

Nomor BPJS Kesehatan

Tanggal Verifikasi : ..... Petugas Verifikasi : ..... Petugas Entri : .....

\*(diisi oleh Petugas BPJS Kesehatan)  
**lampiran** : fotokopi Kartu Keluarga atau fotokopi  
KITAS/KITAP bagi WNA, Buku Tabungan dan Surat  
Kuasa Autodebet untuk kelas I, II & III

**WAJIB DIISI DENGAN LENGKAP**

**I. IDENTITAS PESERTA** Verifikasi (diisi Petugas)

Nama Lengkap : .....

Nomor KK

KITAS / KITAP/Nomor Visa Tinggal Terbatas/*Limited stay permit number (WNA)* : .....

Alamat Domisili / Surat Menyurat (diisi jika berbeda dengan alamat di KTP):

Jalan / Gang : ..... RT/RW : ..... / ..... Kode Pos : .....

Kelurahan / Desa : ..... Kecamatan : .....

Kabupaten/Kota : ..... Propinsi : .....

Nomor Handphone

Pekerjaan\* : .....

Rata-rata penghasilan per bulan\* : Rp.....  
\* khusus Investor/ bukan penerima upah/Pemberi Kerja

Email : .....

**II. KELAS RAWAT DAN NOMOR REKENING**

Nama Bank :  Mandiri  BRI  BNI  BCA Kelas Perawatan :  I  II  III

Nomor rekening bank

Nama Pemilik Rekening : .....

**III. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (PUSKEMAS/KLINIK/DOKTER UMUM)**

Faskes Tk. Pertama yang dipilih : ..... Dokter gigi\* : .....

Nama Anggota Keluarga (diisi apabila Faskes Tk. Pertama berbeda dengan Kepala Keluarga)

1. .... Faskes Tk. Pertama : ..... Dokter gigi\* : .....

2. .... Faskes Tk. Pertama : ..... Dokter gigi\* : .....

3. .... Faskes Tk. Pertama : ..... Dokter gigi\* : .....

\*Tidak perlu diisi apabila memilih Puskesmas/Klinik

# HALAMAN BELAKANG

## PERSETUJUAN PESERTA ( INFORMED CONSENT )

1. 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;
2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan;
3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta JKN-KIS dengan status kepesertaan seumur hidup;
4. Membayar iuran melalui **autodebet** paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender, untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan kesehatan;
5. Menyetujui untuk mengulang proses pendaftaran apabila:
  - a. belum melakukan pembayaran iuran pertama sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima; atau
  - b. melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak virtual account diterima dan belum melakukan pembayaran iuran pertama;
6. Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan;
7. Menyetujui keterlambatan pembayaran iuran JKN-KIS lebih dari 1 (satu) bulan 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;
8. Menjaga identitas Kartu JKN-KIS agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang lain yang tidak berhak;
9. Melaporkan kehilangan dan kerusakan Kartu JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
10. 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;
11. Bersedia untuk membayar iuran JKN-KIS melalui autodebet untuk peserta PBPU dan BP
12. Mengikuti ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku untuk peserta JKN-KIS;
13. Apabila dikemudian hari saya tidak lagi memiliki kemampuan dalam membayar iuran yang berdampak penonaktifan status kepesertaan JKN saya, maka BPJS Kesehatan dapat mengalihkan kepesertaan saya menjadi Penduduk Yang Di Daftarkan oleh Pemda/PBI JK, serta saya bersedia melunasi seluruh tunggakan iuran JKN apabila dikemudian hari saya bermaksud beralih kembali menjadi segmen PBPU/BP
14. 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 :

1. Menyetujui bahwa iuran yang dibayarkan sebagai **hibah** dan tidak dikembalikan sekalipun belum mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan iuran tersebut sudah diikhhlaskan untuk menolong peserta lain yang membutuhkan sebagai bentuk gotong royong.
2. 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.
3. 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,  
Petugas Penerima Pendaftaran

Tanda Tangan Peserta

(.....)

(.....)