

Informations de l'entreprise

Veuillez compléter les informations suivantes pour l'ensemble de l'entreprise ou du groupe (y compris toutes les filiales) demandant la police d'assurance:

Nom de l'entreprise:	Secteur d'activité principal
Adresse principale (adresse, province, code postal, pays):	
Description des activités de l'entreprise:	
Adresse du site web:	
Date de création de l'entreprise: (JJ/MM/AAAA):	Nombre d'employés
Revenus bruts des 12 derniers mois: \$	Revenus provenant des ventes aux États-Unis: (%)
Profit brut des 12 derniers mois: \$	

Coordonnées du contact principal

Veuillez fournir les coordonnées de la personne au sein de votre organisation principalement responsable de la sécurité informatique. Ces informations seront utilisées pour fournir des instructions sur le téléchargement de notre application de gestion des incidents ainsi que pour recevoir des alertes et mises à jour en matière de gestion des risques:

Nom du contact:	Position:
Courriel:	Numéro de téléphone:

Mesures de cybersécurité

Veuillez confirmer si l'authentification multifactorielle est activée et appliquée pour tous les accès à distance à votre réseau: Oui Non

Veuillez confirmer si l'authentification multifactorielle est activée et appliquée pour l'accès à distance à tous les comptes courriels de l'entreprise: Oui Non

Veuillez confirmer si vous disposez de sauvegardes hors ligne entièrement déconnectées de votre environnement actif ou de sauvegardes dans le cloud avec un accès sécurisé par authentification multifactorielle: Oui Non

Incidents cybernétiques

Veuillez cocher toutes les cases ci-dessous correspondant à un incident cybernétique que vous avez subi au cours des trois dernières années (il n'est pas nécessaire de signaler les événements qui ont été bloqués avec succès par des mesures de sécurité):

Extorsion cybernétique	Perte de données	Attaque par déni de service	Violation de propriété intellectuelle
Infection par un logiciel malveillant (malware)	Violation de la vie privée	Rançongiciel (Ransomware)	Vol de fonds
Autre (veuillez préciser)			

Si vous avez coché l'une des cases ci-dessus, l'incident ou les incidents ont-ils eu un impact financier direct sur votre entreprise de plus de 10 000 \$? Oui Non

Si 'oui', veuillez fournir plus d'informations ci-dessous, y compris des détails sur l'impact financier et les mesures prises pour empêcher que l'incident ne se reproduise:

Avis important

En signant ce formulaire, vous convenez que les informations fournies sont à la fois exactes et complètes et que vous avez fait tous les efforts raisonnables pour vous en assurer en consultant les personnes appropriées au sein de votre entreprise. CFC Underwriting utilisera ces informations uniquement dans le but de fournir des services d'assurance et pouvons partager vos données avec des tiers à cette fin. Nous pouvons également utiliser des éléments anonymisés de vos données pour analyser les tendances du secteur et fournir des données de référence. Pour plus de détails sur notre politique de confidentialité, veuillez consulter le site www.cfc.com

Nom du contact:	Position:
Signature:	Date (JJ/MM/AAAA):