FORMULIR F 3 (Tiga)

LAPORAN KECELAKAAN DIRI

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP I Wajib dilaporkan selambat-lambatnya 3 hari kerja setelah terjadinya kecelakaan		Diisi oleh Penyelenggara Program No.Registrasi Permintaan Jaminan Diterima Tanggal
1 Nama Perusahaan Alamat Nomor Telepon Jenis Usaha Nomor Sertifikat Program JSHK Di Luar Jam Kerja	: : : : :	Nomor Fax
2 Nama Pekerja/Buruh Alamat No.Telepon Tanggal Lahir Macam Pekerjaan Unit/Bagian dalam perusahaan	: : : : : :	Nomor KP.Program JSHK Di Luar Jam Kerja Umur : Tahun
3 Penghasilan Pekerja/Buruh se hari a Upah Berupa Uang b Pemberian Makan Cuma-Cuma c Pemberian Perumahan Cuma-Cuma d Pemberian Pakaian Cuma-Cuma e Penghasilan Lain-Lain	 : : : : :	
4 Tempat Kecelakaan Tanggal Kecelakaan	: :	Jam :
5 a. Uraikan dengan jelas tentang terjadinya kecelakaan (jika perlu dapat ditambah lembar yang lain) b Sebutkan benda/zat yang mengakibatkan sakit/luka/meninggal dunia	: :	
6 a Akibat yang diderita korban b Jelaskan bagian tubuh yang sakit/luka	: Meninggal dunia/Sakit//Luka-luka*)	
7 a Nama Dokter/Tenaga Medis yang memberi pertolongan pertama b Alamat	: :	
8 Siapa yang membayar biaya angkutan, pengobatan dan perawatan		
9 Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama a Berobat jalan b Dirawat di Alamat	 : sambil bekerja/tidak bekerja*) : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik*)	
10 Kecelakaan di daftar dalam model		
11 Perkiraan kerugian waktu ..... Hari/orang material @ Rp.		
12 Keterangan lain-lain yang perlu	:	
*) Coret yang tidak perlu		
	Dibuat di : pada tanggal : Pemegang Sertifikat (Penjamin Kepesertaan Program) (.....)	

JAYA RAYA

BUMIDA Bumiputera

FORMULIR F 4 (Empat)

LAPORAN KECELAKAAN DIRI LANJUTAN

LAPORAN KECELAKAAN LANJUTAN Wajib dilaporkan selambat-lambatnya 7 hari kerja setelah dinyatakan sembuh,cacat,atau meninggal dunia		Diisi oleh Penyelenggara Program No.Registrasi Permintaan Jaminan Diterima Tanggal

1 Nama Perusahaan :
Alamat :
Nomor Telepon : Nomor Fax
Jenis Usaha :
Nomor Sertifikat Program AKDHK Di Luar Jam Kerja :
2 Nama Pekerja/Buruh : Nomor KP.Program AKDHK Di Luar Jam Kerja
Alamat :

3 Tempat Kecelakaan :
Tanggal Kecelakaan : Jam :

4 Laporan Kecelakaan Diri Program AKDHK Di Luar Jam Kerja (Formulir F3) dikirim ke Suku Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi/Perusahaan Penyelenggara Program pada tanggal :

5 Biaya yang telah dibayarkan oleh perusahaan
a Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan ke Rumah Sakit atau Rumah Penderita : Rp
b Biaya pengobatan dan perawatan : Rp
c. Biaya Kubur : Rp
d. Biaya Prothese/Orthose : Rp

6 Tunjangan Sementara tidak mampu bekerja yang telah dibayar perusahaan setiap hari sebesar
a hari pertama s/d hari ke 120 : 100 % X (hari) X Rp = Rp
b hari ke 121 s/d 240 : 75 % X (hari) X Rp = Rp
c hari ke 241 dan seterusnya : 50 % X (hari) X Rp = Rp

7 Pihak yang membayar tunjangan

8 Nama dan alamat penerima tunjangan/ahli waris
(Untuk ahli waris dengan daftar keluarga yang sah)

9 a Pekerja/Buruh dalam Formulir F3 ditetapkan :
- Bekerja kembali tanggal :
- Dinyatakan cacat tetap tanggal :
- Meninggal dunia tanggal :
b Tidak bekerja lagi tanggal :
alasan :

10 Uraian tentang cacat tetap yang diderita Pekerja/buruh tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Dokter

11 Besarnya kerugian/tunjangan yang telah dibayarkan oleh Perusahaankepada Pekerja/Buruh/Ahli Waris yang menderita cacat/meninggal dunia :

12 Keterangan lain-lain yang perlu

Dibuat di :
pada tanggal :
Pemegang Sertifikat (Penjamin Kepesertaan Program)

(.....)

