Program Jaminan Pensiun (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1650), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 19

Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 5 April 2018

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 5 April 2018

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I  
PERATURAN BPJS  
KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 1 TAHUN 2018

TENTANG  
BENTUK KARTU PESERTA  
BPJS KETENAGAKERJAAN



DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

Ttd

AGUS SUSANTO

LAMPIRAN II  
PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 1 TAHUN 2018  
TENTANG

BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN  
BPJS KETENAGAKERJAAN

I. SERTIFIKAT BAGI PEMBERI KERJA PENERIMA UPAH

**BPJS Ketenagakerjaan** **SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

Nama Pemberi Kerja :  
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja :  
Alamat :  
Program yang diikuti :  
Mulai Kepesertaan :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :  
pada tanggal :  
**BPJS Ketenagakerjaan**  
DIREKSI

kode  
keamanan

NAMA DIREKTUR UTAMA  
DIREKTUR UTAMA

II.SERTIFIKAT BAGI PEMBERI KERJA JASA KONTRUKSI

**BPJS Ketenagakerjaan** **SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

Nama Proyek Jasa Konstruksi :  
Pemilik Proyek Jasa Konstruksi :  
Alamat Proyek Jasa Konstruksi :  
Nama Pemberi Kerja Jasa Konstruksi :  
Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja :  
Alamat Pemberi Kerja Jasa Konstruksi :

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

ditetapkan di :  
pada tanggal :  
**BPJS Ketenagakerjaan**  
DIREKSI

kode  
keamanan

NAMA DIREKTUR UTAMA  
DIREKTUR UTAMA

DIREKTUR UTAMA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

Ttd

AGUS SUSANTO

LAMPIRAN III

PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN

NOMOR 1 TAHUN 2018

TENTANG

BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN  
BPJS KETENAGAKERJAAN



PENDAFTARAN PEMBERI KERJA

Formulir 1  
BPJS Ketenagakerjaan

☐ Pendaftaran Baru ☐ Perubahan Data

BAGIAN I: IDENTITAS PEMBERI KERJA

Nama Pemberi Kerja\* :

Alamat\* :

Kode Pos\* Kabupaten/Kota\*

Provinsi\*

No. Telepon/HP\* :  / Alamat email : Kepemilikan\* : ☐ Swasta Nasional ☐ BUMN ☐ Joint Venture ☐ Koperasi ☐ Sekolah, Perguruan Tinggi, Kursus  
☐ Swasta Asing ☐ BUMD ☐ Perseorangan ☐ Yayasan ☐ Lain-lain, sebutkan .....Nomor Ijin Usaha : Jenis Usaha Utama :   
(sesuai yang tercantum dalam surat izin usaha)NPWP Badan\* : Status Pemberi Kerja\* : ☐ Pusat ☐ Daerah ☐ Cabang ☐ Anak Perusahaan ☐ Cabang Anak Perusahaan  
(Pilih salah satu)Jumlah Aset\* : ☐ > Rp. 10.000.000.000,- ☐ > Rp. 500.000.000,- s/d Rp. 10.000.000.000,- ☐ > Rp. 50.000.000,- s/d Rp. 500.000.000,- ☐ < Rp. 50.000.000,-  
Jumlah Omset per tahun :  Rp.

KOLOM BPJS Ketenagakerjaan

Kode ILO:

Skala Usaha :  
☐ Besar ☐ Menengah  
☐ Kecil ☐ Mikro

Diterima oleh \*: tgl \*:

Diperiksa oleh: tgl:

Diproses oleh: tgl:

BAGIAN II: DATA KANTOR P (diisi bila Badan Usaha/Asosiasi berstatus cabang)

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP):

Nama Pemberi Kerja :

Alamat :

Kode Pos\* Kabupaten/Kota\*

Provinsi\*

No. Telepon :  / 

BAGIAN III: DATA NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI

Nama Lengkap\* :

Jabatan\* :

No. Telepon/HP\* :  Ext:  /

Alamat email :

BAGIAN IV: KEPESERTAAN PROGRAM

Program yang diikuti\* : ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian Jaminan Pensiun ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Hari Tua Jaminan Kematian ☐ Jaminan Kecelakaan Kerja Jaminan Kematian

Menjadi peserta sejak\* :  bulan  tahun

Jumlah seluruh pekerja\* :  Orang

Total upah sebulan (Rp :  Rp.

Pendaftaran ini dibuat berdasarkan data yang sebenarnya, serta selanjutnya dibuat untuk memenuhi kewajiban sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang No.24 tahun 2011

\* Wajib diisi

\_\_\_\_\_ 20\_\_

Keterangan

- Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan wajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan, dengan melampirkan :

1. Formulir 1a BPJS Ketenagakerjaan Pendaftaran / Perubahan Data Pekerja

2. Formulir 2 BPJS Ketenagakerjaan Rincian iuran Pekerja

3. Fotocopy Surat Izin Usaha

4. Fotocopy NPWP



PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN DATA PEKERJA

Formulir 1A  
BPJS Ketenagakerjaan

1 Penerima Upah ☐ Pendaftaran Baru ☐ Terhitung Sejak :  bln  Tahun

2 Bukan Penerima Upah ☐ Perubahan Data ☐

BAGIAN I : IDENTITAS DATA TENAGA KERJA

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi/Wadah/Mitra :   
(sesuai tempat bekerja sekarang)

