

**EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, VOUS DONNEZ VOTRE ACCORD POUR LE TRAITEMENT DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES. Veuillez vous référer à la page 6 pour plus de détails sur notre politique de confidentialité.**



## Questionnaire sur l'assurance des produits pharmaceutiques et biotechnologiques Canadiens

**Veuillez lire et compléter la demande dans son intégralité. Les blancs et/ou les tirets ne sont pas acceptables et retarderont l'examen de la demande. Répondez à toutes les questions. Si la question ne s'applique pas, indiquez "S/O" dans l'espace prévu à cet effet.**

| Garantie requise                             | Limite requise |
|--|----------------|
| Responsabilité civile générale               | \$ CA          |
| Essais cliniques - Responsabilité des essais | \$ CA          |
| Essais cliniques - Pas de faute              | \$ CA          |
| Responsabilité professionnelle               | \$ CA          |
| Produits/travaux terminés                    | \$ CA          |

Pour chaque garantie requise, veuillez compléter les sections correspondantes ci-jointes.

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Nom(s) complet(s) de toutes les entreprises à inclure : |  |  |  |  |  |
| Adresse du siège social :                               |  |  |  |  |  |
| Adresse(s) de(s) bureau(x) à l'étranger à assurer :     |  |  |  |  |  |
| Adresse du site web :                                   |  |  |  |  |  |
| Date de création:                                       |  |  |  |  |  |

Dans le cas échéant, merci de fournir des copies de la documentation de l'entreprise.

### INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE

| Description complète de l'activité de l'entreprise : |                             |  |                |                            |     |                |
|--|-----------------------------|--|----------------|----------------------------|-----|----------------|
| Revenu brut estimé au cours des 12 derniers mois :   | \$ CA                       | Estimation du revenu pour les 12 prochains mois: | \$ CA          |                            |     |                |
| Activités  | 12 Derniers Mois (en \$ CA) |  |                | Next 12 Months (en \$ CA ) |     |                |
|  | Canada                      | É.U  | Reste du monde | Canada                     | É.U | Reste du monde |
| Propre Fabrication/Production                        |                             |  |                |                            |     |                |
| Fabrication en sous-traitance (pour les autres) :    |                             |  |                |                            |     |                |
| Distribution en gros :                               |                             |  |                |                            |     |                |
| Vente au détail :                                    |                             |  |                |                            |     |                |
| Recherche (pour les autres) :                        |                             |  |                |                            |     |                |
| Autres (à préciser) :                                |                             |  |                |                            |     |                |

### RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE

Tous les sites de fabrication ont-ils été inspectés par l'organisme de réglementation compétent ?  Oui  Non

Si "OUI", quelle était la date de la dernière inspection ? :

Veuillez indiquer si les garanties suivantes sont nécessaires :

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Extensions, Avenants & Exclusions  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Extensions, Avenants & Exclusions                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Frais pour la lutte contre les feux de forêt - Limite 1,000,000 \$ CA – Franchise 10,000 \$ CA | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Garantie de l'assurance automobile des non-propriétaires : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Couverture mondiale :  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Passif au titre des avantages du personnel – Global 1,000,000 \$ CA– Franchise 1,000 \$ CA                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| S.E.F No.94 Responsabilité légale pour les dommages causés aux véhicules loués – Limite 75,000 \$ CA | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Responsabilité patronale contingente  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Responsabilité accessoire pour faute médicale  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Paiements volontaires pour frais médicaux – Limite 50,000 \$CA  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Responsabilité juridique du locataire – Limite 100,000 \$ CA   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Avenant de garantie de la responsabilité civile de l'employeur (si nécessaire, veuillez fournir des détails sur les salaires) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### Autres (à préciser):

ESSAIS CLINIQUES

Tous les essais sont-ils menés conformément à :

- (i) L'autorité ou les autorités gouvernementales compétentes ?
- (ii) L'Approbation du comité d'éthique ?
- (iii) Les lignes directrices de l'I.C.H ?

**DÉTAILS DES ESSAIS RÉALISÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS** (veuillez compléter sur une page séparée si vous manquez de place)

Si certains essais sont des premiers essais sur l'homme, veuillez indiquer "FIH" sous la rubrique "Phase".

**RÉSUMÉ DES ESSAIS PRÉVUS POUR LES 12 MOIS SUIVANTS** (veuillez compléter sur une page séparée si vous manquez de place)

Si certains essais sont des premiers essais sur l'homme, veuillez indiquer "FIH" sous la rubrique "Phase".

Pour chaque essai à assurer, veuillez joindre une copie du document de protocole (si la version finale n'est pas disponible, veuillez soumettre une version préliminaire ou un résumé pour obtenir un devis) ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé du patient.

