



Manfaat Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) Perawatan – Rumah Sakit

- Formulir Permintaan Pembayaran (FPP);
- Fotokopi Surat Jaminan;
- Rincian Tagihan;
- Kuitansi asli biaya perawatan;
- Surat Keterangan Dokter (Form TASPEN-3)
- Surat Keterangan Dokter Penyakit Akibat Kerja (Form TASPEN-4) untuk kejadian Penyakit Akibat Kerja (PAK);
- Surat Rujukan Dokter (apabila memerlukan perawatan lebih lanjut);
- Salinan resume medis dan dokumen pendukung (hasil lab, radiologi, transfuse, copy resep, laporan operasi, dll);
- Fotokopi identitas diri (KTP / SIM) pemohon;
- Fotokopi Rekening Rumah Sakit/Faskes

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 | <input type="checkbox"/> Laki-laki | <input type="checkbox"/> 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 cedera 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 | <input type="checkbox"/> Meninggal | <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Sambil bekerja | <input type="checkbox"/> Tidak bekerja |
| | b. Dirawat di | <input type="checkbox"/> Rumah sakit | <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> 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)

Pimpinan Instansi

(.....)

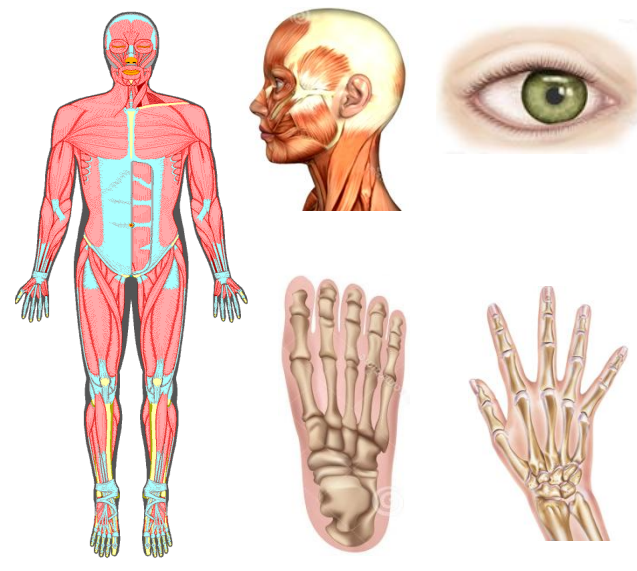
....., 20..

Kepala Bagian/ Kepegawaian

(.....)

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya dokter :
 Rumah sakit / Puskesmas / Poliklinik / Praktek Swasta*
 Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

| | | | |
|-----|--|---|---------------|
| 1. | Identitas Peserta | | L / P |
| | a. Nama | | |
| | b. NIP | | |
| | c. Tempat dan Tanggal Lahir | | |
| | d. Alamat dan Nomor Telepon | | |
| 2. | Instansi | | |
| | a. Nama Instansi | | |
| | b. Alamat dan Nomor Telepon | | |
| 3. | Kecelakaan pada tanggal | | |
| 4. | Pemeriksaan pada tanggal | | |
| 5. | Dari hasil pemeriksaan didapat |  | |
| | a. Keadaan tempat dan ukuran luka-lukanya | | |
| | b. Diagnosis | | |
| | c. Perlu dirawat berobat jalan sambil bekerja/ berobat jalan/ tidak bekerja* | | |
| 5. | Tindakan medis yang dilakukan | | |
| 6. | Setelah selesai masa perawatan | | |
| | a. Sembuh tanpa cacat | | |
| | b. Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan, jelaskan (tunjukkan pada gambar) | | |
| | c. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi anggota badan yang cacat tersebut % terbilang (.....) | | |
| | d. Memerlukan orthose/ prothese | | |
| 7. | Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan biasa/ ringan/ tidak dapat bekerja sama sekali* | | |
| 8. | Lama masa perawatan / pengobatan | Dari tanggal : | s/d tanggal : |
| 9. | Diberikan masa penyembuhan | Dari tanggal : | s/d tanggal : |
| 10. | Tanggal meninggal dunia | | |
| 11. | Keterangan lain yang dibutuhkan | | |

*Coret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di
 Pada tanggal
 Dokter pemeriksa

(.....)

SURAT KETERANGAN DOKTER (PENYAKIT AKIBAT KERJA)

Dengan ini saya dokter :

Rumah sakit / Puskesmas / Poliklinik / Praktek Swasta*

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

| | | | |
|-----|---|----------------|---------------|
| 1. | Identitas Peserta | | L / P |
| | a. Nama | | |
| | b. NIP | | |
| | c. Tempat dan Tanggal lahir | | |
| | d. Alamat dan Nomor Telepon | | |
| | | | |
| | | | |
| 2. | Instansi | | |
| | a. Nama Instansi | | |
| | b. Alamat dan Nomor Telepon | | |
| | | | |
| 3. | Tanggal diagnosis penyakit akibat kerja | | |
| 4. | Pemeriksaan | | |
| | a. Resume Pemeriksaan (Lampirkan) | | |
| | b. Diagnosis | | |
| 5. | Tindakan medis yang dilakukan | | |
| 6. | Setelah selesai masa perawatan | | |
| | a. Sembuh tanpa cacat | | |
| | b. Penilaian cacat penyakit akibat kerja (Lampirkan) | | |
| | c. Memerlukan orthose/ prothese | | |
| 7. | Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan biasa / ringan / tidak dapat bekerja sama sekali* | | |
| 8. | Lama masa perawatan / pengobatan | Dari tanggal : | s/d tanggal : |
| 9. | Diberikan masa penyembuhan | Dari tanggal : | s/d tanggal : |
| 10. | Tanggal meninggal dunia | | |
| 11. | Keterangan lain yang dibutuhkan | | |

*Coret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di

Pada tanggal

Dokter pemeriksa

(.....)

LAPORAN KECELAKAAN KERJA TAHAP II

Nomor :

| | | |
|--------------------|---|---|
| Diterima tanggal : | | <i>(diisi oleh petugas TASPEN)</i> |
| 1. | Nama Rumah Sakit | |
| | Alamat dan Nomor Telepon | |
| 2. | Nama Peserta | |
| | a. Tempat/ Tgl Lahir | |
| | b. Notas/ NIP | |
| | c. Jenis Kelamin | <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> 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 | |

Kepala Rumah Sakit

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

.....
 NIP ...

