

SALINAN  
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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 14 Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan tentang Bentuk Kartu Peserta, Sertifikat Kepesertaan, dan Formulir Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan 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.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini yang dimaksud dengan:

1. Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan yang selanjutnya disebut Kartu Peserta adalah kartu tanda kepesertaan 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.
2. Sertifikat Kepesertaan adalah tanda kepesertaan perusahaan yang memiliki nomor pendaftaran perusahaan sebagai tanda bukti kepesertaan program jaminan sosial ketenagakerjaan.
3. Formulir adalah lembar isian yang memuat bagian berisi data atau informasi yang bersifat tetap dan bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap baik secara manual maupun elektronik.
4. Pihak lain adalah Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, badan usaha, asosiasi, lembaga keuangan, koperasi atau lembaga terkait lainnya.

## BAB II KARTU PESERTA

### Pasal 2

- (1) Kartu Peserta 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 3

Kartu Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 paling sedikit memuat:

- a. nomor induk kependudukan;
- b. nomor Peserta atau referensi;
- c. nama Peserta;
- d. bulan dan tahun mulai kepesertaan; dan
- e. logo BPJS Ketenagakerjaan.

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

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

## BAB III SERTIFIKAT KEPESERTAAN

### Pasal 4

Sertifikat Kepesertaan diberikan sebagai tanda bukti kepesertaan perusahaan sebagai Peserta BPJS Ketenagakerjaan.

Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:

- a. logo BPJS Ketenagakerjaan;
  - b. nomor pendaftaran perusahaan;
  - c. nama badan usaha/instansi/asosiasi;
  - d. alamat badan usaha/instansi/asosiasi;
  - e. nomor Sertifikat;
  - f. tanda tangan Direktur Utama;
  - g. tempat ditetapkan;
  - h. tanggal ditetapkan;
  - i. nomor kendali Sertifikat; dan
  - j. bulan dan tahun kepesertaan.
- (3) Dalam hal perusahaan mengikuti program jaminan pensiun, dalam Sertifikat Kepesertaan dicantumkan keterangan kepesertaan program jaminan pensiun.
- (4) Bentuk Sertifikat Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### BAB IV FORMULIR

##### Pasal 5

Formulir digunakan sebagai salah satu persyaratan pendaftaran menjadi Peserta BPJS Ketenagakerjaan dan pengajuan pembayaran manfaat program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

##### Pasal 6

Jenis formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, terdiri atas:

1. formulir pendaftaran:
  - a. formulir Peserta penerima upah;
  - b. formulir Peserta bukan penerima upah; dan
  - c. formulir Peserta jasa konstruksi.
2. formulir pengajuan dan pembayaran manfaat:

- a. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kecelakaan kerja;
- b. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kematian;
- c. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan hari tua; dan
- d. formulir pengajuan dan pembayaran jaminan pensiun.

#### Pasal 7

- (1) Jenis formulir Peserta penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 1, berupa:
  - a. pendaftaran badan usaha atau asosiasi;
  - b. pendaftaran penyelenggara negara;
  - c. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
  - d. daftar pekerja keluar;
  - e. rekapitulasi rincian pembayaran iuran; dan
  - f. rincian iuran pekerja.
- (2) Jenis formulir Peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 2, berupa:
  - a. pendaftaran mitra;
  - b. pendaftaran atau perubahan data pekerja;
  - c. daftar pekerja keluar;
  - d. rekapitulasi rincian pembayaran iuran wadah atau mitra; dan
  - e. rincian iuran pekerja.
- (3) Jenis formulir Peserta jasa konstruksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a angka 3, berupa:
  - a. pendaftaran proyek konstruksi; dan
  - b. daftar harga satuan upah pekerja.
- (4) Formulir Peserta bukan penerima upah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan jika dibutuhkan untuk pendaftaran Peserta bukan penerima upah melalui mitra secara massal sesuai proses bisnis yang ada.



#### Pasal 8

- (1) Jenis formulir pengajuan dan pembayaran jaminan kecelakaan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b angka 1, berupa:
  - 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;
  - g. *assessment* kasus jaminan kecelakaan kerja *return to work*;
  - h. perencanaan program rehabilitasi; dan
  - i. *job placement*.
- (2) Jenis formulir pengajuan dan pembayaran jaminan pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b angka 4, berupa:
  - a. pengajuan pembayaran jaminan pensiun;
  - b. pernyataan data peserta dan susunan keluarga; dan
  - c. perubahan informasi penerima manfaat pensiun dan data keluarga.

#### Pasal 9

Bentuk formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

#### Pasal 10

Penyampaian formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dapat dilakukan dalam bentuk *hardcopy* atau dokumen elektronik.

BAB V  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 11

Pada saat Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku, penggunaan formulir pendaftaran kepesertaan, formulir pengajuan, dan formulir pembayaran manfaat program BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER-12/MEN/VI/2007 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 20 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER-12/MEN/VI/2007 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja dan Keputusan Direksi BPJS Ketenagakerjaan Nomor KEP/116/042015 tentang Bentuk Formulir Pendaftaran Kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan, tetap digunakan sampai dengan jangka waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal pengundangan Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan BPJS Ketenagakerjaan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



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

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL KETENAGAKERJAAN,

ttd

ELVYN G. MASASSYA

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 3 November 2015

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

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2015 NOMOR 1650

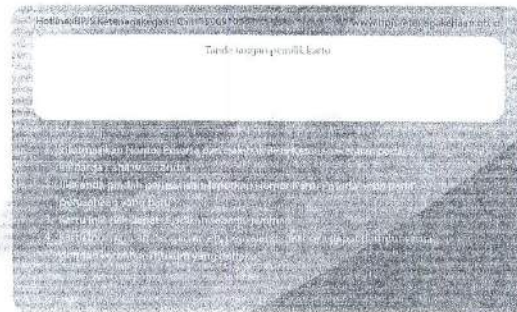
Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Divisi Kepatuhan dan Hukum



Rilexya Suryaputra

NPP. 124438761

LAMPIRAN I PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 3 TAHUN 2015  
TENTANG  
BENTUK KARTU PESERTA BPJS KETENAGAKERJAAN



Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

ttd

ELVYN G. MASASSYA

LAMPIRAN II PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 3 TAHUN 2015  
TENTANG  
BENTUK SERTIFIKAT KEPESERTAAN  
BPJS KETENAGAKERJAAN

 **BPJS**  
Ketenagakerjaan

**SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

BPJS Ketenagakerjaan  
DIREKSI

Nomor Kendali : \_\_\_\_\_ DIREKTUR UMUM

 **BPJS**  
Ketenagakerjaan

**SERTIFIKAT KEPESERTAAN**

NOMOR :

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi : \_\_\_\_\_  
Nomor Pendaftaran Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

Telah terdaftar sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011

**BADAN USAHA/INSTANSI/ASOSIASI INI TELAH  
MENGEROLAKAN PROGRAM JAMINAN PENSIUN  
TERWILUNG SELANG.**

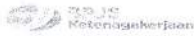
ditetapkan di : \_\_\_\_\_  
pada tanggal : \_\_\_\_\_  
BPJS Ketenagakerjaan  
DIREKSI

