

FORMULIR PENDAFTARAN BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA PEKERJA PENERIMA UPAH (PPU)

<input type="checkbox"/> Registrasi Baru	<input type="checkbox"/> Perubahan Data	Diverifikasi oleh : Tgl. _____	Direkam oleh : Tgl. _____	Setuju Kabid PPK Tgl. _____
---	--	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Kode Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : _____
(Diisi oleh petugas BPJS Kesehatan)

No. Virtual Account _____

IDENTITAS BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA Verifikasi

Nama Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : _____

Alamat Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : JL. _____

: Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

: Kab./Kota : _____ Kode Pos : _____

Telepon : _____ - _____ Faksimili : _____ - _____

E-mail : _____

Status Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : Pusat Cabang Anak Perusahaan Cabang Anak Perusahaan Lainnya ***) _____

(Pilih salah satu)

Bentuk Badan Hukum : _____

Nomor Induk Berusaha (NIB) : _____

Nomor Izin Usaha/ Izin Lainnya (Akta, MOU, dll) : _____

Jenis Usaha Utama : _____

NPWP Badan/Perorangan : _____

Nama Pimpinan Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : _____

Status Kepemilikan Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya : Swasta Nasional BUMN Koperasi Joint Venture Lainnya ***) _____

: Swasta Asing BUMD Yayasan YKK **)

Jenis Usaha : _____

Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia : _____

Nama Bank : Bank Mandiri BRI BNI Lainnya ***) _____

IDENTITAS CONTACT PERSON BADAN USAHA / BADAN HUKUM LAINNYA

Nama Lengkap : _____

Jabatan : _____

Telepon dan Extention : _____ - _____ Ext : _____

Faksimili : _____ - _____

Handphone : _____ E-mail : _____

KEIKUTSERTAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Menjadi Peserta Terhitung Mulai Tanggal : _____ *Diisi Oleh Petugas BPJS Kesehatan

Tgl. Bln. Thn

Jumlah Tenaga Kerja : _____

Jumlah Keluarga : _____

Total Tenaga Kerja dan Keluarga : _____

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa :

- Informasi ini dibuat dengan sebenarnya, apabila informasi ini tidak benar maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Bahwa informasi terkait data pegawai dan anggota keluarga dan jumlah gaji yang disampaikan adalah sesuai dengan kondisi sebenarnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Menerima amanah dari Pekerja untuk memotong, memungut, dan menyetorkan iuran dari besaran upah/gaji dan tunjangan tetap Pekerja setiap bulan sesuai Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Pasal 17 Ayat 1 & 2.
- Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan sebagai hibah dan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhilaskan untuk menolong peserta lain yang membutuhkan sebagai bentuk gotong royong.
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat beserta hasil pengembangannya agar digunakan sebesar-besarnya untuk pembayaran manfaat kepada Peserta sesuai Peraturan Perundang-Undangan.
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk menggunakan informasi medis peserta baik dari rekam medis maupun dokumen pendukung lainnya jika diperlukan.
- Atas kuasa pengelolaan dana amanat sebagaimana tercantum pada angka 4, BPJS Kesehatan berhak untuk mendapatkan dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional dari sebagian iuran peserta yang besarnya sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

BPJS Kesehatan menerima kuasa pengelolaan jaminan kesehatan peserta
BPJS Kesehatan,

_____, _____ 20 ____
Pimpinan/HRD/Pihak yang diberi kuasa



*)

Catatan :

- *diisi nama lengkap, tanda tangan dan stempel Perusahaan
- ** Yayasan Kesejahteraan Karyawan
- *** Sebutkan