Au cours des 12 prochains mois, votre entreprise envisage-t-elle de vendre à des tiers les résultats de ses recherches ?  Oui  Non

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Veuillez fournir une description complète et claire des activités du (des) entreprise(s) pour lequel (lesquels) une garantie responsabilité professionnelle est requise.

|   |      |
|---|------|
| Estimation des revenus provenant des services pour les 12 prochains mois (selon les informations fournies par l'entreprise) | \$   |
| Veuillez énumérer ces activités et indiquer le pourcentage approximatif de travail effectué dans chaque cas :               |      |
|   | %    |
|   | %    |
|   | %    |
|   | 100% |

Veuillez préciser:

Veuillez énumérer les trois contrats les plus importants conclus par l'entreprise au cours des trois dernières années :

| Travail effectué | Pays | Revenue du contrat (en \$ CA) | Date de début | Date D'achèvement |
|------------------|------|-------------------------------|---------------|-------------------|
|                  |      |                               |               |                   |
|                  |      |                               |               |                   |
|                  |      |                               |               |                   |

Travaillez-vous selon des conditions contractuelles standard ?

Oui  Non

Si oui, merci de fournir une copie

Si non, quels sont les examens effectués sur les conditions du contrat avant la signature ?

## **RESPONSABILITÉ DU FAIT DES PRODUITS**

Veuillez compléter les projections de revenus suivantes pour les 12 prochains mois (en \$ CA)

| Produit                               | Canada | É.U | Reste du monde |
|---------------------------------------|--------|-----|----------------|
| Médicaments contrôlés                 |        |     |                |
| Hormone / stéroïdes                   |        |     |                |
| Prescriptions/ ordonnances            |        |     |                |
| Vaccins                               |        |     |                |
| En vente - libre                      |        |     |                |
| Compléments alimentaires/Vitamines    |        |     |                |
| Cosmétiques                           |        |     |                |
| Autre (veuillez fournir des détails): |        |     |                |

Si vous importez des produits, veuillez indiquer de quels pays ils proviennent et le pourcentage approximatif du chiffre d'affaires total pour chacun d'entre eux.

Pour tous les produits dont vous êtes distributeur, conservez-vous des droits de recours contre les fabricants ?  Oui  Non

Veuillez donner tous les détails et le pourcentage du chiffre d'affaires total des produits qui sont :

(ii) fabriqué/fourni selon une conception/spécification/formulation fixé par un client

Disposez-vous d'une équipe de conception distincte ?  Oui  Non

Décrire l'étendue et le type d'essais et de contrôles effectués avant la mise en production du produit.

Votre entreprise est-elle en conformité avec toutes les réglementations gouvernementales applicables ?  Oui  Non

Si non, veuillez fournir des détails.

Votre entreprise dispose-t-elle d'un programme écrit de contrôle de la qualité ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer la date de la dernière mise à jour :

|   |   |
|---|---|
| Votre entreprise a-t-elle mis en place une procédure formelle de rappel de produits ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Si oui, veuillez indiquer la date de la dernière mise à jour :

|  |   |
|--|---|
| Votre entreprise respecte-t-elle les bonnes pratiques de fabrication (BPF) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| Votre entreprise tient-elle un registre des rapports d'incidents et/ou des plaintes ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Si oui, qui est responsable de l'enregistrement et du traitement des plaintes ?

### ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE D'ASSURANCE

Est-ce qu'un assureur a déjà :

|  |   |
|--|---|
| (i) Refusé votre proposition d'assurance ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| (ii) Refusé un renouvellement de police d'assurance ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| (iii) Résilié votre assurance ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| Votre entreprise a-t-elle déjà fait l'objet d'une demande écrite ou d'une procédure civile en dommages et intérêts ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Si oui, veuillez fournir les détails suivants :

| Date | Type de Police | Brève description de l'incident, qu'il y ait eu ou non une demande d'indemnisation auprès de l'assurance | Montant versé | Réserve en suspens des assureurs |
|------|----------------|--|---------------|----------------------------------|
|      |                |  |               |                                  |
|      |                |  |               |                                  |
|      |                |  |               |                                  |
|      |                |  |               |                                  |
|      |                |  |               |                                  |
|      |                |  |               |                                  |

|   |   |
|---|---|
| Avez-vous connaissance de circonstances susceptibles de donner lieu à une réclamation ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Si oui, veuillez fournir les détails :

|  |   |
|--|---|
| Votre entreprise est-elle actuellement assurée ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Si oui, veuillez fournir des détails sur les assurances en cours :

| Police                              | Assureur | Période d'assurance | Limite d'indemnisation | Prime |
|-------------------------------------|----------|---------------------|------------------------|-------|
| Responsabilité civile générale      |          |                     |                        |       |
| Responsabilité du fait des produits |          |                     |                        |       |
| Essais Cliniques                    |          |                     |                        |       |
| Responsabilité professionnelle      |          |                     |                        |       |

Si l'une des polices susmentionnées est actuellement placée sur une base de "réclamations", veuillez indiquer les dates de rétroactivité appliquées :

### AVIS RELATIF AUX INFORMATIONS PERSONNELLES

En souscrivant une assurance auprès de Groupe d'assurance South Western, un client donne à Groupe d'assurance South Western son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels, y compris ceux qui ont été recueillis antérieurement, aux fins suivantes:

- la communication avec les souscripteurs;
- l'évaluation des sinistres;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- Conformément à la politique de SWG en matière de protection de la vie privée, disponible au bas de la présente demande et sur notre site web : <https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>
- la souscription des polices;
- la détection et la prévention de la fraude
- les fins requises ou autorisées par la loi.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos informations personnelles en notre possession, les faire rectifier ou retirer votre consentement en nous contactant à l'adresse PrivacyOfficer@swgins.com. Si vous exercez votre droit de retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation des informations collectées nécessaires à la fourniture de certains produits ou services, cela empêchera le groupe d'assurance South Western de fournir ces produits ou services. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Groupe d'assurance South Western, veuillez communiquer avec son Responsable de la protection de la vie privée au 416-620-6604.

## DÉCLARATION DE GARANTIE FORMELLE

Le soussigné garantit formellement qu'à sa connaissance, les déclarations faites dans la présente sont véridiques. Si les informations fournies dans la présente proposition devaient changer entre la date de la proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il signalera immédiatement ces changements à l'assureur et que ce dernier pourra modifier ou retirer toute offre ou tout accord visant à lier ou à modifier l'assurance.

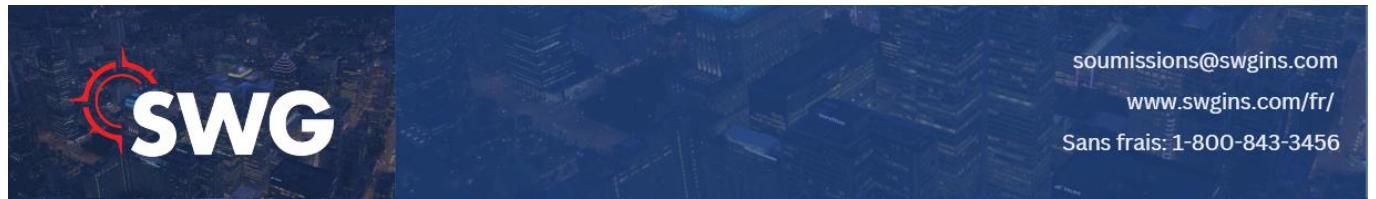
La signature de la présente proposition n'engage pas le soussigné à souscrire cette assurance, ni l'assureur à la compléter. Toutefois, si l'assureur contracte et émet une police, la présente proposition servira de base au contrat et sera jointe à la police, dont elle fera partie intégrante.

### RÉSIDENTS DU NOUVEAU-BRUNSWICK UNIQUEMENT :

Je confirme par la présente ma demande que le présent document et tout autre document et correspondance relatifs à la présente assurance soient rédigés en langue anglaise.

### SIGNATURE

| Signature:                        |                         | Date (jj/mm/aaaa): |  |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|--|
|                                   | (Représentant autorisé) |                    |  |
| NOM (en caractères d'imprimerie): |                         | Titre/Poste:       |  |



## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Groupe South Western s'engage à protéger la vie privée et la confidentialité de ses courtiers ainsi que les renseignements relatifs à leurs assurés. Afin de nous conformer à la loi sur la vie privée, nous avons élaboré cette politique de confidentialité. Tout renseignement personnel reconnaissable sur un assuré est considéré comme une information confidentielle et sera traitée conformément à cette politique de confidentialité.

### CAS PARTICULIERS

Groupe South Western ne recueille, n'utilise ou ne dévoile de renseignements privés que dans les cas particuliers suivants :

- Offre et fourniture d'assurances ainsi que de produits et services connexes;
- Vérification de l'identité et de l'exactitude des renseignements avec l'aide d'organismes gouvernementaux, d'associations industrielles ou d'autres assureurs;
- Analyse, évaluation et assurance des risques avec prudence;
- Enquête et acquittement des réclamations;
- Détection et prévention de toute fraude ou activité illégale;
- Établissement de statistiques;
- Conformité aux lois ou aux demandes d'organismes d'application de la loi ou de réglementation.