Nomor Kendali : 2015- \_\_\_\_\_ **ELVY G. MASASSYA**  
DIREKTUR UMUM

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Juli 2015



LAMPIRAN III PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 3 TAHUN 2015  
TENTANG  
BENTUK FORMULIR PENDAFTARAN KEPESERTAAN



PENDAFTARAN BADAN USAHA / ASOSIASI

Formulir 1 (BU)  
BPJS Ketenagakerjaan

Pendaftaran Baru  Pembaruan Data

**Identifikasi Badan Usaha/Asosiasi**

Nama Badan Usaha/Asosiasi\* \_\_\_\_\_  
Alamat\* \_\_\_\_\_  
Kode Pos\* \_\_\_\_\_ Kabupaten/Kota\* \_\_\_\_\_  
Provinsi\* \_\_\_\_\_  
No. telepon\* \_\_\_\_\_  
No. Fax\* \_\_\_\_\_  
Alamat email\* \_\_\_\_\_  
Kategori Usaha\*  
 Sewa/Mediasi  PUKM  Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  
 Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  Jasa/Barang  
Bentuk Badan Hukum\*  
 PT, CV, Persero  Persekutuan  PT  Yayasan  Lainnya  
 CV, PA, UB  Perjan, PH  Perkutuban  Lainnya, Program Bekerja, Lainnya  Lainnya, tambahan

Nama dan Alamat\* \_\_\_\_\_  
Jenis Usaha Utama\* \_\_\_\_\_  
(Isilah yang sesuai dengan kenyataan)

Identifikasi Badan Usaha/Asosiasi\*  
 Pabrik  Toko  Gudang  Jasa/Perdagangan  Lainnya/Aspek Persewaan

Jumlah orang per tahun\* \_\_\_\_\_ Jumlah bulan \_\_\_\_\_

**Identifikasi Pemilik/Manajemen**

Nama Pemilik/Manajemen\* \_\_\_\_\_  
Alamat\* \_\_\_\_\_  
Kode Pos\* \_\_\_\_\_ Kabupaten/Kota\* \_\_\_\_\_  
Provinsi\* \_\_\_\_\_  
No. telepon\* \_\_\_\_\_

No	Nama	NIK (Nomor Pokok Kependudukan / KTP-el)	Alamat Domisili	NIK BPWP	NO BUKU	PP
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Identifikasi Lainnya**

Nama Lainnya\* \_\_\_\_\_  
Alamat\* \_\_\_\_\_  
No. telepon\* \_\_\_\_\_  
No. fax\* \_\_\_\_\_  
Alamat email\* \_\_\_\_\_

**Program yang diikuti\***

Jaminan Kecelakaan Kerja  
 Jaminan Kecelakaan Kerja  
 Jaminan Kecelakaan Kerja  
 Jaminan Kecelakaan Kerja  
 Jaminan Kecelakaan Kerja  
 Jaminan Kecelakaan Kerja

Mendapatkan surat\* \_\_\_\_\_  
Jumlah seluruh anggota\* \_\_\_\_\_  
Kode wilayah subkawasan (PUS)\* \_\_\_\_\_



Pendaftaran Baru  Perubahan Data

**DATA KEMENTERIAN/LEMBAGA/PENDA/INSTANSI**

Nama Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi\* \_\_\_\_\_

Alamat\* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kode Pos\* \_\_\_\_\_ Kabupat/Kota\* \_\_\_\_\_  
 Provinsi\* \_\_\_\_\_

No. Telepon\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

No. Fax\* \_\_\_\_\_

Alamat email \_\_\_\_\_

Alamat Website \_\_\_\_\_

Kepemilikan\*  Kementerian  Pemerintah Provinsi  Pemerintah Kab/Kota  TNI  POLRI  
 Lembaga Negara  Instansi (Non Kementerian)

Nomor UU Pembentukan\* \_\_\_\_\_

Tanggal UU Pembentukan\* \_\_\_\_\_

NPWP Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi\* \_\_\_\_\_

Status Kementerian/Lembaga/Penda/Instansi\*  Pusat  Provinsi  Kota/Kab  TNI  POLRI  
 (\*Pilih salah satu)

**DATA PENYELENGGARA NEGARA**

Nama Lengkap\* \_\_\_\_\_

Jabatan\* \_\_\_\_\_

No. Telepon\* \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

No. HP: \_\_\_\_\_

No. Fax: \_\_\_\_\_

Alamat email \_\_\_\_\_

**DATA 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 Pegawai / Aparat\* \_\_\_\_\_ Orang

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

\* Wajib diisi

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan)  
 Jabatan :

Kode ILO \_\_\_\_\_

Diteliti oleh: \_\_\_\_\_  
 tgl: \_\_\_\_\_

Diperiksa oleh: \_\_\_\_\_  
 tgl: \_\_\_\_\_

Diproses oleh: \_\_\_\_\_  
 tgl: \_\_\_\_\_



# PENDAFTARAN / PERUBAHAN DATA PEKERJA

Formulir 1a PU  
BPJS Ketenagakerjaan

Penyelenggara Negara  Non Penyelenggara Negara  | Pendaftaran Baru  Perubahan Data  | Tertitung Sejak :  bh  tahun

Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi: \_\_\_\_\_  
(sesuai tempat bekerja saat ini)  
Nama Unit Kerja / Kesatuan : \_\_\_\_\_ Kode Unit Kerja : \_\_\_\_\_  
Nomor Pendaftaran Perusahaan / Lembaga (NPP) : \_\_\_\_\_

Nomor Induk Pegawai / Karyawan : \_\_\_\_\_  
Belum  Sudah   
Apakah sebelumnya sudah menjadi peserta ?  
Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Referensi (Nomor Peserta) BPJS Ketenagakerjaan : \_\_\_\_\_

Nomor Induk Kependudukan (NIK)\* : \_\_\_\_\_  
Nomor Paspor : \_\_\_\_\_  
(Nomor Paspor Asing)  
Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_  
Nama Lengkap Pekerja\* : \_\_\_\_\_

Tempat/Tgl Lahir\* : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin\* :  Laki - laki  Perempuan  
Masa Berlaku Paspor :  th  bl  tahun

Nama Ibu Kandung Pekerja\* : \_\_\_\_\_  
Alamat Lengkap Pekerja : \_\_\_\_\_  
(sesuai Domisili)  
Kode Pos\* : \_\_\_\_\_  
Kabupaten/kota\* : \_\_\_\_\_  
Provinsi : \_\_\_\_\_

No Telephone / HP : \_\_\_\_\_  
Alamat Email : \_\_\_\_\_  
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : \_\_\_\_\_  
Ya  Tidak   
Nama Organisasi (Jika Ya) : \_\_\_\_\_

Tergabung Dalam Organisasi Pekerja / Buruh : \_\_\_\_\_  
(nama untuk peserta Non-Penyelenggara Negara)

No Urut	Hubungan Keluarga	NIK (Nomor Induk Kependudukan)	Nama Anggota Keluarga (Seperti yang tercantum dalam Kartu Keluarga)	Tgl Lahir (th/bl/tahun)	Jenis Kelamin (LP)	Keterangan (jika penyebab adanya perubahan data)
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

Keseringan : \_\_\_\_\_  
Tanggal : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_

Dalam hal Pekerja tidak mengisi Suami/Anaknya/Keluarga/Susunan Ahli Waris, BPJS Ketenagakerjaan akan menggunakan Data Administrasi Kependudukan dan kemudian bagi peserta Program Jaminan Penatun akan dikonfirmasi kepada peserta melalui perusahaan.



