

**LA PRÉSENTE PROPOSITION VISE L'ASSURANCE SOUSCRITE SUR LA BASE DE LA DATE DES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES. SAUF LORSQUE LES LOIS DU QUÉBEC S'APPLIQUENT, LE PAIEMENT DE FRAIS DE DÉFENSE RÉDUIT ET PEUT ÉPUISER LES MONTANTS DE GARANTIE. DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, LES TERMES « VOUS » ET « VOTRE » DÉSIGNENT LE PROPOSANT ET LES FILIALES DÉSIGNÉES À LA SECTION I CI-DESSOUS ET LE TERME « SOUSCRIPTEUR » DÉSIGNE LA SOCIÉTÉ DE SOUSCRIPTION NOMMÉE EN TÊTE DE LA PROPOSITION.**

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CETTE PROPOSITION AVANT DE LA SIGNER.**

Les questions contenues à la présente proposition nous servent à recueillir tous les renseignements nécessaires à l'analyse de votre risque. Les renseignements y étant fournis nous aident à évaluer et à tarifier votre couverture d'assurance.

Certaines sections pourraient ne pas s'appliquer à vos activités. Dans un tel cas, inscrivez « sans objet » (S.O.) dans ces sections.

Si l'espace disponible est insuffisant pour fournir une réponse complète aux questions ci-dessous, veuillez répondre dans une annexe distincte jointe à la présente proposition. Pour les questions pour lesquelles la réponse est « aucun(e) », inscrivez soit « aucun(e) » ou « 0 » dans le champ fourni à cet effet.

### Renseignements supplémentaires

Veuillez joindre à la présente proposition une copie des documents contenant les renseignements suivants :	Pièces jointes
1. Des historiques détaillés des sinistres se rapportant à l'ensemble des garanties demandées aux présentes (date du sinistre, date de déclaration, réclamation réglée, réclamation en cours, description du sinistre) de la part de tous vos assureurs des cinq (5) dernières années.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Tout contrat ou toute entente de vente, de service/d'entretien et de licence conclus avec vos trois (3) principaux clients, à moins qu'ils nous aient déjà été fournis.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Vos états financiers les plus récents, s'ils ne sont pas accessibles au public.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Les protocoles, les consentements éclairés, les critères de sélection des chercheurs cliniques, les approbations du Comité d'éthique de la recherche (CER) ou du Comité d'éthique indépendant (CEI) pour tout essai clinique parrainé actif pendant la période d'assurance proposée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Des lettres de mise en garde, des lettres sans titre, des constats dans le formulaire FDA 483 ou des constats de non-conformité émis dans la dernière année par Santé Canada, la FDA ou toute autre entité étrangère équivalente.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Toutes nouvelles publicités et brochures ou tout autre nouveau matériel de marketing distribués directement aux consommateurs, à moins qu'ils nous aient déjà été fournis.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Section 1. Renseignements généraux

1. Nom du Proposant :	
2. Adresse postale :	
3. Site Web :	
4. Décrivez les activités de l'entreprise et de chacune de ses filiales :	
5. Avez-vous déjà été partie à une acquisition ou à un dessaisissement au cours des trois (3) dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. Veuillez fournir les renseignements suivants :

	CANADA	ÉTATS-UNIS	À l'étranger	Total
a) Revenus :				
I. 12 mois en cours				
II. 12 mois projetés				
b) Nombre d'articles vendus				
c) Nombre d'employés				

## Section 2. Garanties et montants de garantie demandés

Il convient de noter que la garantie demandée ne sera pas accordée automatiquement. S'il est émis, c'est le contrat qui déterminera la garantie accordée.

