

Bureau de Montréal : 625, av. du Président-Kennedy Suite 903 Montréal, QC H3A 1K2
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E. Suite 903 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE SCIENCES DE LA VIE

Le formulaire doit être signé par un associé, un administrateur ou une personne autorisée de l'entreprise. Veuillez répondre à toutes les questions, en inscrivant « sans objet » si la question ou la section n'est pas pertinente. Le fait de remplir et de signer ce formulaire n'oblige pas le proposant ni l'assureur à conclure un contrat d'assurance, sauf accord exprès des deux parties. Sauf indication contraire, toutes les sommes sont en dollars canadiens.

GARANTIE DEMANDÉE	MONTANT
Responsabilité civile générale	_____ \$
Risque Produits/Après travaux	_____ \$
Responsabilité civile professionnelle	_____ \$
Essais cliniques – Responsabilité liée aux essais	_____ \$
Essais cliniques – Sans égard à la responsabilité	_____ \$

Pour chaque garantie demandée, veuillez remplir les sections pertinentes ci-jointes.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Raison sociale complète de toutes les sociétés à assurer : _____

Adresse postale du siège social : _____

Adresses des bureaux outre-mer à assurer, le cas échéant : _____

Site Web : _____

Date d'établissement : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA SOCIÉTÉ

(Veuillez annexer des exemplaires de toute documentation disponible sur celle-ci.)

Nature des activités _____

Revenu brut estimatif des 12 derniers mois : _____ \$

Revenu brut estimatif des 12 prochains mois : _____ \$

ACTIVITÉS	12 DERNIERS MOIS (EN \$ CA)			12 PROCHAINS MOIS (EN \$ CA)		
	CANADA	É.-U.	AILLEURS	CANADA	É.-U.	AILLEURS
Fabrication pour propre compte						
Fabrication à contrat (pour autrui)						
Distribution en gros						
Détail						
Recherche (pour autrui)						
Autres (précisez) _____						

3. RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE

Les lieux de fabrication ont-ils tous été inspectés par l'organisme de réglementation compétent ? Oui Non

Si oui, nom de l'organisme : _____ et date de la dernière inspection : _____

Précisez si les garanties suivantes sont demandées :

EXTENSIONS, AVENANTS ET EXCLUSIONS			
Frais de lutte contre les feux de forêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Assurance automobile des non propriétaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garantie Monde entier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Responsabilité civile des administrateurs d'avantages sociaux – Montant par période d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
FAQ n° 94 Responsabilité civile du fait de dommages à des véhicules loués	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Responsabilité patronale éventuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incidental Medical Malpractice Liability	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Paiement volontaire des frais médicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Responsabilité locative – Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Responsabilité patronale (si la garantie est demandée, donnez des précisions sur les salaires)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garantie restreinte de la pollution	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rappel de produits	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres (précisez) : _____			

4. ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques sont-ils tous effectués :

- a) conformément aux normes des autorités compétentes ? Oui Non
- b) avec l'accord du comité d'éthique ? Oui Non
- c) conformément aux directives de l'I.C.H. ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES ESSAIS **EFFECTUÉS** AU COURS DES **12 DERNIERS MOIS**

(En cas d'espace insuffisant, énumérez sur une feuille distincte.) S'il s'agit d'une première fois chez l'homme, inscrivez « PFH » à la colonne Phase.

DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	TITRE COMPLET DE L'ÉTUDE	PHASE	NOMBRE DE SUJETS		PAYS, SI AUTRE QUE LE CANADA
				Estimation	Inscrits à ce jour	

RENSEIGNEMENTS SUR LES ESSAIS **PRÉVUS** POUR LES **12 PROCHAINS MOIS**

S'il s'agit d'une première fois chez l'homme, inscrivez « PFH » à la colonne Phase. (En cas d'espace insuffisant, énumérez sur une feuille distincte.)

DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	TITRE COMPLET DE L'ÉTUDE	PHASE	NOMBRE DE SUJETS		PAYS, SI AUTRE QUE LE CANADA
				Estimation	Inscrits à ce jour	

Pour chaque essai à assurer, annexe un exemplaire du Protocole (ou si la version finale n'est pas disponible, l'ébauche ou le synopsis à des fins de tarification), ainsi que du formulaire de consentement.