### DAFTAR PEKERJA KELUAR



Terhitung Sejak :  b/n  /  /  Tahun

No Pendaftaran Persh/NPP:		Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi:				Halaman :	
Nomor Urut	Nomor Induk Pegawai / Karyawan	Nomor Referensi (Nomor Peserta)	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Nama Lengkap Pekerja (Sesuai dg KTP, atau/ sesuai dokumen pendukung)	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Keterangan	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Catatan :  
Kolom Keterangan diisi dengan penyebab Pekerja keluar :  
- mengundurkan diri  
- cacat total tetap  
- usia pensiun  
- meninggal dunia  
- meninggal dunia karena kecelakaan kerja  
- meninggalkan wilayah NKRI selamanya

Tanggal :

Jabatan :



REKAPITULASI RINCIAN PEMBAYARAN IURAN

Formulir 2 PU  
BPJS Ketenagakerjaan

**BAGIAN I - Badan Usaha/Instansi/Asosiasi**

1 Nama Badan Usaha/Instansi/Asosiasi : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 Nomor Pendaftaran Perusahaan (NPP) : \_\_\_\_\_

2 Iuran untuk bulan/thn : \_\_\_\_\_  
bln tahun

3 Iuran disetor melalui : Bank \_\_\_\_\_  
No Virtual Account \_\_\_\_\_

**BAGIAN II - Rekapitulasi Pekerja dan Upah**

Uraian	Jumlah	
	Pekerja	Gaji / Upah
a Bulan lalu		Rp.
b Penambahan Pekerja		Rp.
c Pengurangan Pekerja		Rp.
d Kenaikan Upah		Rp.
e Penurunan Upah		Rp.
f Total (a+b-c+d-e)		Rp.

**BAGIAN III - Rincian Iuran Bulanan**

Program	Tarif	Total Gaji / Upah	Iuran
a	b	c=total upah bagian II	d=a*c
a Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	..... %	Rp.	Rp.
b Jaminan Hari Tua (JHT)	5,70%	Rp.	Rp.
c Jaminan Kematian (JKM)	0,30%	Rp.	Rp.
d Jaminan Pensiun (JP)	0,60%	Rp.	Rp.
e Jumlah (a+b+c+d)		Rp.	Rp.

**BAGIAN IV - Kompensasi Kekurangan Kelebihan Iuran untuk bulan berjalan sebelumnya**

Program	Iuran
a Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)	Rp.
b Jaminan Hari Tua (JHT)	Rp.
c Jaminan Kematian (JKM)	Rp.
d Jaminan Pensiun (JP)	Rp.
e Jumlah Iuran (a+b+c+d)	Rp.

**BAGIAN V - Denda Iuran**

a	b	c=Jumlah Iuran Bagian III
Jumlah denda Iuran	..... %	Rp.

**BAGIAN VI - Jumlah Seluruhnya**

Jumlah Iuran seluruhnya (II+IV+V)	Rp.
-----------------------------------	-----

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan/Cap

\_\_\_\_\_  
Jabatan

\_\_\_\_\_  
Tanggal







## PENDAFTARAN / PERUBAHAN DATA PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH

Pendaftaran Baru   
  Perubahan Data   
 Terhitung Sejak :   
 tgl   
 bin   
 Tahun

Kode Mitra (bila ada) : \_\_\_\_\_

Nomor Induk Kependudukan (NIK)\* : \_\_\_\_\_

Apakah sebelumnya anda sudah menjadi peserta ?   
 Belum   
 Sudah

Bila sudah, mohon lengkapi Nomor Referensi (Nomor Kartu Peserta) BPJS Ketenagakerjaan anda : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap Pekerja\* : \_\_\_\_\_

Tempat/Tgl. Lahir\* : \_\_\_\_\_ tgl   
 bin   
 Tahun

Jenis Kelamin\* :   
 Laki - laki   
 Perempuan

Nama Ibu Kandung Pekerja\* : \_\_\_\_\_

Alamat Lengkap Pekerja : \_\_\_\_\_

(sesuai Domisili) \_\_\_\_\_

Kode Pos\* : \_\_\_\_\_ Kabupaten/Kota\* \_\_\_\_\_ Provinsi \_\_\_\_\_

No Telephone : \_\_\_\_\_

No Hp\* : \_\_\_\_\_

Alamat Email : \_\_\_\_\_

Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : \_\_\_\_\_

Jenis Peserta\* :   
 Pemberi Kerja   
 Pekerja Mandiri   
 Pekerja Lainnya

Jenis Pekerjaan\* : \_\_\_\_\_

Maksimal 2 jenis (contoh : Pedagang Nasi Goreng, Tukang Ojek)

Lokasi Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Penghasilan sebulan\* : \_\_\_\_\_ Rp.

Program yang diikuti\* :   
 JKK dan JKM   
 JKK, JKM dan JHT







**REKAPITULASI RINCIAN PEMBAYARAN IURAN MITRA**

Formulir 2 BPU  
BPJS Ketenagakerjaan

Nomor Kerjasama : \_\_\_\_\_

Kode Mitra : \_\_\_\_\_

Nama Mitra : \_\_\_\_\_

Periode Pembayaran :  1 bulan  3 bulan  6 bulan  12 bulan

Periode iuran : \_\_\_\_\_ bulan - \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_ bulan - \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_

iuran disetor melalui : Bank \*) \_\_\_\_\_

Jumlah Pekerja : \_\_\_\_\_ Orang

Rekap iuran :

Uraian	Iuran Perbulan	Total iuran
1. iuran (Rp)		
a. Jaminan Kecelakaan Kerja		
b. Jaminan Kematian		
c. Jaminan Hari Tua		
2. Denda iuran (Rp)		
<b>Total Seluruhnya (1+2)</b>		

Nama dan Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra _____ lgj      bli      ttn	Diterima Oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan _____ lgj      bli      ttn  Tanda Tangan/ Cap
--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Keterangan :  
- seluruh informasi wajib diisi secara lengkap  
\*) Bank Yang Kejasama dengan Kantor Cabang BPJS Ketenagakerjaan  
- kolom c adalah jumlah perkalian antara kolom b dengan pilihan metode pembayaran.

Formulir 2a BPU  
BPJS  
Ketenagakerjaan



### RINCIAN IURAN PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH

Kode Mitra\*  Nama Mitra\*

Periode Pembayaran:  1 bln  3 bln  6 bln  12 bln

Periode Iuran:  bulan  tahun

No	a	b	c	d	e	f	g	Periode Pembayaran		h	i	j	k
								1	2				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

20

Keterangan  
\*) Diterima pendaftaran dilakukan melalui Mitra.  
- Kolom j adalah jumlah perkalian antara kolom l dengan pilihan metode pembayaran.  
- Isian formulir ini dapat disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam bentuk media elektronik (softcopy) ataupun hasil cetakan dari sistem operasi Mitra yang bersangkutan, dengan aturan / format yang sesuai dengan ketentuan BPJS Ketenagakerjaan.

