

LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Formulir 3a KK 2

BPJS Ketenagakerjaan

Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap II Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam Sejak pekerja dinyatakan sembuh, cacat, atau meninggal dunia oleh Dokter yang

Formulir ini berfungsi juga sebagai pengajuan pembayaran Jaminan Kecelakaan Kerja

Merawat atau Dokter Penasehat															
Nama Perusahaan/Jasa Konstruksi *) Kode Mitra	: *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah														
Alamat	:														
	Desa/Kel Kec Kota/Kab														
No telp perusahaan	. Notay Nab														
Nama Kontak personil perusahaan															
2. Nama Peserta															
Nomor Referensi / nomor Peserta Jenis Kelamin	:														
Tanggal Lahir	: Laki-laki Perempuan : tgl bln thn thn														
Alamat/ no telp	:														
	Desa/Kel Kec Kota/Kab														
	Kode Pos No Telp/hp														
Jenis Pekerjaan/jabatan															
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:														
3. Tanggal Kecelakaan	: tgl bln thn														
4. laporan kasus kecelakaan kerja Tahap I telah	: Belum disampaikan														
disampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dan Kantor Dinas Tenaga Kerja	Sudah disampaikan pada tgl bin thn														
5. Pengajuan Pembiayaan oleh	: Perusahaan Peserta Faskes Trauma Center 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														
Pengajuan Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja (STMB)	: a) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun														
	Jumlah besarnya STMB Rp Rp														
	b) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun														
	Jumlah besarnya STMB Rp														
	c) Periode tanggal bulan tahun s.d. tanggal bulan tahun														
	Jumlah besarnya STMB Rp														
7. Uraian keterangan dokter tentang kondisi fisik/mental peserta pasca kecelakaan kerja	: Terlampir pada surat keterangan dokter kasus kecelakan kerja (formulir 3b KK3) Tidak Terlampir														



LAPORAN KASUS KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Formulir **3a KK 2** BPJS Ketenagakerjaan

telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca kecelakaan kerja 10. Penerima manfaat santunan (ahli waris): Nama Peserta Nomor Idenitias Kependudukan Hubungan ahli waris dengan peserta Alamat/ no telp Desa/Kel 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. Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat Kota/kab Landa tangan pimpinan dan stengel persahaan) Nama Landa tangan pimpinan dan stengel persahaan)		Berdasarkan Surat Keterangan dokter bentuk : KK4 atau KK5 ditetapkan terlampir Besarnya pembiayaan dan santunan yang :		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																											
Nama Peserta Nomor Identitas Kependudukan Hubungan ahli waris dengan peserta janda/duda		telah diberikan kepada peserta atau ahli waris pasca kecelakaan kerja	Rp																												
Nomor Identitas Kependudukan Hubungan ahli waris dengan peserta	10.															T	I	I	T			П		Π	\exists	\neg					1
Saudara Kandung Mertua Pihak yang ditunjuk dalam wasiat									Ť				1			-1															1
Desa/Kel Kec Kota/Kab		Hubungan ahli waris dengan peserta :	Ē	-	· ·		T																								
Desa/Kel Kec Kota/Kab		Alamat/ no telp :	<u> </u>																												
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. Tembusan: Dinas Tenaga Kerja Setempat Tanggal		·	Des	a/Kel								Kec	:			Kota/Kab													_		
Nama Bank :			Kode Pos										No	Tel	p/hp																
Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar. Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat Kota/kab: - Tanggal: - Mama: - Mam		Nomor Rekening :																													
Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar. Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat Kota/kab: Tanggal: """" (tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan) Nama:		Nama Bank :																								Ι					
Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat Kota/kab : Tanggal : - Mama :	11.	Keterangan lainnya jika perlu :																						_							
Tembusan: - Dinas Tenaga Kerja Setempat Tanggal: - Image																			S Ke	ten	agak	œrj	aar	1]
- Dinas Tenaga Kerja Setempat Tanggal :	dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar.]																	
(tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan) Nama :															:																
Nama :		- Dinas Tenaga Kerja Setempat										Tai	ngg	gal	:																
																	(tar	ıda ta	angai	n pim	pinan	ı dar	n ste	mpe	el per	usah	aan)				