



PERSYARATAN PENGAJUAN KLAIM
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



FORMULIR PERMINTAAN PEMBAYARAN

A. JENIS KLIM *)

THT/ASKEM PENSIUN TAPERUM JKK JKM

B. PEMOHON/PESERTA

Nama L/P

Lahir Tanggal Bulan Tahun

NIP/NIK/NRP/NPV Notas

Alamat

Kelurahan/Desa Kecamatan

Kota/Kabupaten No. KTP

Nomor Telepon/HP

C. YANG MENGALAMI KEJADIAN

Nama L/P

Lahir Tanggal Bulan Tahun

Tanggal Kejadian Tanggal Bulan Tahun

NIP/NIK/NRP/NPV

D. KANTOR BAYAR

BANK/GIRO :

No. Rekening

Kantor POS :

Jenis Pembayaran SPP Tunai Transfer BANK Cek POS

KHUSUS PENSIUN

E. INFORMASI LAINNYA

NOTAS (bagi penerima pensiun rangkap) :

NIP (Suami/Istri) :

NPWP :

F. PERNYATAAN KUASA

Dengan ini saya menyatakan:

Memberi kuasa dengan hak substitusi kepada PT TASPEN (PERSERO) khusus untuk mendebet rekening saya nomor: di PT. BANK/GIRO : Untuk mengembalikan seluruh kelebihan pembayaran uang pensiun yang bukan merupakan hak saya atau ahli waris saya menurut ketentuan yang berlaku untuk dikreditkan kepada PT TASPEN (PERSERO).

Demikian permohonan ini dan keterangan di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran, apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti semua kerugian kepada negara/ PT TASPEN (PERSERO) dan bersedia dituntut sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

....., 20

PEMOHON

(.....)

Nama Jelas (tanda tangan/cap tiga jari tengah kiri)

*) Pilih sesuai Jenis Klim



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

(.....)



TASPEN (PERSERO)
Jl. Letjend Suprpto No.45 Cempaka
Putih, Jakarta Pusat 10520

SURAT RUJUKAN

No. /Bl Thn

Yth. Dokter Ahli :

RS :

Mohon pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut terhadap penderita,

Nama Peserta :

Umur : Kelamin : L / P

Alamat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(.....)