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP)/Wadah/Mitra :  Nama Unit Kerja / Kesatuan :  Kode Unit Kerja :

Nomor Induk Pegawai / Karyawan :  Lokasi Kerja (Kabupaten/Kota) :

Apakah sebelumnya sudah menjadi peserta ? : ☐ Belum ☐ Sudah







LAPORAN RINCIAN IURAN PEKERJA

Formulir 2  
BPJS Ketenagakerjaan

NPP

Nama Pemberi Kerja/Wadah/Mitra:

Nama Unit Kerja / Kesatuan

Periode Laporan

No	Nomor Peserta	Nomor Induk Kependudukan (NIK) / Paspor (bagi TK Asing)	Nama Pekerja	Tanggal Lahir	Upah (Rp.)	Rapel (Rp.)	Total (Upah + Rapel) (Rp.)	Iuran JKK (Rp.) (.....%) <sup>*)</sup>	Iuran JKM (Rp.) (0.5%)	Iuran JHT (Rp.) Pemberi kerja (3.7%)	Pemborok Kerja (2%)	Iuran JP (Rp.)	Pekerja (%)	Jumlah Iuran (Rp.)
a	b	c	d	e	f	g	h = f + g	i	j	k	l	m	n	o = f + k + l + m + n
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
Total seluruhnya														
Kompensasi kekurangan atau Kelebihan Iuran untuk Bulan atau Tahun sebelumnya														
Denda														

Keterangan:  
\*) Formulir ini dapat diampikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem penggalan perusahaan peserta yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan.  
\*) Apabila jumlah pekerja melebihi kolom diatas, maka dapat dilakukan lampiran berkutnya  
\*) Disisi sesuai dengan tingkat risiko lingkungan kerja.



PENDAFTARAN PROYEK JASA KONSTRUKSI

Formulir 1

Jasa Konstruksi

BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Penetapan\* :

Nama Proyek Jasa Konstruksi :

Nomor SPK/Kontrak/Perjanjian Kerjasama :

Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek :

Nomor Pendaftaran Pemberi Kerja (NPP) :

Alamat Proyek :

No. Telp Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek :

Pemilik Proyek :

Alamat Pemilik Proyek :

Sumber Pembiayaan Proyek\*\* : 

☐ APBN

☐ APBN TK. I

☐ APBN TK. II

☐ SWASTA NASIONAL

☐ SWASTA ASING

☐ PERORANGAN

Nilai Proyek (termasuk PPN) : Rp.

Nilai Komponen Upah Dari Proyek : Rp.

Jumlah Pekerja : Orang

Masa Pelaksanaan Proyek : s/d 

(hari-bulan-tahun)

(hari-bulan-tahun)

Masa Pemeliharaan Proyek : s/d 

(hari-bulan-tahun)

(hari-bulan-tahun)

Program yang diikuti : 

Jaminan Kecelakaan Kerja

Jaminan Kematian

Keterangan Lain-lain : 

(Contoh : proyek dikerjakan lebih dari 1pelaksana)

BPJS KETENAGAKERJAAN

Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

Nama :  
Jabatan :

Nama :  
Jabatan :

Keterangan :  
\*) diisi petugas BPJS Ketenagakerjaan  
\*\*) pilih salah satu



DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA

Formulir 1a  
Jasa Konstruksi  
BPJS Ketenagakerjaan

Nama Proyek :

Nama Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek :

Nomor Penetapan :

No.	Nama Pekerjaan	Upah Per-Hari	Jumlah Pekerja
1.	Keamanan		
2.	Pembantu Pekerja		
3.	Pekerja		
4.	Kepala Pekerja		
5.	Pembantu Tukang		
6.	Tukang Batu		
7.	Tukang Kayu		
8.	Tukang Besi		
9.	Kepala Tukang		
10.	Mandor		
11.	Kepala Mandor		
12.	Pembantu Mekanik		
13.	Mekanik		
14.	Pembantu Sopir/Operator		
15.	Sopir SIM A		
16.	Sopir SIM B I		
17.	Sopir SIM B II		
18.	Operator		
19.	Administrasi Lapangan		
20.	Pelaksana Lapangan		
21.	Lain-lain		
Total			

BPJS KETENAGAKERJAAN

Pemberi Kerja/Pelaksana Proyek

Nama :  
Jabatan :

Nama :  
Jabatan :

Keterangan :  
Melampirkan Surat Perintah Kerja (SPK)  
Melampirkan Daftar Satuan Upah dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB) jika ada



Formulir PMI

BPJS Ketenagakerjaan

Pendaftaran Baru

Pendaftaran Lanjutan

PENDAFTARAN ATAU PERUBAHAN PEKERJA MIGRAN INDONESIA

BAGIAN I : IDENTITAS DATA OPM/PMI

Nomor Induk Kependudukan (NIK)\* :

Nomor Paspor :

Nama Lengkap Pekerja\* :

Tempat/Tgl Lahir\* :

Jenis Kelamin\* :

☐ Laki - laki

☐ Perempuan

Nama Ibu Kandung Pekerja\* :

Alamat Lengkap Pekerja :

No Telephone / HP :

Alamat Email :

Masa Kontrak Kerja :

tgl

bulan

sd

tgl

bulan

Tahun

Jenis Pekerjaan :

