BSP Bureau de la Sécurité privée

Imprimer

ATTESTATION D'ASSURANCE - ENGAGEMENT DE L'ENTREPRISE

Obligatoire en vertu des articles 2(3°) et 5 du Règlement d'application de la Loi sur la sécurité privée, RLRQ, c. S-3.5, r.1

INSTRUCTIONS

Le représentant dûment désigné par l'agence en vertu de la LSP doit :

1) Compléter et signer le présent formulaire;

   et

2) Joindre le certificat d'assurance fourni par l'assureur pour la police identifiée à la section B.

SECTION A : IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom de l'entité juridique	
N° d'entreprise du Québec (NEQ)	**N° de dossier ou N° de permis d'agence du BSP**

SECTION B : INFORMATIONS SUR LA POLICE D'ASSURANCE

RAPPEL - Vous devez joindre le certificat d'assurance fourni par l'assureur

Nom de l'assureur		
N° de police	**Date de début** (AAAA/MM/JJ)	**Date de fin** (AAAA/MM/JJ)

Activités de sécurité privée couvertes par la police

☐ Gardiennage	☐ Serrurerie	☐ Convoyage de biens de valeur
☐ Investigation	☐ Systèmes électroniques de sécurité	☐ Service conseil en sécurité

SECTION C : DÉCLARATION, ENGAGEMENT ET AUTORISATION

J'atteste être le représentant dûment désigné par l'entreprise identifiée à la Section A (l'« Assuré ») pour l'application de la *Loi sur la sécurité privée* (RLRQ, c. S-3.5) (« LSP ») et être autorisé à signer le présent document en son nom.

Je confirme avoir fourni en pièce jointe à ce formulaire le certificat d'assurance fourni par l'assureur pour la police d'assurance responsabilité civile identifiée à la Section B (la « Police d'assurance »).

Je déclare que l'Assuré s'engage à offrir des services de sécurité privée uniquement dans les limites de la couverture stipulée à la Police d'assurance.

J'autorise l'assureur identifié à la Section B à communiquer au Bureau de la sécurité privée toute information relative à la Police d'assurance.

J'atteste que les renseignements fournis à ce formulaire sont complets et véridiques et que tout changement ayant pour effet de les modifier sera communiqué sans délai au Bureau de la sécurité privée, puisque cela pourrait avoir un impact sur la validité de tout permis que détient l'Assuré.

En foi de quoi, je signe :

Prénom du représentant	**Nom de famille du représentant**
Signature manuscrite du représentant	**Date** (AAAA/MM/JJ)