

SUPPLÉMENT D'OPÉRATIONS DE SOUDAGE

faisant partie de la demande de responsabilité civile générale

swgspecialty.com · soumissions@swgspecialty.com · +1 888-302-9215 · Fax: 905-428-3977



Une société SWG

DATE:

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Nom du demandeur

Détail d'expérience

	Nombre d'années de travail avec les billets suivants	% Des travaux effectués de la première colonne	Nombre d'employés chacune avec les billets suivants	% Du travail que les employés effectuent de la première colonne
Journalier				
Pression B				
Pression A				

Quel est le pourcentage de la soudure qui se fait:

Dans votre atelier

--	--	--	--	--	--

 Pourcentage

Les locaux du client

--	--	--	--	--	--

 Pourcentage

Est que les opérations complétes ou envisagées comprennent une des caractéristiques suivantes

Soudage au robinet chaud	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Réparations de réservoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Travaux de champ de pétrole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Réparation ou modifications de véhicules	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Agiotage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vaisseau souterrain	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sous-marin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aveuglant / purge de vaisseau	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Démolition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Élevage ou déplacement de structures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Décrire les opérations ci-dessus et tous les autres opérations nécessaire à votre travail:

Si l'espace supplémentaire est nécessaire pour répondre à vos questions s'il vous plaît utiliser la page inclus avec ce formulaire à la page 3.

Total des revenus bruts pour l'année dernière:

--	--	--	--	--	--

 Valeur monétaire

Estimation de recettes brutes pour cette année:

--	--	--	--	--	--

 Valeur monétaire

Possédez-vous votre propre atelier? Oui Non

Si oui, qu'est-ce que vous fabriquez?

S'il vous plaît répondez aux questions suivantes

- Les employés sont fournis et requis d'utiliser l'équipement de sécurité approprié? Oui Non
- Des extincteurs sont à 25 pieds des opération de soudage à tout moment? Oui Non
- Tous les produits inflammables sont enlever de la zone de soudage? Oui Non
- Tous combustion se fait dans des zones bien ventilées ou avec l'utilisation des appareils respiratoires? Oui Non
- Est la soudure est fait sur les contenants qui ont eu des produits inflammables? Oui Non
- Est que les bouteilles de gaz sont entreposer en position debout et fixés au mur ou tenu dans un râtelier? Oui Non
- Est la soudure est fait à 200 pieds des opérations de dégraissage ou des conteneurs de solvant ouvert? Oui Non
- Garde a feu est maintenue ou vérification final effectué au moins une demi-heure après la fin de la soudure? Oui Non
- Est que tous les jauges d'oxygène et d'acétylène fonctionne? Oui Non
- Est que les briquets mécanique sont toujours utilisé pour allumé les torches? Oui Non
- Est que les tuyaux sont entreposés de façon à ne pas être endommagé par le déplacement d'équipement ou de provoquer un risque detrébucher? Oui Non
- Est que la protection est prévue pour empêcher des scories de tomber sur les travailleurs ou du public en dessous des traveaux haut? Oui Non

Information additionnelle liée à la demande

*****GARANTIE SUBJUGUÉ AUX AVENANT ET GARANTIES SUIVANT:**

(Des conditions supplémentaires peuvent également être appliquées après examen de la demande)

**SOUDAGE, DÉCOUPAGE, BRASAGE, BRÛLURE ET / OU DE GARANTIE À FLAMME NUE
RELIÉE ET FAISANT PARTIE DU FORMULAIRE DE RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE**

Il est une condition de cette police d'assurance que l'assuré doit prendre toutes les mesures pour s'assurer que les précautions suivantes sont exécuté à chaque occasion où l'assuré utilisent de l'oxyacétylénique, soudage électrique, découpage ou d'un feu ou chalumeau loin des locaux de l'assuré;

- (1) la zone immédiate où l'opération est effectuer doit être isolé par tous mesure possible par l'utilisation d'écrans en métal et / ou un matériau ignifuge;
- (2) l'ensemble de l'espace isolé doit être convenablement nettoyées et débarrassées de toute matière combustible avant le début des opérations;
- (3) planchers ou substances combustibles dans ou autour de cette zone doivent être généreusement recouverts de sable ou protégés par le chevauchement des feuilles de matériau incombustible;
- (4) où le travail est effectué dans un espace fermé, un employé supplémentaire de l'assuré ou un employé de l'occupant doit être présent en tout temps pour diminué le risque de feu;
- (5) pas de travail doit être effectué sans l'autorisation expresse de l'occupant, qui devrait également être invitée à approuver les dispositifs de sécurité;
- (6) Les éléments suivants doivent être tenus à la disposition pour une utilisation immédiate proximité des lieux des opérations;
 - a. extincteurs appropriés et / ou
 - b. tuyaux raccordés en préparation pour une utilisation immédiate et testé avant le début des travaux;
- (7) un examen détaillé doit être fait dans le voisinage des travaux à environ une heure après la fin de chaque opération. Dans le cas où il n'est pas possible pour un tel examen doit être effectué par un employé propre de l'assuré, puis des dispositions appropriées doivent être prises par l'occupant;
- (8) avant "brûler" le travail du métal intégré ou en saillie à travers les murs ou les cloisons d'un examen doit être fait pour confirmer que l'autre extrémité du métal n'est pas dans une proximité dangereuse pour des matières combustibles qui peuvent être enflammées par la conduction de la chaleur;
- (9) L'assuré garantie également que tous les matériaux d'extinction incendies approuvé sera en bon état de fonctionnement et doit toujours être disponible lors du soudage, coupage, brasage, brûlure et / ou des opérations de flamme nue sont effectuées.

Il est entendu et convenu qu'à défaut d'accorder à l'une quelconque de ces conditions va rendre la couverture nulle

JE CERTIFIE QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS FAITES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLETS ET EXACTS ET S'APPLIQUE POUR UN CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA BASE SUR LA VÉRITÉ DES DÉCLARATIONS.

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE:

J J M M A A