

KUESIONER PELAYARAN
(dilengkapi oleh calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : _____ No. SPAJ : _____

No.	Pertanyaan	Penjelasan (berikan dengan rinci)		
1	Pengalaman Berlayar <ol style="list-style-type: none"> Sudah berapa lamakah Anda bekerja di bidang Pelayaran? Sebutkan jabatan Anda dalam bidang pelayaran ini? (<i>mohon jabatan tidak disingkat</i>) Jelaskan rincian pekerjaan Anda sehubungan dengan jabatan tersebut! Sebutkan lokasi anda dalam melakukan pekerjaan tersebut? Apakah di darat (kantor) atau di laut/sungai (ikut berlayar) 			
2	Mohon dijelaskan jenis kapal yang anda gunakan, bobot, panjang dan bahan dasar untuk pembuatan kapal tersebut dengan melengkapi kolom di bawah ini :	Bobot Kapal	Panjang Kapal	Bahan Dasar Kapal
	Kapal Penumpang	Ton	M	
	Kapal Barang	Ton	M	
	Kapal Minyak	Ton	M	
	Kapal Perang	Ton	M	
3	Pertanyaan berikut ini mohon dijawab bila Anda ikut berlayar (baik sebagai penumpang maupun awak kapal) <ol style="list-style-type: none"> Berapa lama Anda berada di laut/sungai untuk setiap pelayaran? Jelaskan tujuh, jalur yang dilalui, jumlah pelayaran Anda dan perkiraan jumlah pelayaran 1 (satu) tahun yang akan datang: 	Jalur yang dilalui (nama sungai/laut/samudera)	Jumlah pelayaran dlm 24 bln terakhir	Perkiraan jumlah pelayaran 1 thn yad
	Tujuan.....			
	Tujuan.....			
	Tujuan.....			
4	<ol style="list-style-type: none"> Apakah Anda pernah menderita suatu penyakit atau mengalami kecelakaan/cidera sebagai akibat langsung dari pekerjaan anda ini? Jika "ya", jelaskan kapan terjadi, di mana dan tindakan/pengobatan yang dilakukan, sebutkan pula nama dokter yang merawat. Apakah saat ini masih terdapat gejala sisa akibat kejadian di atas? Jika "Ya", jelaskan ! 			

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tempat & Tanggal : _____

Nama lengkap dan tanda tangan Calon Tertanggung