

Nomor Identitas Peserta JKN-KIS

Tanggal Verifikasi:

Petugas Verifikasi:

Petugas Entri:

Jenis Peserta

☐ Pekerja Bukan Penerima Upah

☐ Bukan Pekerja

☐ PBI

☐ Pekerja Penerima Upah

(diisi oleh
Petugas BPJS Kesehatan)

Isilah kolom dibawah ini sesuai dengan data yang mengalami perubahan/pembaharuan

I. IDENTITAS PESERTA

Nomor Kartu Keluarga

NIK

Nama Lengkap

KITAS / KITAP / Nomor Visa Tinggal Terbatas /

Limited stay permit number

Nama Gadis Ibu Kandung

Nomor Telepon / Handphone

Alamat Domisili / Surat Menyurat

Jalan / Gang

RW/RW

Kelurahan / Desa

Kecamatan

Nomor NPWP (hanya angka)

Kelas Rawat yang baru

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kabupaten

Provinsi

Kode Pos

: 1 / 2 / 3

VERIFIKASI (V)

II. PERUBAHAN SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA DAN IKTP

NO	NAMA	HUB. KELUARGA PESERTA/SUAMI/ISTRI/ ANAK/ORANG TUA/MERTUA	FASKES TK. I	FASKES DR. GIGI *	IURAN NOMINAL ATAU 1% UNTUK ANAK KE-4, DST/ORANG TUA/MERTUA (**)	NOMOR KARTU PESERTA

* Faskes Dokter Gigi diisi jika memilih Faskes Tingkat Pertama Dokter Umum

** Pilih 1% jika iuran dipotong dan disetorkan melalui kas negara/pemberi kerja

*** melampirkan fotokopi Kartu Keluarga

III. PERUBAHAN PEKERJAAN

a. Nama Instansi / Perusahaan sekarang

b. Kode Satker / Kode Badan Usaha sek

c. Nama Instansi Pembayar Gaji

d. Kode Satker Pembayar Gaji

e. Bagi PNS / TNI / POLRI / PPNPN

1) Golongan baru

2) Pangkat baru

3) Gaji / Upah Baru

f. Bagi Pegawai BUMN / BUMD, Swasta dan Pekerja Lainnya

1) Gaji / Upah Baru

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TMT Gol Baru

TMT gaji baru

* menunjukkan asli berkas kepegawaian: slip gaji, SK terbaru

IV. PERUBAHAN STATUS AKTIVASI

PESERTA MENINGGAL

a. Nama

b. Nomor Kartu Peserta

c. Nomor akta / Surat Kematian

Tgl Meninggal

PESERTA PINDAH KEWARGANEGARAAN/DOMISILI LUAR NEGERI

a. Nama

b. Nomor Kartu Peserta

c. Nomor visa/paspor / WNA/surat keterangan

Tanggal Surat

PERSETUJUAN PESERTA (INFORMED CONSENT)

- Pengguna Layanan Pendaftaran JKN-KIS memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan Pendaftaran JKN-KIS;
- Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan;
- Mendaftar diri dan anggota keluarganya menjadi peserta JKN-KIS dengan status kepesertaan seumur hidup;
- Membayar iuran pertama paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah virtual account diterima, untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan kesehatan;
- Menyetujui untuk mengulang proses pendaftaran apabila:
 - belum melakukan pembayaran iuran pertama sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima; atau
 - melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak virtual account diterima dan belum melakukan pembayaran iuran pertama;
- Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan;
- Menyetujui keterlambatan pembayaran iuran JKN-KIS lebih dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10 (sepuluh) maka penjaminan peserta akan diberhentikan sementara. Apabila dalam 45 hari setelah kepesertaan aktif kembali peserta memperoleh pelayanan rawat inap, maka peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan sebesar 2,5 % (dua koma lima persen) dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak;
- Menjaga Identitas Kartu JKN-KIS agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang lain yang tidak berhak;
- Melaporkan kehilangan dan kerusakan Kartu JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
- Melaporkan perubahan status data peserta dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, alamat domisili, susunan keluarga/jumlah peserta, dan anggota keluarga tambahan. Perubahan data Peserta dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari atau 90 (sembilan puluh) hari untuk bayi baru lahir;
- Bersedia untuk membayar iuran JKN-KIS melalui autodebet untuk peserta PBP dan BP Kelas 1 dan kelas 2
- Mengikuti ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku untuk peserta JKN-KIS;
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk menggunakan informasi medis peserta baik dari rekam medis maupun dokumen pendukung lainnya jika diperlukan.

☐ Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan pendaftaran JKN-KIS

PERNYATAAN PESERTA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

- Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan sebagai hibah dan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhaskan untuk menolong peserta lain yang membutuhkan sebagai bentuk gotong royong.
- Memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola dana amanat milik seluruh Peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya untuk pembayaran manfaat kepada Peserta sesuai Peraturan Perundang-Undangan.
- Atas kuasa pengelolaan dana manfaat sebagaimana tercantum pada angka 2, BPJS Kesehatan berhak untuk mendapatkan dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dari sebagian iuran peserta yang besarnya sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

BPJS Kesehatan menerima kuasa pengelolaan jaminan kesehatan peserta
Mengetahui,
Kepala

Tanda Tangan Peserta

(.....)

(.....)