

Proposition



Assurance contre les cyber-risques – Programme des petites et moyennes entreprises

La présente proposition est conçue pour les professionnels ou les entreprises qui répondent à **TOUS** les critères suivants :

- Possèdent des revenus bruts de 50 000 000 \$ ou moins.
- Ne sont pas une entreprise financière, de recouvrement ou de conseils financiers; une entreprise de technologie ou de médias; un cabinet d'avocats; une entreprise franchisée; une municipalité; ou une entreprise de fabrication, de distribution ou un grossiste.
- Ne sont pas impliqués dans la fourniture directe de biens ou de services à l'industrie du cannabis, ni directement impliqués dans l'utilisation ou la fourniture de crypto-monnaie.
- N'ont pas été victime d'un incident cybernétique ayant entraîné une perte financière de plus de 10 000 \$ au cours des trois (3) dernières années.
- N'ont fait l'objet d'aucune action en justice intentée ou menacée contre eux ou n'ont fait l'objet d'aucune action réglementaire intentée contre eux au cours des cinq (5) dernières années résultant directement d'un incident cybernétique.

Si vous ne répondez pas à TOUS les critères ci-dessus, veuillez plutôt remplir notre proposition standard d'assurance contre les cyber-risques.

Veillez noter que vous devrez peut-être répondre à des questions supplémentaires liées aux contrôles de cybersécurité de votre organisation après notre révision de votre demande de soumission, si nécessaire.

Renseignements de base sur l'entreprise

Veillez inscrire les renseignements suivants concernant l'ensemble de l'entreprise ou du groupe (y compris toutes les filiales) qui présente une proposition d'assurance et qui partage l'interconnectivité du réseau.

1. Nom de l'entreprise (nom légal et nom commercial si applicable) : _____

- Secteur d'industrie principal : _____
2. Adresse principale : _____
Province : _____ Code postal : _____ Pays : _____
3. Description des activités commerciales : _____
4. Adresse du site Web : _____
5. Date de fondation (jj/mm/aaaa) : _____
6. Nombre d'employés : _____
7. Revenu brut des derniers 12 mois : _____ \$ Revenus provenant des ventes aux États-Unis : _____ %
Profit brut des derniers 12 mois : _____ \$

Coordonnées du contact principal

Veillez fournir les coordonnées de la personne au sein de votre organisation qui est principalement responsable de la sécurité informatique. Ces coordonnées seront utilisées pour fournir des informations sur le téléchargement de notre application de réponse aux incidents et pour recevoir des alertes et des mises à jour sur la gestion des risques.

8. Nom de la personne contact : _____ Titre : _____
Adresse électronique : _____ Numéro de téléphone : _____

Limites et franchises

9. Veuillez indiquer les limites et les franchises pour lesquelles vous souhaitez obtenir des soumissions :

(a) Cyber et vie privée

Limite	Franchise
<input type="checkbox"/> 250 000 \$	<input type="checkbox"/> 2 500 \$
<input type="checkbox"/> 500 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$
<input type="checkbox"/> 1 000 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$
<input type="checkbox"/> 2 000 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$
<input type="checkbox"/> 3 000 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$
Autre (veuillez préciser) :	Autre (veuillez préciser) :

(b) Crime cybernétique

Limite	Franchise
<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 2 500 \$
<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$
<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$
<input type="checkbox"/> 150 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$
<input type="checkbox"/> 250 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$
Autre (veuillez préciser) :	Autre (veuillez préciser) :

Protection de données

En acceptant cette assurance, vous consentez à ce que CFC Underwriting utilise les renseignements qu'elle pourrait détenir à votre sujet dans le but d'offrir la couverture d'assurance, de traiter les réclamations, s'il y a lieu, et de traiter des renseignements personnels délicats sur vous lorsque nécessaire (p. ex., renseignements médicaux ou condamnations pénales). Cela signifie que nous pourrions devoir divulguer certains renseignements à des tiers intervenants dans l'offre de l'assurance, par exemple des assureurs, experts en sinistres tiers, services de détection et de prévention de la fraude, compagnies de réassurance et autorités de réglementation en assurance. CFC Underwriting pourrait également utiliser des éléments dépersonnalisés de vos données pour l'analyse des tendances de l'industrie et pour fournir des données d'étalonnage. Pour des informations complémentaires concernant leur politique de confidentialité, visitez le site www.cfcunderwriting.com/privacy (disponible uniquement en anglais pour le moment).

Si lesdits renseignements personnels délicats concernent une autre personne que vous, vous devez obtenir le consentement explicite de cette personne autorisant la divulgation de ces renseignements à CFC Underwriting et leur utilisation de ceux-ci aux fins susmentionnées. Les renseignements fournis seront traités confidentiellement et en conformité avec les lois applicables en matière de protection des données. Vous avez le droit de demander une copie de vos renseignements (CFC Underwriting pourrait appliquer des frais minimes pour la produire) et la correction de tout renseignement inexact.

Important – Police d'assurance contre les cyber-risques, Déclaration de faits

En acceptant cette assurance, vous confirmez que les faits indiqués dans le formulaire de proposition sont véridiques. Ces déclarations, de même que tout renseignement que vous, ou toute personne agissant en votre nom, avez fourni avant que CFC Underwriting accepte de vous assurer, forment la base de votre police et en font partie intégrante. Si quelque renseignement que ce soit dans ces déclarations s'avère inexacte, CFC Underwriting sera en droit de considérer cette assurance comme nulle et non avenue. Vous devriez conserver la présente déclaration de faits et une copie du formulaire de proposition rempli dans vos dossiers.

Le proposant doit signer la présente proposition. La signature de cette proposition ne garantit pas l'assurance. En ce qui touche les risques aux États-Unis, veuillez noter que dans certains États, toute personne qui soumet, sciemment et avec l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou toute autre personne, une proposition d'assurance contenant de faux renseignements ou qui dissimule l'intention de fournir des renseignements trompeurs sur des faits importants à cet égard, commet un acte frauduleux vis-à-vis de l'assurance, ce qui constitue un crime.

Le soussigné est un dirigeant, associé, administrateur, gestionnaire de risques ou employé autorisé du proposant et certifie qu'une vérification raisonnable a été effectuée pour obtenir les réponses ici fournies, réponses qu'il déclare véridiques, exactes et complètes à sa connaissance. Une telle vérification raisonnable comprend toutes les démarches nécessaires auprès de collègues dirigeants, associés, administrateurs, gestionnaires de risques ou employés pour vous permettre de répondre aux questions correctement.

Nom de la personne contact (caractères d'imprimerie)

Titre

Signature

Date (jj/mm/aaaa)