Garanties	Montants de garantie demandés	Date de rétroactivité	Rétention souhaitée
Responsabilité liée aux produits			
Responsabilité des professionnels de la santé			
Frais médicaux liés à un essai clinique			
Frais de retrait de produits ou frais de gestion de crise			
Frais d'atténuation et frais de surveillance médicale			
Responsabilité professionnelle (erreurs et omissions)			
Responsabilité relative au risque lié à l'information			
Responsabilité relative aux communications			
Responsabilité réglementaire relative à la protection des renseignements personnels			
Garanties relatives aux dommages subis par l'assuré à la suite de cyberincidents			
Crimes mettant en cause le risque lié à l'information			

## Section 3a. Responsabilité liée aux produits/Responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) – Questions visant les activités

1. Vous conformez-vous à l'ensemble des Bonnes pratiques cliniques (BPC), des Bonnes pratiques de laboratoire (BPL), des Bonnes pratiques de fabrication (BPF), du règlement Quality System (QS), des normes ISO et des lignes directrices sur la publicité et la promotion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Certains de vos produits doivent-ils être stérilisés? Si oui, veuillez décrire en détail les procédés de stérilisation.  Si la stérilisation est en sous-traitance : a. Quelle entreprise effectue la stérilisation? b. Disposez-vous d'un contrat comportant une clause d'indemnisation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous des matières premières, des composants ou des produits finis fabriqués en dehors du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants? a. Les matières premières, les composants et les produits finis :  b. Lieu de fabrication de chacune de ces matières premières, ces composants et ces produits :  c. Fabricant de ces matières premières, ces composants et ces produits finis :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non







2. Tirez-vous des revenus liés à des dispositifs implantables (demeurant dans le corps plus de 30 jours)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Votre appareil médical transmet-il des données vers un autre dispositif ou reçoit-il des données depuis un réseau ou un autre dispositif? Si oui, veuillez remplir la <b>section 6. Sécurité de l'information</b> .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Section 3d. Responsabilité liée aux produits/Responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) – Addendum sur les essais cliniques**

1. Avez-vous des essais cliniques en cours ou prévus? Si oui, veuillez détailler chaque essai clinique en cours ou prévu ci-dessous :					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de protocole	Nom du produit et indication	Nombre de participants pendant la période d'assurance	Phase	Pays	Renseignements sur la police locale admise
2. Formulaires se rapportant à l'essai clinique : a. Quel est le niveau de difficulté de lecture de vos formulaires de consentement (selon l'échelle Flesch-Kincaid)?  b. Exigez-vous de vos investigateurs cliniques qu'ils aident les participants à comprendre le contenu des formulaires de consentement ou en évaluent la compréhension?					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous déjà agi à la fois à titre de promoteur d'essais cliniques et d'investigateur dans vos essais cliniques, ou prévoyez-vous le faire? Si oui, veuillez fournir les renseignements pertinents :					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. L'un de vos investigateurs cliniques a-t-il été accusé de violation ou de non-respect de la réglementation dans le cadre d'essais cliniques auxquels ils ont participé, ou a-t-il fait l'objet d'une enquête à ce sujet? Si oui, veuillez fournir les renseignements pertinents :					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. L'un de vos essais cliniques a-t-il été interrompu ou arrêté pour des raisons de sécurité? Si oui, veuillez fournir les renseignements pertinents :  Disposez-vous de procédures standard en cas d'interruption d'un essai clinique?					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. L'un de vos employés ou sous-traitants prodigue-t-il des soins directs aux patients dans le cadre de l'un de vos essais cliniques? Si oui, avez-vous souscrit une assurance distincte visant la faute professionnelle médicale pour couvrir ce risque ou exigez-vous une preuve d'une telle assurance des tiers qui fournissent ces services à votre nom? Si non, veuillez préciser :					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

7. Avez-vous déjà été accusé de violations réglementaires en lien avec l'un de vos essais cliniques? Si oui, veuillez fournir les renseignements pertinents :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. L'un de vos essais cliniques nécessite-t-il de passer la nuit sur place? Si oui, veuillez fournir les renseignements pertinents :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Publiez-vous tous vos résultats d'essais cliniques? Si non, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Section 3e. Responsabilité liée aux produits/Responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) – Professionnels de la santé – profil du personnel**

Les professionnels de la santé ne sont pas automatiquement couverts par le contrat demandé aux présentes. Les renseignements fournis ci-dessous servent exclusivement aux fins de souscription. Pour assurer les professionnels de la santé, assurez-vous d'indiquer un montant de garantie à la section 2. Garanties et montants de garantie demandés.