☐ Pekerja Formal

☐ Pekerja Informal

☐ Lainnya

Nama Pemberi Kerja / No Telepon :

Alamat Pemberi Kerja :

Nama Pelaksana Penempatan / No Telepon :

Alamat Pelaksana Penempatan :

Apakah sudah menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan? :

☐ Belum

☐ Sudah

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Peserta BPJS Ketenagakerjaan :

Apabila BELUM, Program apa yang akan diikuti :

☐ JKK/JKM


☐ JKK/JKM/JHT

BAGIAN II : SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA/ SUSUNAN AHLI WARIS					
No Urut	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercatat dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (tg/bh/thahun)	Jenis Kelamin (LP)	Hubungan Keluarga	No Handphone
1					
2					
3					
4					

Keterangan :

Tanggal :

Nama :



LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA  
TAHAP I

Formulir 3 KK 1  
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : ☐Penerima Upah ☐Bukan Penerima Upah ☐Jasa Konstruksi ☐Pekerja Migran Indonesia

Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja

1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan

Nama :

Kode / Nomor :

Alamat :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

No Telepon/ HP :  /

Nama Kontak personil :

2. Data Peserta

Nama :

Nomor :  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 Telp/hp

Jenis Pekerjaan/jabatan :

Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja :

3. Upah pekerja yang diterima : ☐per hari ☐per bulan ☐borongan

Jumlah upah yang diterima : Rp

Terbilang upah yang diterima :

4. Tempat kejadian kecelakaan : ☐di dalam lokasi kerja ☐di luar lokasi kerja ☐lalu-lintas

Alamat lokasi kejadian kecelakaan :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

Tanggal Kecelakaan :  tgl  bln  thn jam kejadian  jam  menit

5. Deskripsi kecelakaan

a) Tindakan bahaya penyebab kecelakaan : ☐Memakai peralatan yang berbahaya ☐Bekerja dengan kecepatan membahayakan ☐Lupa menggunakan alat pelindung diri (APD) ☐Bongkar pasang barang/bongkar muat barang ☐Posisi saat bekerja tidak aman ☐Bekerja dengan objek/benda yang berputar ☐Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi ☐Lalai

b) Kondisi yang menimbulkan bahaya dan menjadi pencetus terjadinya kecelakaan : ☐Pengamanan yang tidak sempurna ☐Penggunaan peralatan/bahan yang tidak tepat ☐Adanya kecacatan (disabilitas) ☐Adanya prosedur/pengaturan yang tidak aman ☐Penerangan yang tidak sempurna ☐Ventilasi tidak sempurna ☐Suasana kerja yang tidak aman ☐Tekanan udara yang tidak aman ☐Getaran yang berbahaya ☐Bising ☐Perlengkapan yang digunakan tidak aman ☐Adanya gerakan (perputaran)

c) Corak kecelakaan yang terjadi : ☐Terbentur ☐Terpukul ☐Terpapar ☐Tersengat aliran listrik ☐Tertangkap ☐Tergigit ☐Jatuh dari ketinggian yang sama ☐Tenggelam ☐Terjepit ☐Jatuh dari ketinggian berbeda ☐Tertimbun ☐Tergelincir ☐Penghisapan (Penyerapan)

d) Sumber penyebab cedera : ☐Mesin (Press, Bor, Gergaji, dll) ☐Penggerak mula dan pompa ☐Lift (Barang, orang) ☐Pengangkut/Pengangkat barang ☐Conveyor ☐Alat transmisi mekanik ☐Perkakas pekerjaan tangan ☐Pesawat uap dan bejana tekan ☐Peralatan listrik ☐Bahan Kimia ☐Debu Berbahaya ☐Radiasi dan bahan radioaktif ☐Faktor lingkungan ☐Binatang ☐Bahan mudah terbakar dan benda panas ☐Permukaan lantai di lingkungan kerja

6. Uraian Kejadian Kecelakaan

- Bagaimana terjadinya kecelakaan

:

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera

:

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

7. Akibat yang diderita korban

☐ Cedera/ Luka

☐ Meninggal

Sebutkan bagian tubuh yang luka

:

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama

Nama Faskes

:

Jenis Faskes

:

☐ PLKK (Rumah Sakit)

☐ PLKK (Klinik)

☐ Bukan PLKK

Alamat Faskes

:

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama

:

☐ rawat jalan

☐ rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu

:

11. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

☐ Fotokopi kartu peserta BPJS Ketenagakerjaan

☐ Fotokopi Katu Tanda Penduduk (KTP) bagi WNI/ Paspor bagi WNA

☐ Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Konstruksi)

☐ Dokumen pendukung lain apabila diperlukan (absensi, surat ket. kepolisian, surat perintah tugas, kontrak kerja, SPK dan lain sebagainya)

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap I 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

:

<div></div>		<div>Formulir 3A KK 2 BPJS Ketenagakerjaan</div>	
Segmen Kepesertaan : <input type="checkbox"/> Penerima Upah <input type="checkbox"/> Bukan Penerima Upah <input type="checkbox"/> Jasa Konstruksi <input type="checkbox"/> Pekerja Migran Indonesia			
<div>Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia</div>		<div>Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja</div>	
<div>1. Data Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan</div> <div><div>Nama :</div><div>Kode / Nomor :</div><div>Alamat :</div><div>Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____</div><div>No Telepon Pemberi Kerja :</div><div>Nama Kontak personil :</div></div>			
<div>2. Data Peserta</div> <div><div>Nama :</div><div>Nomor Peserta : Nomor Paspor (khusus PMI) :</div><div>NIK :</div><div>Masa Perlindungan (diisi khusus untuk PMI) : <input type="checkbox"/>Sebelum penempatan <input type="checkbox"/>Sesudah penempatan</div><div>Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/>laki-laki <input type="checkbox"/>Perempuan</div><div>Tanggal Lahir : tgl _____ bln _____ thn _____</div><div>Alamat/ no telp :</div><div>Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____</div><div>Kode Pos _____ No Telepon/ HP _____</div><div>Jenis Pekerjaan/jabatan :</div><div>Unit / Bidang/ Bagian Pemberi Kerja :</div></div>			
<div>3. Tanggal Kecelakaan : tgl _____ bln _____ thn _____</div>			
<div>4. Iaporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja</div> <div><div><input type="checkbox"/> Belum disampaikan</div><div><input type="checkbox"/> Sudah disampaikan pada tgl _____ bln _____ thn _____</div></div>			
<div>5. Pengajuan Pembiayaan oleh</div> <div><div><input type="checkbox"/>Pemberi Kerja <input type="checkbox"/>Peserta <input type="checkbox"/>Pusat Layanan Kec. Kerja <input type="checkbox"/>Ahli Waris</div><div>a) Biaya pengangkutan : Rp _____</div><div>b) Biaya pengobatan dan perawatan : Rp _____</div><div>c) Biaya Rehabilitasi : Rp _____</div><div>d) Biaya prothesa / orthesa : Rp _____</div><div>e) Biaya Pemakaman : Rp _____</div><div>Total Pengajuan Pembiayaan : Rp _____</div><div>Penerima manfaat pembiayaan : <input type="checkbox"/>Pemberi Kerja <input type="checkbox"/>Peserta <input type="checkbox"/>Pusat Layanan Kec. Kerja <input type="checkbox"/>Ahli Waris</div></div>			
<div>6. Lamanya tidak bekerja</div> <div><div>Jumlah Hari : _____ hari</div><div>Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter</div></div>			
<div>7. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja</div> <div><div><input type="checkbox"/> Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja (formulir 3b KK3)</div><div><input type="checkbox"/> Tidak Terlampir</div></div>			
<div>8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk KK3 atau KK3 PAK ditetapkan terlampir</div> <div><div>Pada tanggal _____ tanggal _____ bulan _____ tahun _____ peserta ditetapkan</div><div><input type="checkbox"/> Sembuh</div><div><input type="checkbox"/> Cacat total tetap untuk selamanya</div><div><input type="checkbox"/> Cacat sebagian anatomis</div><div><input type="checkbox"/> Cacat sebagian fungsi</div><div><input type="checkbox"/> Meninggal dunia</div><div><input type="checkbox"/> Kasus Kambuh</div></div>			

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 :





**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**KASUS KECELAKAAN KERJA**

**Formulir 3B KK 1**  
**BPJS Ketenagakerjaan**

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:


Nama dokter : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:


1. Nama Peserta	:	<input type="text"/>
Nomor Peserta	:	<input type="text"/>
NIK	:	<input type="text"/>
2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan	:	<input type="text"/>
3. Tanggal Kecelakaan	:	tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter	:	tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Berdasarkan anamnesa	:	<input type="text"/>

6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :


- Bagian tubuh luar yang cedera :




Bagian




Bagian





Bagian









Bagian



Bagian

☐ Kepala (batok kepala)

☐ Dahi kanan

☐ Mata kanan

☐ Mulut

☐ pipi kanan

☐ Telinga kanan

☐ Bahu kanan

☐ Leher

☐ Tulang rusuk kanan

☐ Pusing

☐ Penis

☐ Telapak kaki kanan

☐ jari kaki kanan

☐ Lengan kanan

☐ Pergelangan tangan kanan

☐ Jari tangan kanan pada jari ..... Pada ruas jari .....

☐ jari tangan kiri pada jari ..... Pada ruas jari .....

☐ Paha kanan

☐ Betis kanan

☐ Pergelangan kaki kanan

☐ Jari kaki kanan pada jari ..... Pada ruas jari .....

☐ jari kaki kiri pada jari ..... Pada ruas jari .....

☐ pelipis kanan

☐ Hidung kanan

☐ Gigi

☐ rahang kanan

☐ Dada kanan

☐ Tenggorokan

☐ Perut kanan

☐ Scrotum

☐ Tumit kanan

☐ siku kanan

☐ Telapak tangan kanan

☐ Lutut kanan

☐ Tulang kering kanan

☐ Dahi kiri

☐ Mata kiri

☐ Lidah

☐ pipi kiri

☐ Telinga kiri

☐ Bahu kiri

☐ jakun

☐ Tulang rusuk kiri

☐ Pinggul kanan

☐ Vagina

☐ Telapak kaki kiri

☐ Jari kaki kiri

☐ Lengan kiri

☐ Pergelangan tangan kiri

☐ Paha kiri

☐ Betis kiri

☐ Pergelangan kaki kiri

☐ pelipis kiri

☐ Hidung kiri

☐ Dagur

☐ rahang kiri

☐ Dada kiri

☐ Perut kiri

☐ Pinggul kiri

☐ Klitoris

☐ Tumit kiri

☐ Siku kiri

☐ Telapak tangan kiri

☐ Lutut kiri

☐ Betis kiri

☐ Uraian Lain-lain .....

