

**SUPPLÉMENT DES SERVICES DE SÉCURITÉ**  
faisant partie de la demande de responsabilité professionnelle

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

\_\_\_\_\_  
Nom du Proposant

**Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exercice financier précédent attribuable aux suivants:**

Gardiens de sécurité \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Consultants en sécurité \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Patrouille privée \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Enquêtes privées \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Opérations de voiture blindée \_\_\_\_\_  
Pourcentage

**TOTAL devrait être 100%**

**Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exercice financier précédent attribuable aux services selon les catégories suivantes:**

Aéroports \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Consulats/Ambassades/Installations gouvernementales \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Navires de croisière/Embarcation/Autorités portuaires \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Discothèques/Bars/Établissement détenant un permis d'alcool \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Concerts/Événements sportifs \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Centres commerciaux \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Usines de fabrication \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Chantiers \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Hôtels/Motels \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Hôpitaux/Foyers de soins \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Condominiums/Bâtiments résidentiels \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Immeuble à bureaux \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Magasins/Restaurants \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Escorte/Garde du corps \_\_\_\_\_  
Pourcentage

Autre \_\_\_\_\_  
Décrire \_\_\_\_\_ Pourcentage

**TOTAL devrait être 100%**

**Est-ce que certains employés portent des armes à feu ?**

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir le nombre d'employés.

\_\_\_\_\_  
Employés

**Est-ce que certains employés utilisent des chiens de garde ?**

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir le nombre d'employés et de chiens de garde.

\_\_\_\_\_  
Employés

\_\_\_\_\_  
Chiens de garde

**Votre entreprise offrit-elle de la formation aux clients/gardes tiers ?**

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir les détails complets

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Votre entreprise fournit-elle les services aux clients dans lequel un principal, partenaire, dirigeant ou employé de votre entreprise est aussi un principal, partenaire, dirigeant, employé ou un actionnaire qui détient plus de 3% d'actions dudit client ?**

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir:

\_\_\_\_\_  
Nom du client

\_\_\_\_\_  
Le proposant lien avec le client

\_\_\_\_\_  
Revenu général approximatif provenant du client

**Est-ce que plus de 50% de vos total facturations brutes pour une année quelconque, dérivé d'un seul client ou contrat ?**

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir:

\_\_\_\_\_  
Nom du client

\_\_\_\_\_  
Services rendus

\_\_\_\_\_  
Combien de temps, vous attendez-vous cette relation se poursuive ?

**Décrivez les cinq (5) plus gros travaux ou projets de votre entreprise au cours des trois (3) dernières années.**

|   | Nom du client | Services rendus | Total facturations brutes (CAD \$) |
|---|---------------|-----------------|------------------------------------|
| 1 |               |                 |                                    |
| 2 |               |                 |                                    |
| 3 |               |                 |                                    |
| 4 |               |                 |                                    |
| 5 |               |                 |                                    |

Fournissez-vous des services professionnels sur des projets dans lesquels vous conservez un intérêt de propriété?

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît fournir des détails complets

Utilisez-vous les services des entrepreneurs ou sous-consultants indépendants?

Oui  Non

Pourcentage approximatif de facturation attribuable aux sous-traitants ou sous-consultants?

\_\_\_\_\_  
Pourcentage

Tous sous-traitants et consultants, sont-ils exigés montrer la preuve de l'assurance de responsabilité civile et l'assurance de responsabilité professionnelle vous ajoutant à titre d'assuré supplémentaire?

Oui  Non

Si oui, quels sont les limites?

Combien de temps conservez-vous les renseignements/documentations de vos clients dans vos dossiers?

\_\_\_\_\_  
Ans

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE: | J | J | M | M | A | A |