Dans cette politique de confidentialité, nous nous référerons à la liste ci-dessus comme les « Cas particuliers ».

### DIVULGATION À DES TIERS

Le Groupe d'Assurance South Western pourrait divulguer de l'information à propos de vous à de tierces compagnies, lorsque permis par la loi. Ces divulgations peuvent inclure celles que South Western juge nécessaires pour vous donner un service à la clientèle, prévenir de la fraude, effectuer des recherches ou pour se conformer à la loi. Les récipiendaires peuvent comprendre les compagnies sœur de la famille South Western, des représentants pour des réclamations, des fournisseurs de services, des compagnies de rapports de clients, des courtiers et agents d'assurance, des représentants de la loi, de la cour ou du gouvernement. Ces tiers peuvent divulguer ces informations à d'autres parties lorsque permis par la loi.

### AVIS DE PRIVILÈGE & DE CONFIDENTIALITÉ – Messages électroniques

Courriel électronique et les télécopies et tous fichiers qui l'accompagneraient sont confidentiels et peuvent faire l'objet d'un privilège. Ils sont destinés uniquement à la personne ou à l'entité à qui ils sont adressés. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez en avertir l'expéditeur immédiatement.

### CONSENTEMENT

Groupe South Western s'attend à ce que ses courtiers et sociétés affiliées suivent les étapes suivantes afin de confirmer le consentement de leurs assurés à ses pratiques courantes et futures en matière de gestion des renseignements privés :

Le courtier à demandé expressément à un assuré des renseignements privés à seule fin de contracter une assurance ou un service ou produit connexe;

Le courtier a obtenu un consentement ou une confirmation explicite de l'assuré sous forme d'un document écrit, verbal ou par voie électronique;

Le consentement de l'assuré sollicité par nos sociétés affiliées ou courtiers correspond à un besoin bien défini;

Le courtier doit fournir à l'assuré une copie de sa politique de confidentialité et doit aviser South Western Group Groupe South Western de toute rétractation de ce consentement par un assuré;

Le courtier peut obtenir le consentement d'un assuré par le biais du représentant légal de l'assuré comme par exemple un tuteur légal, un agent ou une personne titulaire d'une procuration.

Si un assuré refuse de divulguer certains renseignements personnels, ou s'il retire son consentement, South Western Group Groupe South Western pourrait lui refuser l'octroi d'une police d'assurance.

#### LIMITATION DE LA CUEUILLETTE ET RÉTENTION D'INFORMATION PERSONNELLE

Le Groupe d'Assurance South Western va seulement recueillir, utiliser ou divulguer de l'information personnelle qui est nécessaire pour des mesures d'identification là où requis par la loi. Nous allons conserver l'information seulement pendant le temps nécessaire pour effectuer la tâche d'identification. South Western pourrait stocker certaines données dans des juridictions hors du Canada et pourrait partager de l'information avec des tierces compagnies qui sont situées à l'extérieur du Canada.

#### INTÉGRITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Groupe South Western exige de ses courtiers de faire en sorte, en tout temps, que les renseignements personnels soient exacts, complets et à jour, tel que cela est stipulé dans les cas particuliers.

#### MESURES DE PROTECTION

Groupe South Western assurera la confidentialité des renseignements personnels à l'aide de mesures de protection correspondant au niveau de sensibilité des renseignements. Ces mesures varieront selon la sensibilité, le format, l'emplacement et le stockage des renseignements personnels.

#### RESPONSABILITÉ, TRANSPARENCE ET ACCÈS

Groupe South Western, assumant la responsabilité de tous les renseignements personnels qui lui sont confiés une "Agente de la protection de la vie privée" cette personne relève de la haute direction pour ce qui est de la conformité à la politique de confidentialité de South Western Group Groupe South Western.

Vous pouvez contacter notre agent la protection à [PrivacyOfficer@swqins.com](mailto:PrivacyOfficer@swqins.com).

#### CONTESTATION DE CONFORMITÉ

Si un courtier n'est pas satisfait de la réponse de Groupe South Western à une demande ou une plainte relative à la confidentialité, il pourra contacter le bureau du Commissaire à la protection de la vie privée (Canada) durant les heures normales de travail au [1-800-282-1376](tel:1-800-282-1376) ou à l'adresse [www.privcom.gc.ca](http://www.privcom.gc.ca).

**Veuillez consulter la version complète et actualisée de la politique de confidentialité sur notre site web:  
<https://swqins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>**