

Nomor BPJS Kesehatan : 0000367426721**I. IDENTITAS PESERTA**

Nama Lengkap : NUR MAILIS

Nomor Kartu Keluarga : 2172010604180004

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

Pekerjaan* : MENGURUS RUMAH TANGGA

Rata-rata penghasilan per bulan* : Rp

* khusus Investor/ bukan penerima upah/Pemberi Kerja

Alamat Domisili / Surat Menyurat

Jalan / Gang : JL. INDRASAKTI NO. 20

RT / RW : 3 / 2 Kode Pos : 29112

Kelurahan / Desa : KAMPUNG BARU

Kecamatan : TANJUNG PINANG BARAT

Kabupaten/Kota : KOTA TANJUNG PINANG

Provinsi : KEPULAUAN RIAU

Nomor Telepon / HP : 081218198225

Email :

II. KELAS RAWAT DAN NOMOR REKENING

Nama Bank : MANDIRI

Kelas Perawatan : KELAS III

Nomor rekening bank : 081218198225

Nama Pemilik Rekening : NUR MAILIS

III. FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Faskes Tk. Pertama yang dipilih : PUSKESMAS TANJUNGPINANG

Dokter gigi* : -

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

*Tidak perlu diisi apabila memilih Puskesmas/Klinik

PERSETUJUAN PESERTA (INFORMED CONSENT)

1. Pengguna Layanan JKN memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan JKN atau Pendaftaran JKN**(Bagi yang Mendaftar)**;
2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan;
3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta JKN dengan status kepesertaan seumur hidup;
4. **(Bagi Pengguna Layanan Pendaftaran JKN)** 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. **(Bagi Pengguna Layanan Pendaftaran JKN)** Calon Peserta 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 lebih dari 1 (satu) bulan maka penjaminan peserta akan diberhentikan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya. Apabila dalam 45 (empat puluh lima) hari setelah kepesertaan aktif kembali, Peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk satu kali pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan yang diperolehnya, Denda sebagaimana yang dimaksud adalah sebesar 5% (lima persen) dari perkiraan biaya paket Indonesian Case Based Groups berdasarkan diagnosa dan prosedur awal
 - a. jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan; dan
 - b. besar denda paling tinggi Rp20.000.000,00 (Dua Puluhan Juta Rupiah).
8. Menjaga identitas Kartu JKN agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang lain yang tidak berhak;
9. Melaporkan kehilangan dan kerusakan Kartu JKN kepada BPJS Kesehatan dan apabila terjadi penyalahgunaan atas kartu tersebut sebelum pelaporan merupakan tanggung jawab
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 melalui autodebet untuk peserta PBPU dan BP;
12. Mengikuti ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku untuk peserta JKN;
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.
15. Setuju untuk menyerahkan data diri beserta dengan anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu Keluarga untuk disimpan dan dikelola oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan Perundang-Undangan yang berlaku.
16. Penyimpanan dan pengelolaan data peserta dan anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu Keluarga dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dan/ atau bersama Kementerian/Badan/ Lembaga berdasarkan Perjanjian Kerja Sama.

☒ Saya menerima dan menyetujui Syarat dan Ketentuan layanan JKN maupun Pendaftaran JKN **(Bagi yang Mendaftar)**;

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 diikhlasakan 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

KOTA TANJUNG PINANG, 12 September 2025

Tanda Tangan Peserta

(FRANS KURNIAWAN)

(NUR MAILIS)