1. Fournissez les renseignements suivants concernant les professionnels de la santé :			
Professionnels de la santé	Quels sont les services fournis?	Nombre d'employés	Nombre d'entrepreneurs indépendants
Médecin			
Adjoint(e) au médecin/Infirmier(ère) praticien(ne)			
Dentiste			
Infirmier(ère) autorisé(e)/infirmier(ère) auxiliaire			
Pharmacien(ne)			
Conseiller(ère) génétique			
Phlébotomiste			
Orthésiste/Prosthétiste			
Pathologiste			
Autre (veuillez décrire)			
2. Exigez-vous de tous vos professionnels de la santé, à votre emploi ou dont les services sont retenus par contrat, qu'ils soient couverts par leur propre assurance responsabilité professionnelle visant les fautes professionnelles médicales? If Yes, what is the limit required?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Votre entreprise a-t-elle souscrit une assurance visant les fautes professionnelles médicales qui couvre les services médicaux fournis par vos professionnels de la santé?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4. Examinez-vous et approuvez-vous les qualifications professionnelles des professionnels de la santé que vous employez ou dont les services sont retenus par contrat et qui ont des interactions directes avec les patients?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5. Disposez-vous d'une procédure pour vous assurer que les professionnels de la santé que vous employez ou dont les services sont retenus par contrat conservent leur licence professionnelle?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Section 4 : Responsabilité relative au risque lié à l'information

1. Indiquez le nombre de personnes physiques pour qui vous stockez, traitez, recueillez ou transmettez des renseignements à caractère personnel :	
2. Parmi les renseignements personnels suivants, lesquels stockez-vous, traitez-vous, recueillez-vous ou transmettez-vous : <input type="checkbox"/> Numéros de cartes de crédit/débit <input type="checkbox"/> Permis de conduire ou numéro de carte d'identité <input type="checkbox"/> Dossiers relatifs à l'emploi <input type="checkbox"/> Code d'utilisateur et mot de passe ou code d'accès <input type="checkbox"/> Renseignements confidentiels sur la santé <input type="checkbox"/> Numéro d'assurance sociale <input type="checkbox"/> Dossiers bancaires ou financiers <input type="checkbox"/> Données biométriques ou génétiques <input type="checkbox"/> Adresses IP et/ou MAC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
3. Les renseignements personnels au repos dans tout appareil ou serveur sont-ils tous chiffrés ou codés à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Les renseignements personnels en mouvement dans tout appareil ou serveur sont-ils tous chiffrés ou codés à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Communiquez-vous à des tiers des renseignements personnels (y compris ceux recueillis par des tiers et conservés par vous)? Si oui, avez-vous obtenu les autorisations nécessaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Supprimez-vous les renseignements personnels lorsqu'ils ne vous sont plus utiles en les effaçant de façon irréversible ou en les détruisant au moyen d'une technique qui ne laisse aucune donnée résiduelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Avez-vous une procédure formelle pour vérifier l'identité des personnes qui demandent la divulgation de leurs renseignements personnels en votre possession?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Avez-vous une procédure formelle pour répondre aux demandes de personnes souhaitant obtenir la divulgation ou la suppression de leurs renseignements personnels?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Si vous stockez, traitez ou transmettez des données de cartes de crédit ou de débit, respectez-vous la Norme de sécurité de l'industrie des cartes de paiement (PCI DSS)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Si vous stockez, traitez ou transmettez des données de cartes de crédit ou de débit, à quel niveau de commerçant appartenez-vous? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
11. Supprimez-vous les informations sensibles lorsqu'elles ne vous sont plus utiles en les effaçant de façon irréversible ou en les détruisant au moyen d'une technique qui ne laisse aucune donnée résiduelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Conservez-vous des secrets commerciaux de tiers, y compris ceux de clients (« données confidentielles »)? a. Les données confidentielles au repos dans tout appareil ou serveur sont-elles toutes chiffrées ou codées à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs? b. Les données confidentielles en mouvement dans tout appareil ou serveur sont-elles toutes chiffrées ou codées à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13. Conservez-vous des informations contrôlées et non classifiées (Controlled Unclassified Information), au sens donné à ce terme dans le DFARS 252.204 des États-Unis)? a. Les informations contrôlées et non classifiées au repos dans tout appareil ou serveur sont-elles toutes chiffrées ou codées à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs? b. Les informations contrôlées et non classifiées en mouvement dans tout appareil ou serveur sont-elles toutes chiffrées ou codées à l'aide de procédés de chiffrement puissants et non exclusifs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14. Avez-vous une procédure ou une solution, formelles et centralisées, de collecte et de gestion des entrées aux rapports d'activités qui couvre l'ensemble de l'activité du réseau? Dans l'affirmative, pendant combien de temps sont maintenues ces entrées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15. Décrivez votre politique de sauvegarde des données et précisez la fréquence de sauvegarde des données pour chacune des catégories suivantes : <input type="checkbox"/> Sauvegarde intégrale <input type="checkbox"/> Sauvegarde incrémentale <input type="checkbox"/> Sauvegarde différentielle <input type="checkbox"/> Autre	
16. Indiquez la ou les solutions de sauvegarde de sécurité que vous utilisez? <input type="checkbox"/> Chiffrement <input type="checkbox"/> Accès restreint <input type="checkbox"/> Copies non modifiables <input type="checkbox"/> Isolement	
17. Où sont stockées les sauvegardes? <input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Dans un emplacement sécurisé situé à l'extérieur du site <input type="checkbox"/> Au près d'un fournisseur de services infonuagiques <input type="checkbox"/> Autre :	