(Nama dan Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra)

**PENDAFTARAN PROYEK**

No.....

- |     |                                       |   |                                            |
|-----|---------------------------------------|---|--------------------------------------------|
| 1.  | Nama Perusahaan/ Kantor               | : | .....                                      |
| 2.  | Alamat                                | : | .....                                      |
|     | No. Telepon                           | : | .....                                      |
| 3.  | No. SPK                               | : | .....                                      |
| 4.  | Tanggal SPK                           | : | .....                                      |
| 5.  | Sumber Pembiayaan Proyek              | : | APBN/APBD TK.I/APBD TK.II/SWASTA/LAIN-LAIN |
| 6.  | Nilai Kontrak Kerja Konstruksi (NKKK) | : | .....                                      |
| 7.  | Nilai Komponen Upah Dari NKKK         | : | .....                                      |
| 8.  | Lokasi Proyek                         | : | .....                                      |
| 9.  | No. IMB-PB/Tanggal                    | : | .....                                      |
| 10. | No. IMB/Tanggal                       | : | .....                                      |
| 11. | Pemilik Proyek                        | : | .....                                      |
| 12. | Jumlah Pekerja                        | : | .....                                      |
| 13. | Masa Pertanggung/Masa kontrak         | : | .....                                      |
|     |                                       |   | s/d.....                                   |
| 14. | Jenis Pertanggung                     | : | Jaminan Kecelakaan Kerja                   |
|     |                                       |   | Jaminan Kematian                           |
| 15. | Keterangan lain-lain                  | : | .....                                      |

  
Ketenagakerjaan

Pimpinan Perusahaan

Nama  
Jabatan

Tembusan :

1. Pemilik Proyek
2. Dinas Pengawasan Pembangunan Provinsi/Kab/Kota ....
3. BPJS Ketenagakerjaan setempat (Asli)
4. Arsip Perusahaan



FORMULIR 1a JAKON  
BPJS KETENAGAKERJAAN

**DAFTAR HARGA SATUAN UPAH PEKERJA**

Nama Perusahaan/Kontraktor : .....  
No. Pendaftaran Proyek : .....

No	Nama Pekerjaan	Upah Per Hari	Jumlah Pekerja
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Keamanan		
2	Pembantu Pekerja		
3	Pekerja		
4	Pekerja Kepala		
5	Pembantu Tukang		
6	Tukang Batu		
7	Tukang Kayu		
8	Tukang Besi		
9	Tukang Kepala		
10	Mandor		
11	Mandor Kepala		
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		

.....  
Pimpinan Perusahaan

Nama  
Jabatan

- Tembusan :
1. Pemilik Proyek
  2. Dinas Pengawasan Pembangunan Provinsi/Kab/Kota ....
  3. BPJS Ketenagakerjaan setempat (Asli)
  4. Arsip Perusahaan

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

ELVYN G. MASASSYA



LAMPIRAN IV PERATURAN BPJS KETENAGAKERJAAN  
NOMOR 3 TAHUN 2015  
TENTANG  
BENTUK FORMULIR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM  
BPJS KETENAGAKERJAAN

LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP I		Formulir 3 KK 1 BPJS Ketenagakerjaan
<b>Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I</b> Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja		
1. Nama Perusahaan *)	:	<input type="text"/>
Kode Mitra/ Kode Proyek	:	<input type="text"/> *) Diisi khusus bagi peserta Penerima Upah/Jasa Konstruksi
Alamat	:	<input type="text"/>
	:	Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/>
No telp perusahaan	:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Nama Kontak personil perusahaan	:	<input type="text"/>
2. Nama Peserta	:	<input type="text"/>
Nomor Referensi / nomor Peserta	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tanggal Lahir	:	tg <input type="text"/> bln <input type="text"/> thn <input type="text"/>
Alamat/ no telp	:	<input type="text"/>
	:	Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/>
	:	Kode Pos <input type="text"/> No Telp/hp <input type="text"/>
Jenis Pekerjaan/jabatan	:	<input type="text"/>
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:	<input type="text"/>
3. Upah tenaga kerja yang diterima	:	<input type="checkbox"/> per hari <input type="checkbox"/> per bulan <input type="checkbox"/> borongan
Jumlah upah yang diterima	:	Rp <input type="text"/>
Terbilang upah yang diterima	:	<input type="text"/>
4. Tempat kejadian kecelakaan	:	<input type="checkbox"/> di dalam lokasi kerja <input type="checkbox"/> di luar lokasi kerja <input type="checkbox"/> lalu-lintas
Alamat lokasi kejadian kecelakaan	:	<input type="text"/>
	:	Desa/Kel <input type="text"/> Kec <input type="text"/> Kota/Kab <input type="text"/>
Tanggal Kecelakaan	:	tg <input type="text"/> bln <input type="text"/> thn <input type="text"/> jam kejadian <input type="text"/> menit <input type="text"/>
5. Deskripsi kecelakaan	:	
a) Tindakan bahaya penyebab kecelakaan	:	<input type="checkbox"/> Memakai peralatan yang berbahaya <input type="checkbox"/> Bekerja dengan kecepatan membahayakan <input type="checkbox"/> lupa menggunakan alat pelindung diri (APD) <input type="checkbox"/> Bongkar pasang barang/bongkar muat barang <input type="checkbox"/> Posisi saat bekerja tidak aman <input type="checkbox"/> Bekerja dengan objek/benda yang berputar <input type="checkbox"/> Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi <input type="checkbox"/> Lalai
b) Kondisi yang menimbulkan bahaya dan menjadi pemicu terjadinya kecelakaan	:	<input type="checkbox"/> Pengamanan yang tidak sempurna <input type="checkbox"/> Penggunaan peralatan/bahan yang tidak tepat <input type="checkbox"/> Adanya cacatan (disabilitas) <input type="checkbox"/> Alatnya prosedur/pengaturan yang tidak aman <input type="checkbox"/> Penerangan yang tidak sempurna <input type="checkbox"/> Ventilasi tidak sempurna <input type="checkbox"/> Suasana kerja yang tidak aman <input type="checkbox"/> Tekanan udara yang tidak aman <input type="checkbox"/> Gelaran yang berbahaya <input type="checkbox"/> Bising <input type="checkbox"/> Perlengkapan yang digunakan tidak aman <input type="checkbox"/> Alatnya gerakan (perputaran)
c) Corak kecelakaan yang terjadi	:	<input type="checkbox"/> Terbentur <input type="checkbox"/> Terpukul <input type="checkbox"/> Terpapar <input type="checkbox"/> Tersengat aliran listrik <input type="checkbox"/> Tertangkap <input type="checkbox"/> Terjigit <input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian yang sama <input type="checkbox"/> Tenggelam <input type="checkbox"/> Terjepit <input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian berbeda <input type="checkbox"/> Tertimbun <input type="checkbox"/> Tergelincir <input type="checkbox"/> Penghisapan (Penyerapan)
d) Sumber penyebab cedera	:	<input type="checkbox"/> Mesin (Press, Bor, Gergaji, dll) <input type="checkbox"/> Penggerak mula dan pompa <input type="checkbox"/> Lift (Barang, orang) <input type="checkbox"/> Perantara (Bahan, benda, barang) <input type="checkbox"/> Komponen <input type="checkbox"/> Alat transportasi