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera

☐ Ginjal

☐ Esofagus

☐ kandung kemih

☐ Ovarium

☐ Lambung

☐ thymus

☐ Uraian Lain-lain .....

☐ Hati

☐ kulit

☐ Limpa

☐ Testis/buah zakar

☐ Usus halus

☐ tiroid

☐ Jantung

☐ paratiroid

☐ mata

☐ Pankreas

☐ usus besar

☐ Arteri

☐ Kandung empedu

☐ pituitari

☐ Otak

☐ paru-paru

☐ rahim

☐ Vena

7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan

8. Hasil pemeriksaan/pengobatan

☐ Sembuh tanpa cacat

☐ Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan .....

☐ cacat fungsi pada anggota badan .....  
dengan besarnya cacat fungsi ..... % terbilang (.....)

☐ Memerlukan prothesa berupa .....

☐ Memerlukan orthesa berupa .....

☐ Meninggal dunia pada tgl   bln   thn    jam   :

9. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan

☐ Biasa dengan kondisi tertentu berupa .....

☐ Ringan dengan kondisi tertentu berupa .....

☐ Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal

tgl   bln   thn    s.d tgl   bln   thn

10. Lamanya perawatan/pengobatan

dari tgl   bln   thn    s.d. tgl   bln   thn

11. Diberikan istirahat

dari tgl   bln   thn    s.d. tgl   bln   thn

12. Keterangan lainnya jika perlu

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter 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 dan stempel Fas-Kes)

Nama :

www.peraturan.go.id



LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA  
TAHAP I

Formulir 3 PAK 1  
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : ☐Penerima Upah ☐Bukan Penerima Upah ☐Jasa Konstruksi

Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I  
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam setelah di diagnosa sebagai Penyakit Akibat Kerja

1 Nama Pemberi Kerja/Wadah/Mitra :

NPP /Kode Wadah / Kode Proyek :

Alamat Pemberi Kerja / Proyek Jasa Konstruksi :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

No telp pemberi kerja :  /

Nama Kontak personil pemberi kerja :

2 Nama Peserta :

Nomor Peserta :

NIK :

Jenis Kelamin : ☐Iaki-laki ☐Perempuan

Tanggal Lahir : tgl  bln  thn

Alamat/ no telp :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

Kode Pos  No Telp/hp

3 Upah yang diterima peserta : ☐per hari ☐per bulan ☐borongan

Jumlah upah yang diterima : Rp

Terbilang upah yang diterima :

4 Status peserta : ☐Masih Bekerja ☐Sudah tidak bekerja (non aktif kepesertaan maksimal 3 (tiga) tahun)

Lokasi/alamat tempat bekerja :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

Jabatan pekerjaan terakhir :

Uraian pekerjaan terakhir :

Uraian kejadian pekerjaan terakhir lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja :

Riwayat jenis pekerjaan : 

1  tahun  sd

2  tahun  sd

3  tahun  sd

5 Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja :

6 Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosa penyakit akibat kerja : 

Nama Faskes :

Nama dokter :

Alamat Faskes :

7 Pengobatan peserta setelah didiagnosa penyakit akibat kerja : ☐rawat jalan ☐rawat inap

8 Keterangan lainnya jika perlu :

9 Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) : 

☐ Fotokopi Kartu Peserta untuk segmen kepesertaan Peserta Upah dan Bukan peserta Upah

☐ Formulir Pendaftaran Proyek Jasa Konstruksi dan bukti pembayaran iuran terakhir (Khusus untuk Jasa Konstruksi)

☐ Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Bagi WNI/Fotokopi Paspor Bagi WNA

☐ Surat keterangan ahli dari dokter yang memiliki kompetensi terkait penegakan kasus penyakit akibat kerja

☐ Dokumen catatan/pelaporan dari rangkaian tahapan 7 (tujuh) pendekatan diagnosis PAK

☐ Dokumen pendukung Penyakit Akibat Kerja (minimal 3 (tiga) dari 9 dokumen yang diwajibkan)


Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat kerja tahap I adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tanggal :  ,  kota/kab, tanggal

Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja setempat  
\*)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 :

www.peraturan.go.id



LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA  
TAHAP II

Formulir 3A PAK 2  
BPJS Ketenagakerjaan

Segmen Kepesertaan : ☐Penerima Upah ☐Bukan Penerima Upah ☐Jasa Konstruksi

Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II  
Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan  
pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

1. Nama Pemberi Kerja :

NPP/Kode Wadah/Mitra/ Kode Proyek :

Alamat Pemberi Kerja / Proyek Jasa Konstruksi :   
Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

No telp pemberi kerja :

Nama Kontak personil pemberi kerja :

2. Nama Peserta :

Nomor Referensi / nomor Peserta :

NIK :

Jenis Kelamin : ☐laki-laki ☐Perempuan

Tanggal Lahir : tgl  bln  thn

Alamat/ no telp :   
Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

Kode Pos  No Telp/hp

Jenis Pekerjaan/jabatan :

Unit / Bidang/ Bagian pemberi kerja :