## Section 5 : Sécurité de l'information

<p>1. Votre conformité aux normes de sécurité de l'information a-t-elle été évaluée à l'aide d'un ou de plusieurs des cadres de sécurité de l'information ci-contre? Dans l'affirmative, indiquez lesquels.</p> <p> <input type="checkbox"/> Cadre de cybersécurité du NIST                      <input type="checkbox"/> COBIT  <input type="checkbox"/> CIS Controls    <input type="checkbox"/> Certification du modèle de maturité de la cybersécurité (CMMC)  <input type="checkbox"/> ISO 27001    <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :  <input type="checkbox"/> SOC2    <input type="checkbox"/> Aucun :  <input type="checkbox"/> ITSG-22 ou NIST 800-53 </p>									
<p>2. Indiquez la date de la dernière évaluation et le nom de l'entreprise de sécurité ayant procédé à cette évaluation (s'il s'agit d'un tiers) :</p> <p>a. Date :</p> <p>b. Nom de l'entreprise de sécurité :</p>									
<p>3. Avez-vous évalué, ou fait évaluer par un tiers, la conformité à l'une des lois suivantes sur la confidentialité des données personnelles? Si oui, indiquez les lois en question. Si non, ne rien écrire.</p> <p> <input type="checkbox"/> LPRPDE ou toute législation ou réglementation provinciale semblable sur la protection des renseignements personnels  <input type="checkbox"/> Health Insurance Portability and Accountability Act (États-Unis)  <input type="checkbox"/> Règlement général sur la protection des données (RGPD, Europe)  <input type="checkbox"/> California Consumer Privacy Act (États-Unis)  <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : </p>									
<p>4. Indiquez la personne responsable de la sécurité des données ou du réseau au sein de votre entreprise :</p> <p>a. Nom :</p> <p>b. Titre :</p>									
<p>5. Quel est le budget total réservé aux technologies de l'information (TI)?</p> <p>a. Quelle est la part de votre budget total réservé aux TI qui est allouée aux solutions ou services de sécurité de l'information?</p> <p> <input type="checkbox"/> &lt;10 %                      <input type="checkbox"/> 10 % à 20 %                      <input type="checkbox"/> &gt;20 % </p>									
<p>6. Si une partie de votre réseau est hébergée par un fournisseur de services en nuage, identifiez le(s) fournisseur(s) de services infonuagiques :</p> <p> <input type="checkbox"/> Nuage AWS   <input type="checkbox"/> Google/Cloud   <input type="checkbox"/> Microsoft/Azure   <input type="checkbox"/> IBM   <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :    <input type="checkbox"/> Aucun </p>									
<p>7. Avez-vous configuré votre réseau conformément à vos obligations aux termes du modèle de responsabilité partagée en vertu du modèle de responsabilité partagée du fournisseur de services infonuagiques?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non </p>								
<p>8. Sous-traitez-vous une partie de vos activités de sécurité informatique ou de réseau à un fournisseur de services gérés (MSP) ou à un fournisseur de services de sécurité gérés (MSSP)?</p> <p>Si oui, indiquer le nom du ou des MSP ou du ou des MSSP et les tâches qui leur sont sous-traitées.</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non </p>								
<p>9. Vous trouverez ci-dessous une liste des contrôles de sécurité de l'information usuellement utilisés dans l'environnement technologique, ainsi qu'un encadré contenant les noms de plusieurs fournisseurs qui effectuent couramment chacun de ces contrôles. Si vous utilisez un des contrôles de sécurité listés ci-dessous, veuillez préciser le fournisseur que vous mandatez ou, alternativement, tout contrôle équivalent ou alternatif (le cas échéant). Si c'est votre fournisseur de services infonuagiques qui effectue ces contrôles, indiquez « fournisseur de services infonuagiques ». Pour chaque contrôle de sécurité que vous n'utilisez pas, sélectionnez « aucun ».</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Contrôle de sécurité</b></td> <td style="width: 40%;"><b>Contrôle équivalent ou alternatif</b></td> </tr> <tr> <td>Authentification multifacteur – Accès au compte admin et accès à distance</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Système de détection et de prévention des intrusions (SDPI)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Détection et réponse des terminaux (EDR)</td> <td></td> </tr> </table>		<b>Contrôle de sécurité</b>	<b>Contrôle équivalent ou alternatif</b>	Authentification multifacteur – Accès au compte admin et accès à distance		Système de détection et de prévention des intrusions (SDPI)		Détection et réponse des terminaux (EDR)	
<b>Contrôle de sécurité</b>	<b>Contrôle équivalent ou alternatif</b>								
Authentification multifacteur – Accès au compte admin et accès à distance									
Système de détection et de prévention des intrusions (SDPI)									
Détection et réponse des terminaux (EDR)									

**Contrôle de sécurité****Contrôle équivalent ou alternatif**

Gestion des terminaux (ou des terminaux mobiles)

Pare-feu nouvelle génération

Gestion des informations et des événements de sécurité (GIES)

La prévention de la perte de données

Protocoles d'authentification des courriels DKIM ou DMARC

Gestion des identités et des accès

Gestion des accès privilégiés (PAM)

Antivirus nouvelle génération

Demande d'accès à l'information de la personne concernée (DSAR)

Système d'adressage par domaine de protection (DNS)

Gestion de l'application automatique de correctifs

10. Avez-vous des programmes formels de sensibilisation et de formation sur la sécurité pour soutenir les employés et leur communiquer les normes et les politiques au moins une fois par an?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11. Disposez-vous d'un mécanisme visuel pour aviser et alerter les employés qu'un courriel provient d'une source externe?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12. Disposez-vous d'une procédure formelle d'inventaire de l'ensemble des logiciels, du matériel et des périphériques présents sur le réseau ou auxquels il est possible d'accéder?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
13. Exigez-vous que les mots de passe soient complexes et qu'ils consistent en une combinaison de lettres, de chiffres et de caractères spéciaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
14. Les réseaux opérationnels, les réseaux de production et les réseaux névralgiques sont-ils séparés des réseaux conçus pour utilisation sur Internet?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
15. Les utilisateurs distants doivent-ils s'identifier par l'intermédiaire d'un réseau privé virtuel sécurisé (RPV)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
16. Analysez-vous régulièrement votre ou vos réseaux pour en prévenir les vulnérabilités?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
17. Disposez-vous d'un processus formel pour effectuer ou faire effectuer par un tiers un essai d'intrusion au moins une fois par an?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
18. Combien de temps après leur sortie les correctifs essentiels sont-ils installés?	days		
19. Utilisez-vous des systèmes d'exploitation, des applications ou des plates-formes non pris en charge ou obsolètes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
20. Sélectionnez tous les scénarios parmi ce qui suit pour lesquels vous disposez d'un plan formel et écrit, et indiquez la fréquence à laquelle ses plans sont mis à l'essai :			
<input type="checkbox"/> Intervention en cas d'incident	<input type="checkbox"/> Chaque année	<input type="checkbox"/> Au besoin	<input type="checkbox"/> Aucune mise à l'essai formelle de ce plan n'a été établie
<input type="checkbox"/> Plan de reprise après sinistre	<input type="checkbox"/> A Chaque année	<input type="checkbox"/> Au besoin	<input type="checkbox"/> Aucune mise à l'essai formelle de ce plan n'a été établie
<input type="checkbox"/> Continuité des activités	<input type="checkbox"/> Chaque année	<input type="checkbox"/> Au besoin	<input type="checkbox"/> Aucune mise à l'essai formelle de ce plan n'a été établie