6. Uraian Kejadian Kecelakaan  
- bagaimana terjadinya kecelakaan :

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap di bagian akhir di bagian belakang

- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera \*)  
\*) tidak perlu diisi bila peristiwa lain penyebabnya :

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap di bagian akhir di bagian belakang

7. Akibat yang diderita korban :  Meninggal     cedera/luka  
Sebutkan bagian tubuh yang luka :

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama :  
Nama Faskes : \_\_\_\_\_  
Jenis Faskes :  Rumah Sakit Trauma Center     Klinik Trauma Center  
 Bukan Jejaring TC  
Alamat Faskes : \_\_\_\_\_

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama :  rawat jalan     rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu :





8. Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk KK4 atau KKS ditetapakan terlampir : Pada tanggal         peserta ditetapkan

Sembuh atau Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir  
 Sedang dalam tahap perawatan/pengobatan  
 Cacat total tetap untuk selamanya  
 Cacat sebagian anatomis  
 Cacat sebagian fungsi  
 Meninggal dunia  
 Kasus Kambuh

9. Besarnya pembiayaan dan santunan yang telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca kecelakaan kerja : Rp

10. Penerima manfaat santunan (ahli waris) :

Nama Peserta :

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 :

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:  Kota/kab :   
- Dinas Tenaga Kerja Setempat  Tanggal :

.....(tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan)  
Nama :   
Jabatan :



- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera :

- |                                        |                                            |                                     |                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ginjal        | <input type="checkbox"/> Hati              | <input type="checkbox"/> Jantung    | <input type="checkbox"/> Kandung empedu |
| <input type="checkbox"/> Esofagus      | <input type="checkbox"/> kulit             | <input type="checkbox"/> paratiroid | <input type="checkbox"/> pituitari      |
| <input type="checkbox"/> kandung kemih | <input type="checkbox"/> Limpa             | <input type="checkbox"/> mata       | <input type="checkbox"/> Otak           |
| <input type="checkbox"/> Ovarium       | <input type="checkbox"/> Testis/buah zakar | <input type="checkbox"/> Pankreas   | <input type="checkbox"/> paru-paru      |
| <input type="checkbox"/> Lambung       | <input type="checkbox"/> Usus halus        | <input type="checkbox"/> usus besar | <input type="checkbox"/> rahim          |
| <input type="checkbox"/> thymus        | <input type="checkbox"/> tiroid            | <input type="checkbox"/> Arteri     | <input type="checkbox"/> Vena           |

Uraian lain-lain .....

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 :

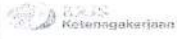
Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter kasus kecelakaan kerja adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :  
Tanggal :

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





**LAMPIRAN TAMBAHAN**

Lampiran Tambahan Formulir  
**3 ; 3a ; 3b**  
BPJS Ketenagakerjaan

Tambahan Keterangan pada Formulir :

- Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I (Formulir 3 KK 1)
- Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II (Formulir 3a KK 2)
- Surat Keterangan Dokter Kasus Kecelakaan Kerja (Formulir 3b KK 3)
- Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I (Formulir 3 PAK 1)
- Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap II (Formulir 3a PAK 2)
- Surat Keterangan Dokter Kasus Penyakit Akibat Kerja (Formulir 3b PAK 3)

[Empty box for additional information]

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan 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 : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_



### LAPORAN KASUS PENYAKIT AKIBAT KERJA TAHAP I

Formulir  
**3 PAK 1**  
BPJS Ketenagakerjaan

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

1 Nama Perusahaan :   
NPP/Kode Mitra/ Kode Proyek :  \*) khusus untuk peserta penerima upah/Jasa Konstruksi  
Alamat :   
Desa/Kel  Kec  Kota/Kab   
No telp perusahaan :  /   
Nama Kontak personil perusahaan :

2 Nama Peserta :   
Nomor Referensi / Nomor Peserta :   
Jenis Kelamin :  laki-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  
Lokasi/alamat tempat bekerja :   
Desa/Kel  Kec  Kota/Kab   
Jabatan pekerjaan terakhir :   
Uraian pekerjaan terakhir :   
Uraian kegiatan pekerjaan terakhir lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

Unit / Bidang/ Bagian perusahaan :   
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 Uraian kronologis penyakit akibat kerja  
- Sebutkan jenis penyakit akibat kerja yang timbul karena hubungan kerja :   
Uraian kronologis penyakit akibat kerja lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri  
- Sebutkan bahan, proses, lingkungan atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit akibat kerja :   
Uraian kronologis penyakit akibat kerja lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

8 Akibat yang diderita peserta :  Meninggal  sakit  
Sebutkan bagian tubuh/organ tubuh yang mengalami penyakit akibat kerja :

9 Pengobatan peserta setelah didiagnosa penyakit akibat kerja :  rawat jalan  rawat inap

10 Keterangan lainnya jika perlu :

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

1. Nama Perusahaan \*) :

Kode Mitra / No. Proyek :  \*) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah / Jasa Konstruksi

Alamat :

Desa/Kel  Kec  Kota/Kab

No telp perusahaan :

Nama Kontak personil perusahaan :

2. Nama Peserta :

Nomor Referensi / nomor Peserta :

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 perusahaan :

3. Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja : tgl  bln  thn

4. laporan kasus penyakit akibat kerja :  Belum disampaikan  
Tahap I telah disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja

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 :  Perusahaan  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

Penerima manfaat pembiayaan :  Perusahaan  Peserta  Faskes TC  Ahli Waris

7. Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB) : a) Periode  tanggal  bulan  tahun s.d.  tanggal  bulan  tahun

b) Jumlah besarnya STMB Rp

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

Tidak terlampir







**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 : \_\_\_\_\_ Jabatan/Keahlian : \_\_\_\_\_  
Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_ Nomor telepon/hp : \_\_\_\_\_  
Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : \_\_\_\_\_  
 Nomor Referensi / nomor Peserta : \_\_\_\_\_

2. Nama Perusahaan \*) : \_\_\_\_\_

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 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

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 .....  
 Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal : tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_ s.d. tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_

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 kasus penyakit akibat kerja 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 : \_\_\_\_\_

	ASSESSMENT KASUS JAMINAN KECELAKAAN KERJA, RTW	3d
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	----

Nama : .....  
Tanggal lahir : ..... Usia : ..... Tahun .....  
Alamat tinggal : .....  
Kelurahan ..... Kabupaten / Kecamatan .....

No KTP / SIM : .....  
No Kartu Peserta BPJS K : .....

Pendidikan  ≤ SLTP  SLTA  Diploma  S1  ≥ S2

NPP : .....

Perusahaan : .....

Unit Kerja : .....

Jabatan : .....

Alamat Perusahaan : .....