JAYA RAYA

BUMIDA Bumiputera

FORMULIR F 5 (Lima)

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya, dokter.....Jabatan.....

.....menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

1 Nama Perusahaan :
Alamat :

Nomor Telepon : Nomor Fax :
Nama Pekerja/Buruh :
Tempat dan Tanggal lahir :
Nomor KP Program JSHK Di Luar Jam Kerja :

2 Kecelakaan pada tanggal : :

3 Pemeriksaan pertama tanggal :

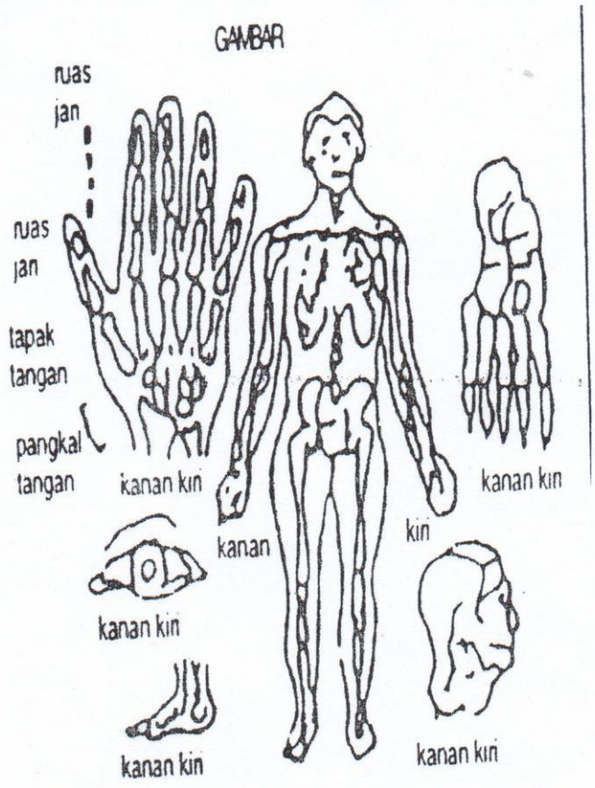
4 Dari hasil pemeriksaan pertama didapatkan :
a. Keadaan, tempat dan ukuran, luka-lukanya :
b. Perlu dirawat/berobat jalan sambil bekerja/berobat jalan tidak bekerja *)

5 Diagnosis :

6 Tindakan medis yang dilakukan :

7 Setelah selesainya pengobatan/perawatan :
a. Sembuh tanpa cacat
b. Cacat Anatomis (Tunjukkan juga pada gambar)
c. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi anggota badan yang cacat tersebut.....%
d. Memerlukan Prothese/orthose
e. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan : biasa/ringan /tak dapat bekerja sama sekali *)
terhitung tanggal.....

GAMBAR



8 Tanggal meninggal dunia :

9 Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal..... s/d tanggal : .....

10 Diberikan istirahat : dari tanggal..... s/d tanggal : .....

Dibuat oleh dokter : Rumah sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)
Alamat :

Dokter yang merawat

*) Coret yang tidak perlu

(.....)

FORMULIR F 6 (Enam)

PERMINTAAN PEMBAYARAN SANTUNAN UANG DUKA

A Yang bertanda tangan dibawah ini :
1 Nama :
2 Hubungan dengan pekerja/buruh : - Istri/suami
- Anak
- Orang Tua

3 Alamat :
4 Pekerja/buruh
a. Nama :
b No. KTP :
c Tanggal Lahir :
d Tanggal Meninggal Dunia :
e Sebab meninggal Dunia :
f Perusahan terakhir :
Nomor Pendaftaran :
g Upah terakhir :
h Tanggal berhenti :

B Dengan ini mengajukan permintaan pembayaran yang menjadi hak dari pekerja/buruh tersebut diatas, dengan santunan uang duka sebesar Rp. .....

C Permintaan pembayaran santunan uang duka ini dilengkapi dengan :
1 Surat Keterangan Kematian dari petugas medis berwenang, atau Lurah/Kepala Desa setempat
2 Kartu Peserta
3 Salinan/Copy Kartu Keluarga atau surat keterangan keluarga setempat

Keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika dikemudian hari ternyata terdapat hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas, serta bersedia dituntut dimuka pengadilan

..... 20 .....

Nama Ahli Waris Peserta Program