**KOP SATUAN**

FORMULIR D

Kota , bulan tahun

Nomor : B / / / 20…

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : ..... lembar

Perihal : Pengajuan Reimburse

Korban Kecelakaan Kerja

Kepada

Yth. Dirut PT ASABRI (Persero)

Jl. Mayjen Sutoyo No.11

Jakarta Timur, 13630

No. Telp (021) 8094140

No. Fax (021) 8012313

Up. Kepala Divisi Pelayanan

1. Dengan ini diajukan permohonan penggantian biaya perawatan korban Kecelakaan Kerja (Reimburse) atas :
2. Nama :
3. Pangkat/Gol :
4. NRP/NIP :
5. No. KTPA :
6. Kesatuan :
7. Alamat :
8. Sebagai pertimbangan, bersama ini dilampirkan berkas persyaratan sebagai berikut :
   1. Surat Laporan kejadian kecelakaan kerja.
   2. Berita acara kejadian kecelakaan kerja
   3. Asli kuitansi bermaterai dan invoice tagihan dari Faskes
   4. Berkas / bukti perawatan medis dari Faskes
   5. Fotokopi buku tabungan peserta
   6. Fotokopi KTA TNI/POLRI/ASN Kemhan/ASN POLRI
   7. Surat Keterangan ahli waris dari kelurahan atau Kartu Keluarga (apabila peserta meninggal dunia)
9. Demikian mohon menjadi periksa dan penyelesaian lebih lanjut.

Komandan Satuan,

Nama

Pangkat/Korps/NRP

Tembusan:

1. Komando Atas
2. Rumah Sakit
3. Jasa Raharja (khusus Lalin)
4. Kancab/KCP PT ASABRI (Persero)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |