Manfaat Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)
Santunan Cacat Total Tetap

- Formulir Permintaan Pembayaran (FPP);
- Surat Keputusan Penetapan Cacat dari PPK;
- Surat Keterangan Cacat Total Tetap dari dokter yang merawat;
- Fotokopi identitas diri (KTP / SIM) pemohon;
- Fotokopi buku rekening pemohon.

FORMULIR PERMINTAAN PEMBAYARAN JKK/JKM

LAPORAN KECELAKAAN KERJA TAHAP I

WAJIB DILAPORKAN DALAM 3 HARI KERJA SETELAH TERJADI KECELAKAAN

Diterima tanggal : *(diisi oleh petugas TASPEN)*

1.	**Instansi**		
	a. Nama Instansi		
	b. Alamat dan Nomor Telepon		
2.	**Identitas Peserta**		
	a. Nama		
	b. Tempat/ Tgl Lahir		
	c. Notas/ NIP		
	d. Jenis Kelamin	☐ Laki-laki ☐ Perempuan	
	e. Jabatan/ Gol	/	
	f. Unit/ Bagian		
	g. Alamat dan Nomor Telepon		
3.	**Uraian Kejadian**		
	a. Tempat Kejadian		
	b. Tanggal dan Waktu Kejadian	/	
	c. Uraian Kejadian Kecelakaan 1) Bagaimana terjadinya kecelakaan	*)	**)
	2) Sebutkan tempat/ruangan instansi atau lingkungan yang menyebabkan cidera atau meninggal.	*)	**)
	d. Penyakit yang timbul karena hubungan kerja 1) Sebutkan jenis penyakit yang timbul karena hubungan kerja - Jabatan/pekerjaan yang bersangkutan - Berapa lama kerja	*)	**)
	2) Sebutkan cara bekerja yang menyebabkan penyakit yang timbul karena hubungan kerja	*)	
4.	**a. Akibat yang diderita**	☐ Meninggal ☐ Sakit ☐ Luka-luka	
	b. Jelaskan bagian tubuh yang sakit/luka		**)
5.	**Keterangan Tenaga Medis**		
	a. Nama Dokter /Tenaga medis yang memberikan pertolongan pertama dalam hal penyakit yang timbul karena hubungan kerja, nama dokter yang pertama kali mendiagnosa		
	b. Alamat dan Nomor Telepon		
6.	**Keadaan peserta setelah pemeriksaan pertama**		
	a. Berobat jalan	☐ Sambil bekerja ☐ Tidak bekerja	
	b. Dirawat di	☐ Rumah sakit ☐ Puskesmas ☐ Klinik Alamat : Nomor Telepon :	
7.	**Pernyataan Kecelakaan Kerja**		
	Berdasarkan uraian di atas kami menyatakan bahwa pegawai tersebut diatas benar-benar mengalami kecelakaan kerja apabila keterangan yang kami berikan tidak benar, kami bersedia mengganti semua kerugian kepada negara/PT TASPEN (PERSERO) dan bersedia dituntut sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.		

*) Jika perlu dapat ditambah dalam kertas/lembar lain
**) Diisi oleh PT TASPEN (PERSERO)

……, …… 20..

Pimpinan Instansi

Kepala Bagian/ Kepegawaian

(……..)

(…….)

PT TASPEN (PERSERO)

TASPEN-2

LAPORAN KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Nomor : .....

Diterima tanggal :		*(diisi oleh petugas TASPEN)*
1.	**Nama Rumah Sakit**	
	Alamat dan Nomor Telepon	
2.	**Nama Peserta**	
	a. Tempat/ Tgl Lahir	
	b. Notas/ NIP	
	c. Jenis Kelamin	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
	d. Jabatan/ Gol	/
	e. Instansi/Unit/ Bagian	
	f. Alamat dan Nomor Telepon	
3.	**Uraian Kejadian**	
	a. Tempat Kejadian	
	b. Tanggal dan Waktu Kejadian	/
4.	**Laporan Kecelakaan Kerja Tahap I sudah diserahkan ke PT TASPEN (PERSERO) pada tanggal**	
5.	**Biaya yang telah dibayar oleh peserta:**	
	a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan kerja ke RS atau ke rumah peserta	Rp
	b. Biaya pengobatan dan perawatan	Rp
	c. Biaya Prothese/Orthose	Rp
	d. Biaya pemakaman	Rp
	e. Jumlah seluruhnya	Rp
6.	**Nama dan alamat penerima santunan keluarga (melampirkan Daftar Keluarga yang sah)**	
7.	**Berdasarkan Surat Keterangan Dokter peserta ditetapkan:**	
	a. Keadaan sementara tidak mampu bekerja berakhir	Tanggal :
	b. Keadaan cacat sebagian untuk selamanya	Tanggal :
	c. Keadaan cacat sebagian untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental	Tanggal :
	d. Meninggal dunia	Tanggal :
8.	**Uraian tentang cacat untuk selama-lamanya diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter atau Surat Keterangan Dokter Penyakit Akibat Kerja**	

……, ……..
Dibuat dengan sesungguhnya
Pemohon: PNS/Ahli Waris/Kabag Keuangan Rumah Sakit

Kepala Rumah Sakit

.....

.....
NIP …