<p>21. En cas d'attaque informatique (réseau ou système), d'atteinte à la sécurité, ou de toute autre perte ou corruption de données, quel est votre objectif de temps de reprise? En d'autres termes, combien de temps vous faudrait-il pour reprendre vos activités dans une telle situation?</p> <p> <input type="checkbox"/> Moins de 1 heure      <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 heures      <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 heures      <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 heures  <input type="checkbox"/> Entre 12 et 24 heures      <input type="checkbox"/> Entre 12 et 48 heures      <input type="checkbox"/> Plus de 48 heures      <input type="checkbox"/> Ne sait pas </p>
<p>22. En cas d'attaque informatique (réseau ou système), d'atteinte à la sécurité, ou de toute autre perte ou corruption de données, quel est votre objectif de point de reprise? En d'autres termes, quelle est la quantité maximale de données perdues – calculée selon la période écoulée depuis votre dernière sauvegarde des données – que vous jugez acceptable dans le cadre de votre plan de continuité des activités?</p> <p> <input type="checkbox"/> Moins de 1 heure      <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 heures      <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 heures      <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 heures  <input type="checkbox"/> Entre 12 et 24 heures      <input type="checkbox"/> Entre 12 et 48 heures      <input type="checkbox"/> Plus de 48 heures      <input type="checkbox"/> Ne sait pas </p>

**Section 6 : Crimes mettant en cause le risque lié à l'information –**

**Cochez cette case si vous ne demandez pas cette garantie – N'est pas demandée**

1. Quel est le montant moyen des virements de fonds au cours des 12 derniers mois?	
2. Indiquez les trois virements de fonds les plus importants effectués cette année :	
3. Indiquez le nombre approximatif de virements de fonds effectués par année :	
<p>4. Recevez-vous et acceptez-vous les instructions de virements de fonds transmises par des clients, des fournisseurs, ou des employés par téléphone, par courriel, par message texte ou par un autre moyen de communication semblable?</p> <p>Si oui, avant de donner suite à de telles instructions, vérifiez-vous l'authenticité de celles-ci en :</p> <p>a. appelant la personne qui transmet les instructions à un numéro prédéterminé?</p> <p>b. envoyant un message texte à un numéro prédéterminé?</p> <p>c. exigeant que la personne vous donne un code que seul le client connaît pour vérifier son identité?</p> <p>d. ayant recours à toute autre méthode ou à une combinaison des méthodes susmentionnées?</p> <p>Décrivez vos méthodes d'authentification :</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>5. Les employés responsables des virements de fonds suivent-ils tous une formation sur la lutte contre la fraude qui traite notamment de la manière de reconnaître et d'éviter la fraude par ingénierie sociale, l'hameçonnage, et tout autre type d'escroquerie?</p> <p>Si oui, veuillez décrire la formation et la fréquence à laquelle elle est dispensée :</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>
6. Les procédures de virement de fonds à l'international et au pays sont-elles appliquées de façon uniforme dans toutes les unités d'affaires?	<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>7. Avez-vous la garde de fonds ou de comptes de vos clients ou exercez-vous un contrôle sur ces fonds ou ces comptes?</p> <p>Si oui, précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>8. En ce qui concerne les fournisseurs et les clients :</p> <p>a. Vérifiez-vous tous les comptes bancaires des fournisseurs ou des clients en appelant directement à la banque destinataire avant de les établir dans le système des comptes fournisseurs?</p> <p>b. Confirmez-vous chaque demande de modification des renseignements sur les comptes des fournisseurs ou des clients (y compris les numéros d'acheminement, les numéros de compte, les numéros de téléphone et les coordonnées) en téléphonant directement et exclusivement au numéro fourni par le fournisseur ou le client avant la réception de la demande?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p>

c. Confirmez-vous chaque demande de modification formulée par des fournisseurs ou des clients auprès d'un représentant de ces fournisseurs ou clients distinct de la personne demandant la modification, une telle modification n'étant mise en œuvre qu'après qu'un tel représentant distinct a eu la possibilité de les confirmer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