Telp / HP : .....

Upah  < UMP / UMK  UMP / UMK  > UMP / UMK

Kasus  Kecelakaan Kerja  Penyakit Akibat Kerja

Tanggal Kecelakaan : .....

Tanggal laporan tahap I : .....

Lokasi  Dalam  Luar  Lalu lintas

Waktu kejadian  06.01 - 12.00  12.01 - 18.00  18.01 - 24.00  00.00 - 06.00

Tanggal laporan tahap II : .....

Diagnosa (sesuai KK4) : .....

Riwayat Penyakit : .....

Prognosis : .....

Fasilitas Kesehatan  Klinik TC  RS TC  Non TC

Nama Faskes TC : Klinik / Rumah Sakit .....

STMB : ..... Hari Rp. ....

Bagian tubuh yang terkena :

Kondisi Peserta  Tidak Cacat  Cacat Fungsi  Cacat Anatomis  Gangguan Psikis

Tindakan medis  Operasi  Tanpa Operasi

Rehabilitasi  Fisioterapi  Alat bantu gerak  Pelatihan Kerja

Terapi Psikologi  Lain-lain .....

.....

DESKRIPSI AWAL	3e
----------------	----

**I JOB DESC (Berdasarkan koordinasi dengan perusahaan) sebelum terjadi kecelakaan**

- a Deskripsi tugas sehari-hari : .....
- b Tugas dan Proses kerja : .....
- c Beban Kerja :  Berat  Sedang  Ringan
- d Lingkungan kerja (kasus PAK) :  debu / asbes  radiasi / suhu / kelembaban yang tinggi  
 senyawa kimia  radiasi elektro magnetik / mengion  
 kebisingan  kontaminasi virus / bakteri / parasit  
 getaran mekanik  lainnya .....

**II URAIAN AWAL PEKERJAAN (Berdasarkan koordinasi dengan Pihak Perusahaan)**

A	ASPEK FISIK	Penjelasan
1	Mobilitas	
2	Penginderaan	
3	Penampilan	
4	Keseimbangan	
5	Keterampilan Motorik	
6	Komunikasi	
B	ASPEK MENTAL	Penjelasan
1	Kapasitas mental dan intelektual	
2	Kemampuan menghadapi stres	
C	ASPEK ORGANISASI	Penjelasan
1	Bekerja dalam tim	
2	Melayani publik	
3	Kemampuan Kerja Shift	
D	ASPEK LINGKUNGAN KERJA	Penjelasan



III STATUS MEDIS (berdasarkan koordinasi dengan dokter perusahaan/dokter yang merawat)

A	KEADAAN UMUM	Penjelasan
1	Kemampuan kerja penuh	
2	Kemampuan kerja shift	
3	Status mental	
4	Status Intelektual	
B	MOBILITAS	Penjelasan
1	Perjalanan ke tempat kerja	
2	Kemampuan penggunaan exit darurat	
3	Kemampuan jalan, naik tangga, membungkuk	
4	Fungsi lokomotor	
5	Fungsi/mobilitas persendian	
5	Kemampuan berdiri/duduk	
7	Keterbatasan	
C	KEKUATAN OTOT	Penjelasan
1	Kelemahan	
2	Tremor	
3	Kemampuan mengangkat beban	
4	Ketrampilan	
5	Keterbatasan	
6	Kemampuan menggenggam, menjepit	
D	KOORDINASI DAN KESEIMBANGAN	Penjelasan
1	Koordinasi tangan - mata	
2	Kemampuan bekerja di tempat tinggi	
3	Kecenderungan vertigo	
E	STATUS KARDIOVASKULER DAN RESPIRASI	Penjelasan
1	Kapasitas fisik, CO2 max - batasan METS	
2	Fungsi paru	
F	STATUS SENSORI NEURAL	Penjelasan
1	Kemungkinan kehilangan kesadaran	

IV Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Daily Living Activities)

A	KEADAAN UMUM	Penjelasan
1	Aktivitas sehari-hari seperti : makan, mandi dan buang air (ADL)	
2	Melakukan Hobi (hobbies)	
3	Melakukan pekerjaan rumah (housework)	
4	Aktivitas sosial / (social activities)	
5	Kemampuan menyetir /naik kendaraan	
6	Kesehatan umum - penambahan berat badan, kesehatan, tidur (general health-weight gain, fitness sleeping)	
7	Aktivitas seks (sexual life)	
B	KONSIDI KEJIWAAN	Penjelasan
1	Kesabaran (tolerances)	
2	Konsentrasi (Concentration)	
3	Tingkat percaya diri (confidence)	
4	Kemampuan manajemen masalah (coping strategies)	
5	Kemampuan mengendalikan marah	

G STATUS KECACATAN

Impairment, disability dan atau handicap : \_\_\_\_\_

Deskripsi masing-masing :

- Kemungkinan membahayakan diri sendiri, rekan kerja atau lingkungan
- Toleransi pihak atasan maupun rekan kerja
- Status Kelaikan Kerja
- Melakukan pekerjaan semula
- Melakukan pekerjaan semula, tetapi efektivitas menurun
- Mampu melakukan pekerjaan, dapat mempengaruhi kondisi medis
- Mampu melakukan pekerjaan, tetapi berisiko bagi pekerja, pekerja lain atau komunitas
- Tidak mampu secara fisik/mental melakukan pekerjaan untuk sementara waktu
- Lain-lain : \_\_\_\_\_

Referensi untuk tenaga kerja :

.....  
.....

Referensi untuk Perusahaan :

.....  
.....

Keterangan :

.....  
.....  
.....

	<b>PERENCANAAN PROGRAM REHABILITASI</b>	<b>3f</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------

Nama : \_\_\_\_\_  
Nomor KP BPJS : \_\_\_\_\_  
Nomor Rekam Medis : \_\_\_\_\_  
Tanggal Pemeriksaan Pertama : \_\_\_\_\_  
Diagnosa : \_\_\_\_\_  
Tujuan / Sasaran : \_\_\_\_\_

Hambatan	Strategi Penyelesaian	Perkiraan Tanggal Mulai Rehabilitasi	Perkiraan Tanggal Selesai Rehabilitasi	Estimasi Biaya (Rp)

Tenaga Kerja bersedia membuat pernyataan  Ya  Tidak (terlampir)  
Keputusan :  Layak untuk dilakukan program Return to Work  Tidak layak dilakukan Program Return to Work

KETERANGAN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

..... - 20.....

( \_\_\_\_\_ )  
Dokter / Tenaga Medis







Yang bertandatangan di bawah ini

Nama :  
Nomor KTP :  
Jabatan :  
Perusahaan :  
Nomor Pendaftaran Perusahaan (NPP) :  
Alamat perusahaan :

Sehubungan kasus kecelakaan kerja/penyakit akibat kerja yang dialami tenaga kerja di perusahaan kami berikut ini:

Nama :  
Nomor KTP :  
Alamat :  
Diagnosa :  
Tanggal kejadian kecelakaan :

Bersama ini, perusahaan kami menyatakan :

Bersedia mendukung dan memfasilitasi pelaksanaan Program Return To Work bagi tenaga kerja dimaksud dan memperkerjakan kembali tenaga kerja tersebut diatas sesuai dengan kapasitasnya berdasarkan hasil rekomendasi Program *Return To Work* yang telah diikuti.