3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : tgl  bln  thn

4. Iaporan kasus penyakit akibat kerja Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja : ☐Belum disampaikan  
☐Sudah disampaikan pada tanggal  bulan  tahun

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 fisika  
☐ - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit  
☐ Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ :  
☐ - Penyakit saluran pernapasan  
☐ - Penyakit kulit  
☐ - Gangguan otot dan rangka  
☐ - Gangguan mental dan perilaku  
☐ Penyakit Kanker akibat kerja  
☐ Penyakit lainnya

6. Pengajuan Pembiayaan oleh : ☐pemberi kerja ☐Peserta ☐Faskes TC ☐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 Kecelakaan Kerja ☐Ahli Waris

7. Lamanya tidak bekerja :  hari

Jumlah Hari Sesuai dengan jumlah hari perawatan dan atau surat keterangan istirahat dokter

8. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca mengalami penyakit akibat kerja : ☐ Terlampir pada surat keterangan dokter kasus penyakit akibat kerja (formulir 3b PAK 3)

☐ Tidak terlampir

9. Berdasarkan Surat Keterangan dokter  
perihal kasus penyakit akibat kerja  
ditetapkan terlampir

Pada tanggal

peserta ditetapkan :

☐ 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 :

www.peraturan.go.id



SURAT KETERANGAN DOKTER  
KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA

Formulir 3B PAK 3  
BPJS Ketenagakerjaan

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter :  
Nama Fasilitas kesehatan/Institusi :  
Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi :

Jabatan/Keahlian :  
Nomor telepon/hp :

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta :  
Nomor Referensi / nomor Peserta :  
NIK :

2. Nama Pemberi Kerja :

3. Tanggal diagnosa penyakit akibat kerja : tgl  bln  thn

4. Berdasarkan anamnesa :

5. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang diagnostik :

6. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan :

7. Diagnosa penyakit akibat kerja :

8. Kelompok penyakit akibat kerja :

☐ Penyakit yang disebabkan oleh paparan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :

☐ - Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia

☐ - Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika

☐ - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit

☐ Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ :

☐ - Penyakit saluran pernapasan

☐ - Penyakit kulit

☐ - Gangguan otot dan rangka

☐ - Gangguan mental dan perilaku

☐ Penyakit Kanker akibat kerja

☐ Penyakit lainnya

9. Hasil pemeriksaan/pengobatan :

☐ Sembuh tanpa cacat

☐ Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan .....

☐ cacat fungsi pada anggota badan .....  
dengan besarnya cacat fungsi ..... % terbilang (.....)

☐ Memerlukan prothesa berupa .....

☐ Memerlukan orthesa berupa .....

☐ Meninggal dunia pada tgl  bln  thn  jam  :

10. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :

☐ Biasa dengan kondisi tertentu berupa .....

☐ Ringan dengan kondisi tertentu berupa .....

11. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tgl  bln  thn  s.d. tgl  bln  thn

12. Diberikan istirahat : dari tgl  bln  thn  s.d. tgl  bln  thn

13. Keterangan lainnya jika perlu :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter adalah benar.


Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :  
Tanggal :

.....(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)

Nama :

www.peraturan.go.id

	<div>LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA PEKERJA MIGRAN INDONESIA SELAMA PENEMPATAN</div>	<div>Formulir 3 KK PMI BPJS Ketenagakerjaan</div>
Laporan kasus kecelakaan kerja selama penempatan wajib dilaporkan dalam waktu 7 hari kerja		Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja
<div>1. Nama Pihak Pelapor *) : <input type="text"/></div> <div>*) Pihak Pelapor : pekerja/ ahli waris/Perwakilan RI/Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan/ Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal</div> <div>Kode Pelaksana Penempatan**) : <input type="text"/> **) Diisi khusus bagi peserta melalui Pelaksana Penempatan</div> <div>Alamat : <input type="text"/></div> <div>Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/></div> <div>No telepon Pihak Pelapor : <input type="text"/></div> <div>Nama Kontak Personil Pihak Pelapor : <input type="text"/></div> <div>2. Nama Peserta : <input type="text"/></div> <div>Nomor Peserta : <input type="text"/></div> <div>NIK : <input type="text"/></div> <div>Nomor Paspor Peserta : <input type="text"/> Negara Penempatan : <input type="text"/></div> <div>Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</div> <div>Tanggal Lahir : tgl <input type="text"/> bln <input type="text"/> thn <input type="text"/></div> <div>Alamat/ no telp : <input type="text"/></div> <div>Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/></div> <div>Kode Pos <input type="text"/> No Telepon/HP <input type="text"/></div> <div>Jenis Pekerjaan/jabatan : <input type="text"/></div> <div>Unit / Bidang/ Bagian perusahaan : <input type="text"/></div> <div>3. Tempat kejadian kecelakaan : <input type="checkbox"/> di dalam lokasi kerja <input type="checkbox"/> di luar lokasi kerja <input type="checkbox"/> lalu-lintas</div> <div>Alamat lokasi kejadian kecelakaan : <input type="text"/></div> <div>Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/></div> <div>Tanggal Kecelakaan : tgl <input type="text"/> bln <input type="text"/> thn jam kejadian <input type="text"/> jam <input type="text"/> menit <input type="text"/></div> <div>4. Uraian Kejadian Kecelakaan/ Kronologi</div> <div>Bagaimana terjadinya kecelakaan : <div><div></div><div>Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri</div></div></div> <div>5. Akibat yang diderita korban : <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Cacat</div> <div>Sebutkan bagian tubuh yang luka : <input type="text"/></div> <div>6. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama : Nama Faskes : <input type="text"/></div> <div>Alamat Faskes : <input type="text"/></div> <div>7. Kondisi Akhir Peserta Berdasarkan Pemeriksaan Dokter <input type="checkbox"/> Cacat total tetap untuk selamanya</div> <div><input type="checkbox"/> Cacat sebagian anatomis akibat kehilangan anggota badan .....</div> <div><input type="checkbox"/> Cacat sebagian fungsi anggota badan .....dengan besarnya cacat fungsi .....%</div> <div><input type="checkbox"/> .....</div> <div><input type="checkbox"/> Meninggal dunia</div>		