**Section 7. Responsabilité relative aux communications –**

**Cochez cette case si vous ne demandez pas cette garantie – N'est pas demandée**

<p>1. Les activités de votre entreprise comprennent-elles, ou votre site Web contient-il, diffuse-t-il ou permet-il ce qui suit? Veuillez cocher tout ce qui s'applique :</p> <p><input type="checkbox"/> Publicité pour des tiers ou en leur nom</p> <p><input type="checkbox"/> Salons de clavardage, babillards électroniques, blogues ou autres espaces de diffusion de contenu généré par l'utilisateur</p> <p><input type="checkbox"/> Enregistrement de nom de domaine</p> <p><input type="checkbox"/> Téléchargements de musique/de vidéo, y compris le partage de fichiers de poste à poste (P2P)</p> <p><input type="checkbox"/> Matériel pornographique ou sexuellement explicite</p> <p><input type="checkbox"/> Jeux interactifs ou de hasard</p> <p><input type="checkbox"/> Concours ou coupons</p>	
2. Avez-vous rédigé un programme complet pour assurer la gestion des droits de propriété intellectuelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Utilisez-vous le matériel de tiers (tels que des textes, des vidéos ou de la musique) dans votre site Web ou d'autre matériel imprimé, diffusé, publié ou distribué par vous ou par une autre personne en votre nom?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>4. Retenez-vous les services de développeurs de sites Web externes, notamment pour le développement de contenu?</p> <p>Si oui, vos ententes avec les développeurs externes prévoient-elles des dispositions vous octroyant les droits de propriété intellectuelle sur les travaux exécutés pour vous?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>5. Intégrez-vous des codes assujettis à une licence en source libre dans vos produits?</p> <p>Si la licence d'un code en source libre intégré dans vos produits exige que le code dérivé soit lui aussi en source libre, respectez-vous cette exigence?</p> <p>Intégrez-vous le code d'une licence de tiers dans vos produits?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>6. Permettez-vous à vos employés ou à des tiers de publier du contenu dans votre site Web?</p> <p>Si oui, vérifiez-vous régulièrement si le contenu des publications est inapproprié et, le cas échéant, prenez-vous immédiatement des mesures en conséquence?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Section 8 : Antécédents de sinistres/Avis de faits et circonstances**

1. Au cours des trois (3) dernières années, est-ce qu'un assureur a signifié son refus de renouveler ou a résilié toute assurance relative à la responsabilité liée au produit, à la responsabilité professionnelle (erreurs ou omissions) ou aux cyberrisques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous soumis une réclamation, déclaré un sinistre ou donné un avis concernant un fait, une circonstance, une situation, une transaction, un événement, un acte, une erreur ou une omission qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation pouvant faire l'objet d'une assurance auprès d'un assureur ou d'un mécanisme d'autoassurance que les garanties visées par la présente proposition remplaceraient directement ou indirectement?</p> <p>Si oui, veuillez fournir des précisions, y compris (s'il y a lieu) la date de la réclamation ou du sinistre, le nom du demandeur, tous les paiements de frais de défense et d'indemnités, toutes les provisions pour frais de défense et indemnités (si des réclamations sont en cours) et le statut de la réclamation (en cours/fermée) :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. SANS PORTER ATTEINTE À TOUTE AUTRE DÉFENSE QUE PEUT PRÉSENTER L'ASSUREUR OU À TOUT AUTRE DROIT OU RECOURS QUE PEUT EXERCER L'ASSUREUR, IL EST ENTENDU QUE TOUTE RÉCLAMATION OU TOUT SINISTRE DEVANT ÊTRE DÉCLARÉ EN RÉPONSE À LA QUESTION 2 DE LA SECTION 8 SERONT EXCLUS DE L'ASSURANCE PROPOSÉE, ET QUE TOUTE RÉCLAMATION OU TOUT SINISTRE DÉCOULANT DE FAITS, DE CIRCONSTANCES, DE SITUATIONS, DE TRANSACTIONS, D'ÉVÉNEMENTS, D'ACTES, D'ERREURS OU D'OMISSIONS DEVANT ÊTRE DÉCLARÉS EN RÉPONSE À LA QUESTION CI-DESSUS SERONT EXCLUS DE L'ASSURANCE PROPOSÉE.	