Tidak bersedia mendukung dan memfasilitasi pelaksanaan Program Return To Work bagi tenaga kerja dimaksud

Demikian pernyataan adalah benar dan ditandatangani dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

.....(tempat), .....(tanggal)

..... (Nama)

..... (jabatan)

Alamat surat menyurat:

JOB PLACEMENT	3i
---------------	----

**I JOB DESC (Berdasarkan koordinasi dengan perusahaan, untuk pekerjaan pasca JKK)**

- a Deskripsi tugas sehari-hari : .....
- b Tugas dan Proses kerja : .....
- c Beban Kerja :  Berat  Sedang  Ringan
- d Lingkungan kerja (kasus PAK) :  debu / asbes  radiasi / suhu / kelembaban yang tinggi  
 senyawa kimia  radiasi elektro magnetik / mengion  
 kebisingan  kontaminasi virus / bakteri / parasit  
 getaran mekanik  lainnya .....

**II JOB DEMAND (Berdasarkan koordinasi dengan Pihak Perusahaan)**

A	ASPEK FISIK	Penjelasan
1	Mobilitas	
2	Penginderaan	
3	Penampilan	
4	Keseimbangan	
5	Keterampilan Motorik	
6	Komunikasi	
B	ASPEK MENTAL	
1	Kapasitas mental dan intelektual	
2	Kemampuan menghadapi stres	
C	ASPEK ORGANISASI	
1	Bekerja dalam tim	
2	Melayani publik	
3	Kemampuan Kerja Shift	
D	ASPEK LINGKUNGAN KERJA	
1	Kemampuan bekerja di ketinggian	
2	Kemampuan bekerja di lingkungan tertentu	
E	ASPEK TEMPORAL	
1	Kerja Shift	
2	Kerja Malam	
3	Waktu Istirahat	
F	ASPEK ERGONOMI	
1	Desain Tempat kerja	
2	Sikap selama bekerja	

5	Fungsi/mobilitas persendian
5	Kemampuan berdiri/duduk
7	Keterbatasan
C	KEKUATAN OTOT
1	Kelemahan
2	Tremor
3	Kemampuan mengangkat beban
4	Ketrampilan
5	Keterbatasan
6	Kemampuan menggenggam, menjepit
D	KOORDINASI DAN KESEIMBANGAN
1	Koordinasi tangan - mata
2	Kemampuan bekerja di tempat tinggi
3	Kecenderungan vertigo
E	STATUS KARDIOVASKULER DAN RESPIRASI
1	Kapasitas fisik, CO <sub>2</sub> max - batasan METS
2	Fungsi paru
F	STATUS SENSORI NEURAL
1	Kemungkinan kehilangan kesadaran
a	episode
b	faktor pencetus

Analisa terhadap Evaluasi Kapasitas Fungsional Pekerja

Persentase cacat : ..... % setelah dilakukan rehabilitasi medis

Hirarki RTW:

- Kembali ke pekerjaan yang sama di perusahaan yang sama
- Kembali ke pekerjaan yang serupa disesuaikan kemampuan peserta di perusahaan yang sama
- Kembali ke pekerjaan yang berbeda di perusahaan yang sama
- Kembali ke pekerjaan yang sama di perusahaan yang berbeda
- Kembali ke pekerjaan yang serupa disesuaikan kemampuan peserta di perusahaan yang berbeda
- Kembali ke pekerjaan yang berbeda di perusahaan yang berbeda
- Wiraswasta / Bekerja mandiri

Nilai Klaim Jaminan JKK

- 1 Biaya transport = Rp. ....
- 2 Santunan Tidak Mampu bekerja : ..... Hari = Rp. ....
- 3 Biaya Pengobatan = Rp. ....
  - a. Biaya Perawatan ..... Hari = Rp. ....
  - b. Jasa Dokter / Medis = Rp. ....
  - c. Tindakan = Rp. ....
  - c. Obat-obatan = Rp. ....
  - d. Laboratorium = Rp. ....
  - e. Radiologi = Rp. ....
- 4 Biaya Othose / Prothesa = Rp. ....
- 5 Rehabilitasi medis = Rp. ....
- 6 Alat Kesehatan (Implan, Plate, Screw, Pen, Dll) = Rp. ....
- 7 Santunan cacat = Rp. ....
- 8 Biaya Vocational Training / BLK = Rp. ....
- 9 Biaya RTW = Rp. ....
- Total** = Rp. ....

Kesimpulan :

.....  
.....  
.....

Referensi untuk perusahaan :

.....  
.....

Keterangan :

.....  
.....  
.....



B. Dengan ini mengajukan permintaan Jaminan Hari Tua karena:

<input checked="" type="checkbox"/>	KRITERIA KLAIM	DOKUMEN PENDUKUNG
<input type="checkbox"/>	Mencapai usia 56 tahun	1, 2, 3, 5
<input type="checkbox"/>	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNA)	1, 2, 10
<input type="checkbox"/>	Meninggalkan wilayah RI (bagi WNI)	1, 2, 5, 11
<input type="checkbox"/>	Cacat total tetap	1, 2, 3, 12, 13
<input type="checkbox"/>	Meninggal dunia	1, 2, 3, 15, 16, 17
<input type="checkbox"/>	Kepesertaan 10 tahun, Pengambilan Sebagian maks 10%	1, 2, 3, 4
<input type="checkbox"/>	Kepesertaan 10 tahun, Pengambilan Sebagian maks 30% (Perumahan)	1, 2, 3, 4, 14
<input type="checkbox"/>	Mengundurkan diri sebelum usia pensiun	1, 2, 3, 5, 6
<input type="checkbox"/>	Pemutusan Hubungan Kerja	1, 2, 3, 7 / 8-9

C. Dokumen pendukung :

No	Nama Dokumen Pendukung	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Kartu Peserta BPJS TK Asli (Kecuali kriteria kepesertaan 10 tahun)	<input type="checkbox"/>
2	Fotocopy KTP atau Paspor Peserta dengan menunjukkan yang asli	<input type="checkbox"/>
3	Fotocopy Kartu Keluarga dengan menunjukkan yang asli	<input type="checkbox"/>
4	Surat keterangan aktif bekerja	<input type="checkbox"/>
5	Fotocopy keterangan berhenti bekerja dari perusahaan	<input type="checkbox"/>
6	Surat keterangan pengunduran diri dari perusahaan ke Dinas Ketenagakerjaan	<input type="checkbox"/>
7	Penetapan PHK dari PHI	<input type="checkbox"/>

No	Nama Dokumen Pendukung	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Fotokopi Perjanjian Bersama	<input type="checkbox"/>
9	Bukti pendaftaran Perjanjian Bersama ke PHI	<input type="checkbox"/>
10	Fotocopy keterangan habis kontrak atau mutasi dan pernyataan tidak bekerja lagi	<input type="checkbox"/>
11	Fotocopy visa dengan menunjukkan yang asli	<input type="checkbox"/>
12	Keterangan cacat total tetap dari dokter	<input type="checkbox"/>
13	Keterangan tidak mampu bekerja karena cacat	<input type="checkbox"/>
14	Dokumen Perumahan	<input type="checkbox"/>
15	Fotocopy KTP atau Paspor ahli waris dengan menunjukkan yang asli	<input type="checkbox"/>
16	Surat Kematian Asli atau legalisir	<input type="checkbox"/>
17	Surat Keterangan Ahli Waris	<input type="checkbox"/>
18	Fotocopy Buku Rekening (untuk pembayaran transfer)	<input type="checkbox"/>

D. Nominal saldo yang diajukan untuk pengambilan sebagian : Rp. .... / ..... %

E. Metode pembayaran yang dikehendaki :

Tunai





Formulir  
BPJS  
Ketenagakerjaan  
7a

**PERNYATAAN DATA PESERTA DAN SUSUNAN KELUARGA**

(sebelum menerima manfaat pensiun)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Nomor Peserta : .....