8. Penerima manfaat santunan apabila peserta meninggal dunia (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

9. Alamat/ no telepon ahli waris

:

Address/phone number

Desa/Kel

Kec

Kota/Kab

Kode Pos

No Telepon/ Hp

Nomor Rekening

:

Nama Bank

:

10. Keterangan lainnya jika perlu

:

11. Persyaratan yang diperlukan (diisi oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

☐ 1. Fotokopi kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan

☐ 2. Fotokopi paspor atau sejenisnya

☐ 3. Surat keterangan dari Perwakilan Republik Indonesia/ Kantor Dagang Ekonomi Indonesia di negara penempatan/ instansi pemerintah yang bertanggungjawab di bidang ketenagakerjaan

☐ 4. Surat keterangan dokter atau rumah sakit yang memeriksa/ merawat

☐ 5. Bukti asli pembayaran biaya transportasi apabila ada

☐ 6. Fotokopi buku rekening TKI dan/ atau ahli waris yang masih berlaku

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja Pekerja Migran Indonesia selama penempatan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya

Negara

:

Kota/Kab

:

Tanggal

:

..... (tanda tangan)

( diberikan stempel bagi pihak pelapor dari Perwakilan RI/ Kantor Dagang Ekonomi di Negara Penempatan// Pelaksana Penempatan/ Direktur Jenderal)

Nama

:

Jabatan

:





Formulir 4  
BPJS Ketenagakerjaan

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN DAN JAMINAN HARI TUA

Segmen Kepesertaan : ☐ Penerima Upah ☐ Bukan Penerima Upah ☐ Jasa Konstruksi ☐ Pekerja Migran Indonesia

A. Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Alamat : .....

4. Nomor Telepon / HP : .....

5. Alamat Email : .....

6. Hubungan dengan Pekerja ☐ Istri / suami ☐ Orang tua  
☐ Anak ☐ Pengurus pemakaman  
☐ Ahli waris lainnya, sebutkan .....

7. Data Pekerja

a. Nama : .....

b. NIK : .....

c. Nomor Peserta : ..... Nomor Paspor (Khusus Bagi PMI) : .....

d. Tempat / Tanggal lahir : .....

e. Nama Ibu Kandung : .....

f. Nama dan Alamat Pemberi Kerja/Wadah/Mitra terakhir/  
Pelaksana Penempatan : .....

B. Permintaan Manfaat Program

☐ Jaminan Kematian dan Jaminan Hari Tua

☐ Jaminan Kematian

C. Dengan ini mengajukan pembayaran beasiswa untuk :

a. Nama Anak : .....

b. NIK : .....

c. Tempat/Tanggal Lahir : .....

d. Jenjang Pendidikan : ☐ SD ☐ SMA ☐ Pelatihan\*  
☐ SMP ☐ Perguruan Tinggi ☐ Khusus untuk PMI

e. Nama Sekolah/ Perguruan Tinggi : .....

D. Berkenaan dengan meninggalnya pekerja tersebut dikarenakan:

☐ Sakit

☐ Kecelakaan di luar hubungan kerja

pada hari/tanggal : ....., ..... - ..... - .....

E. Metode pembayaran : ☐ Transfer - Nama Bank : .....  
- Nama Pemilik : .....  
- No Rekening : .....

F. Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

☐ 1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan Asli

☐ 2. Fotokopi KTP pekerja (WNI)/ paspor (WNA) dan KTP ahli waris dengan menunjukkan aslinya

☐ 3. Fotokopi Akta Kematian atau surat keterangan kematian dari pejabat yang berwenang

☐ 4. Surat keterangan ahli waris dari pejabat yang berwenang

☐ 5. Fotokopi kartu keluarga pekerja dan ahli waris yang masih berlaku dengan menunjukkan aslinya

☐ 6. Fotokopi KTP Pengurus Pemakaman (bagi yang tidak memiliki ahli waris)

☐ 7. Fotokopi buku rekening yang masih berlaku

☐ 8. Surat keterangan masih menempuh pendidikan (untuk penerima beasiswa pendidikan) atau menempuh pelatihan (khusus untuk PMI)

☐ 9. Dokumen pendukung lainnya apabila diperlukan (buku nikah dan lain sebagainya)

Demikian keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika di kemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang .....

Nama : .....



PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

A. Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama

2. NIK

3. Alamat

4. Nomor Telp / HP

5. Hubungan dengan Pekerja

5. Data Pekerja

5.1. Nama\*

5.2. NIK\*

5.3. Nomor Peserta

5.4. Tempat / Tanggal lahir

5.5. Nama ibu kandung

5.6. Riwayat Pekerjaan

pekerja sendiri

istri / suami

ahli waris lainnya :

anak

orang tua

No.

Tahun Masuk

Tahun Keluar

Nama Pemberi Kerja

Alamat Pemberi Kerja

6. Alamat email pemohon

\* tidak perlu diisi apabila pemohon manfaat adalah pekerja

B. Dengan ini mengajukan permintaan Jaminan Hari Tua karena:

SEBAB KLAIM

Mencapai usia 56 tahun

Meninggalkan wilayah RI (bagi WNA)

Meninggalkan wilayah RI (bagi WNI)

Cacat total tetap

Meninggal dunia

Kepesertaan 10 tahun (Pengambilan Sebagian 10%)

Kepesertaan 10 tahun (Pengambilan Sebagian 30% untuk Perumahan)

Mengundurkan diri sebelum usia pensiun

Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)/kontrak /Pensiun sebelum 56 th

DOKUMEN (PU)

1, 2, 3, 6, 18

1, 2, 5/7, 10, 11, 18

1, 2, 5/7, 11, 18

1, 2, 3, 5, 12, 18

1, 3, 14, 15, 16, 17, 18

1, 2, 3, 4/5, 18

1, 2, 3, 4/5, 13, 18

1, 2, 3, 5, 18

1, 2, 3, 7/8/9, 18

DOKUMEN (BPU)

1, 2, 3, 18

1, 2, 5/7, 10, 11, 18

1, 2, 5/7, 11, 18

1, 2, 3, 5, 12, 18

1, 3, 14, 15, 16, 17, 18

1, 2, 3, 18

-

1, 2, 3, 5, 18

-

DOKUMEN (PMI)

1, 2, 3, 18

1, 2, 3, 7, 12, 18

1, 2, 3, 7, 12, 18

1, 2, 3, 7, 12, 18

1, 3, 14, 15, 16, 17, 18

1, 2, 3, 18

-

1, 2, 3, 7, 18

1, 2, 3, 7, 18

C. Dokumen pendukung (diisi oleh petugas BPJS Ketenagakerjaan) :

No

Nama Dokumen

1

Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan asli

2

Fc. KTP (WNI) /Paspor (WNA) peserta dengan aslinya

3

Fc. Kartu Keluarga (WNI) dengan aslinya

4

Fc. Keterangan masih aktif bekerja dari perusahaan dengan aslinya

5

Fc. Keterangan berhenti bekerja dari perusahaan dengan aslinya; atau pernyataan tidak punya aktivitas usaha untuk BPU

6

Fc. S.Ket. Mencapai Usia 56 Th dari perusahaan dengan aslinya

7

Fc. Perjanjian (kontrak) kerja / Ket. Habis kontrak dengan aslinya; atau Keterangan PHK dari perwakilan pemerintah RI/Pelaksana penempatan/perusahaan TK untuk PMI

8

Fc. Penetapan PHK dari PHI

9

Fc. SK. Pensiun dengan aslinya

No

Nama Dokumen

10

Fc. Kartu Ijin Tinggal Terbatas (KITAS) WNA dengan aslinya

11

Surat pernyataan tidak bekerja di Indonesia lagi (WNA)/ingin beralih kewarganegaraan (WNI)

12

Surat keterangan cacat total tetap dari dokter

13

Dokumen kredit perumahan

14

Fc. KTP (WNI) / Paspor (WNA) ahli waris dengan aslinya

15

Fc. KK ahli waris (WNI) dengan aslinya

16

Fc. Akta kematian atau ket. Meninggal dari Rumah Sakit/Polisi/Kelurahan/instansi terkait dengan aslinya

17

Fc. Keterangan ahli waris dengan aslinya

18

Fc. Buku rekening

D. Informasi Rekening

- Nama Bank

- Nama Rekening

- No Rekening


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 :

www.peraturan.go.id



Formulir 7  
BPJS Ketenagakerjaan

PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN Pensiun

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun sebagai berikut:

A. Data Pemohon

1 Nama

2 NIK

3 Tempat/Tgl. Lahir

4 Hubungan dengan pekerja

5 Alamat lengkap

6 No. Telp/HP

7 e-mail

8 Informasi Rekening

a. Nama Bank

b. Nama Rekening

c. No. Rekening

:

:

:

pekerja sendiri

istri/suami

anak

orang tua

:

:

:

:

:

:

:

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)

Mencapai Usia Pensiun

Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan

KTP Pekerja

Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan\*

Fc. Buku rekening

Cacat Total Tetap

Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan

KTP Pekerja

Fc. Bukti potong PPh 21 Form 1721-A1 bulan terakhir dari perusahaan\*

Fc. Surat Keterangan Cacat Total Tetap dari Dokter dan aslinya

Fc. Surat Keterangan tidak bekerja dari Perusahaan dan aslinya

Fc. Buku rekening

Meninggal Dunia

Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan

KTP Penerima Manfaat

Fc. Surat Keterangan Kematian/Akta Kematian dan aslinya

Fc. Surat Keterangan Ahli Waris dan aslinya

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 :

DIREKTUR UTAMA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN

SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

AGUS SUSANTO

www.peraturan.go.id