<p>4. Avez-vous été victimes d'intrusions ou d'accès non autorisés connus, ou d'incidents de sécurité ou de virus dans vos réseaux ou systèmes informatiques au cours des vingt-quatre (24) derniers mois?</p> <p>Si oui, combien d'intrusions se sont produites?</p> <p>Si oui, les intrusions ont-elles donné lieu à des pertes, notamment des pertes de temps ou de revenu, ou entraîné des coûts de réparation des dommages causés aux réseaux ou aux systèmes informatiques ou des coûts de reconstitution de données ou de logiciels?</p> <p>Si oui, veuillez décrire le sinistre et préciser les montants des pertes de temps ou de revenu et les coûts de toute réparation ou reconstitution :</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>5. Êtes-vous au courant d'un fait, d'une circonstance, d'une situation, d'une transaction, d'un événement, d'un acte, d'une erreur ou d'une omission qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation ou à un sinistre pouvant faire l'objet de l'assurance proposée?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>6. SANS PORTER ATTEINTE À TOUTE AUTRE DÉFENSE QUE PEUT PRÉSENTER L'ASSUREUR OU À TOUT AUTRE DROIT OU RECOURS QUE PEUT EXERCER L'ASSUREUR, IL EST ENTENDU QUE TOUTE RÉCLAMATION OU TOUT SINISTRE DEVANT ÊTRE DÉCLARÉ EN RÉPONSE À LA QUESTION 5 DE LA SECTION 8 SONT EXCLUS DE L'ASSURANCE PROPOSÉE.</p>	

### Section 9 : Avertissement concernant la fraude

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, soumet une proposition d'assurance renfermant de faux renseignements ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant des faits importants, peut être reconnue coupable d'avoir commis l'acte criminel de fraude à l'assurance, et ainsi être passible de peines au criminel et au civil.

### Section 10. Déclaration du proposant

Le ou la signataire déclare et convient de ce qui suit :

- (a) Il ou elle est un représentant autorisé de chaque personne ou entité visée par l'assurance proposée.
- (b) Il ou elle a effectué des vérifications raisonnables et à sa connaissance, les renseignements et les déclarations contenus à la présente proposition, y compris toute pièce jointe, sont véridiques et complets.
- (c) Les renseignements fournis dans la présente proposition, y compris toute pièce jointe, sont essentiels pour l'appréciation du risque par le souscripteur. Si un contrat d'assurance est émis, il sera établi sur la foi de ces renseignements et pièces jointes.
- (d) Le contrat se fondera sur la présente proposition et toute pièce y étant jointe.
- (e) La présente proposition et toute pièce y étant jointe sont réputées faire partie du contrat.

Le souscripteur est autorisé à faire toute enquête nécessaire en lien avec cette proposition d'assurance. La présente proposition et toute demande de renseignements faite par le souscripteur n'engagent ni le proposant ni le souscripteur à conclure l'assurance ou à émettre un contrat d'assurance. Tout changement important aux renseignements fournis dans la présente proposition, y compris les pièces y étant jointes, qui survient avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance doit être signalé sans délai au souscripteur.

Nom du proposant :		Poste :	
Signature:		Date:	

REMARQUE : LA PRÉSENTE PROPOSITION DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR UN ASSOCIÉ, UN DIRECTEUR, UN ADMINISTRATEUR OU UN DIRIGEANT DU PROPOSANT, AGISSANT À TITRE DE MANDATAIRE AUTORISÉ DE TOUTES LES PERSONNES ET ENTITÉS VISÉES PAR LA PROPOSITION D'ASSURANCE.