4. Tempat dan tanggal lahir : ..... / ..... / ..... Jenis Kelamin : L / P

5. Nama Ibu Kandung : .....

7. Alamat : .....

RT/RW : ...../..... Desa/Kel : .....

Kecamatan : ..... Kab/Kota : ..... Kode Pos : .....

8. No telp/HP. : .....

9. Alamat Email : .....

10. Nama Perusahaan : .....

11. Jatuh tempo pensiun : .....

**Data Susunan keluarga .**

No	Hubungan	Nama lengkap	NIK	Tanggal Lahir	Status (Menikah / tidak)	Pekerjaan
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

Saya menyatakan bahwa :

- Data peserta dan susunan keluarga merupakan data yang benar.
- Data peserta dan susunan keluarga tidak benar dan terlampir pemutakhiran penerima manfaat Pensiun
- Menunda pembayaran manfaat pensiun Hari Tua karena masih bekerja.

.....(kota/kab)....., ... (tgl/bln/thn)....

Yang Mengajukan,

Tanda tangan

(.....Nama Lengkap.....)

**Disclaimer :**

- **Wajib** dikembalikan kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 1 bulan sebelum manfaat pensiun.
- Tidak dapat dilakukan perubahan penerima manfaat pensiun setelah manfaat pensiun dibayarkan.
- Bila tidak dikembalikan maka data yang dianggap sah adalah data yang tercatat di BPJS Ketenagakerjaan, dan kepesertaan pensiun dianggap berhenti di usia pensiun



**PENGAJUAN PEMBAYARAN JAMINAN PENSIIUN**

Bersama ini saya mengajukan pembayaran Jaminan Pensiun dengan data sebagai berikut :

**A. Data Pemohon Jaminan Pensiun :**

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Tempat dan tanggal lahir : ..... Jenis Kelamin : L / P

4. Hubungan dengan peserta :  Diri sendiri  
 istri / suami  
 anak  
 orang tua

5. Alamat domisili : .....

RT/RW : ...../..... Desa/Kel : .....

Kecamatan : ..... Kab/Kota : ..... kode pos: .....

6. Alamat korespondensi : .....

7. No telp/HP. : .....

8. Alamat email : .....

**B. Data Tenaga Kerja :**

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Nomor Peserta : .....

4. Tempat dan tanggal lahir : ..... Jenis Kelamin : L / P

5. Nama Ibu Kandung : .....

7. Alamat : .....

RT/RW : ...../..... Desa/Kel : .....

Kecamatan : ..... Kab/Kota : .....

8. No telp/HP. : .....

9. Nama Perusahaan : .....

**C. Data keluarga Tenaga Kerja.**

No	Hubungan	Nama Lengkap	NIK	Tanggal Lahir	Status (Menikah / tidak)	Pekerjaan
1	Suami / Istri					
2	Anak					
3	Anak					
4	Orang Tua (Bapak)					
5	Orang Tua (Ibu)					

**Disclaimer :**

Data yang diisi pada kolom C sebagai dasar penerima manfaat Jaminan Pensiun (sesuai manfaat pensiun yang berhak diterima). Tidak dapat dilakukan perubahan daftar penerima manfaat setelah manfaat pensiun dibayarkan.





D. Manfaat jaminan Pensiun :

- |                                                       |                                                |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Hari Tua     | <input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Cacat |
| <input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Janda / Duda | <input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Anak  |
| <input type="checkbox"/> Manfaat Pensiun Orang Tua    | <input type="checkbox"/> Manfaat Lump Sum      |

E. Cara Pembayaran :

Pembayaran Manfaat jaminan Pensiun agar dibayarkan oleh BPJS Ketenagakerjaan melalui :

Bank : ..... Cabang: .....

Nama Rekening : ..... No Rekening : .....

Demikian keterangan tersebut saya berikan dengan sebenarnya. Apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti kerugian BPJS Ketenagakerjaan dan dituntut sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

.....(kota/kab)....., ...(tgl/bln/thn).....

Yang Mengajukan,

Tanda tangan

(.....Nama Lengkap.....)



Lembar Tanda Terima Kantor Cabang:

Diterima oleh:

Kantor Cabang : BPJS Ketenagakerjaan .....

Nama Petugas : .....

Tanggal : .....

Keterangan :  Berkas lengkap sesuai pengajuan Manfaat Jaminan Pensiun (Lampiran)  
 Berkas tidak lengkap sesuai pengajuan Manfaat Jaminan Pensiun (Lampiran)  
 Kekurangan persyaratan : 1. ....  
 2. ....  
 3. ....

Pada tanggal : .....

**PERUBAHAN INFORMASI PENERIMA MANFAAT PENSUN DAN DATA KELUARGA**  
(setelah menerima manfaat pensiun)

Bersama ini saya mengajukan Perubahan Data Penerima Manfaat Pensiun dan data Keluarga :

**A. Data Penerima Jaminan Pensiun :**

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Tempat dan tanggal lahir : ..... / ..... / ..... Jenis Kelamin : L / P

4. Alamat : .....

RT/RW : ..... / ..... Desa/Kel : .....

Kecamatan : ..... Kab/Kota : .....

5. No telp/HP. : .....

6. Hubungan dengan peserta :  Diri sendiri  
 istri / suami  
 anak  
 orang tua

**B. Perubahan Data untuk :**

1. Nama : .....

2. NIK : .....

3. Tempat dan tanggal lahir : ..... / ..... / ..... Jenis Kelamin : L / P

No	Jenis Perubahan (isi sesuai jenis perubahan)	Data setelah perubahan
1	Nama lengkap	
2	Alamat	
3	Warga negara	
4	No telp	
5	Status perkawinan	
6	Status pekerjaan	
7	Status kematian	
8	Alamat email	
9	Lainnya : .....	

Demikian keterangan tersebut saya berikan dengan sebenarnya. Apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti kerugian BPJS Ketenagakerjaan dan dituntut sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

.....(kota/kab)....., ...(tgl/bin/thn).....

Yang Mengajukan,

Tanda tangan

(.....Nama Lengkap.....)

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 29 Juli 2015

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KETENAGAKERJAAN,

ttd

ELVYN G. MASASSYA