Votre société envisage-t-elle de vendre, au cours des 12 prochains mois, les conclusions de ses recherches à des tiers ?
 Oui Non

5. RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

a) Description claire et complète des activités de la société pour lesquelles l'assurance de la RC professionnelle est demandée :

b) Revenu que votre société prévoit tirer des services au cours des 12 prochains mois (d'après ses données) : _____ \$

c) Liste des activités en question et pourcentage approximatif des activités totales que chacune représente :

(En cas d'espace insuffisant, énumérez sur une feuille distincte.)

	%
	%
	%

d) Veuillez remplir ce qui suit :

(En cas d'espace insuffisant, énumérez sur une feuille distincte.)

NOMS DE TOUS LES ADMINISTRATEURS, ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS	TITRES ET QUALITÉS	DATE D'OBTENTION	N ^{BRE} D'ANNÉES COMME ADMINISTRATEUR, ASSOCIÉ OU DIRIGEANT

e) Indiquez les trois plus importants contrats des trois dernières années :

NATURE DU TRAVAIL	PAYS	REVENU TIRÉ (EN \$ CA)	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN

f) Utilisez-vous un contrat type ? Oui Non

Si oui, annexez-en un exemplaire. Si non, quel examen faites-vous des conditions du contrat avant de signer ?

6. RESPONSABILITÉ CIVILE PRODUITS

a) Indiquez les prévisions de revenu pour les 12 prochains mois (en \$ CA).

PRODUITS	CANADA	É.-U.	AILLEURS
Médicaments réglementés			
Hormones/Stéroïdes			
Médicaments d'ordonnance			
Vaccins			

PRODUITS	CANADA	É.-U.	AILLEURS
Médicaments en vente libre			
Compléments alimentaires/Vitamines			
Cosmétiques			
Autres (précisez) : _____			

b) Si vous importez des produits, indiquez de quels pays et le pourcentage approximatif du chiffre d'affaires total que chacun représente :

c) Conservez-vous vos droits de recours contre les fabricants de tous les produits dont vous êtes distributeur ?

Oui Non

d) Précisions sur les produits suivants et pourcentage du chiffre d'affaires total :

i) Produits fabriqués/fournis selon votre conception, vos spécifications ou votre formulation : _____%

ii) Produits fabriqués/fournis selon la conception, les spécifications ou la formulation de clients : _____%

e) Avez-vous une équipe de concepteurs distincte ? Oui Non

f) Étendue et nature des tests et vérifications effectués avant la mise en production des produits : _____

g) Votre société se conforme-t-elle à tous les règlements applicables ? Oui Non

Si non, précisez : _____

h) Votre société a-t-elle un programme de contrôle de la qualité énoncé par écrit ? Oui Non

Si oui, date de la dernière mise à jour : _____

i) Votre société a-t-elle une procédure de rappel des produits en place ? Oui Non

Si oui, date de la dernière mise à jour : _____

j) Votre société observe-t-elle les règles de bonne pratique de fabrication (BPF) ? _____ Oui Non

k) Votre société tient-elle un registre des déclarations de sinistre et des plaintes ? Oui Non

Si oui, qui est chargé de consigner et de traiter les plaintes : _____

7. ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

- a) Declined your proposal for insurance? Oui Non
- a) Un assureur a-t-il déjà refusé une de vos propositions d'assurance ? Oui Non
- b) Un assureur a-t-il déjà refusé de renouveler votre contrat d'assurance ? Oui Non
- c) Un assureur a-t-il déjà résilié votre assurance ? Oui Non
- d) Votre société est-elle assurée actuellement ? Oui Non

Si oui, donnez les précisions suivantes sur les assurances en cours :

ASSURANCE	ASSUREUR	ASSURANCE ASSUREUR	MONTANT DE GARANTIE	PRIME
RC générale				
RC Produits				
Essais cliniques				
RC professionnelle				

e) Votre société a-t-elle déjà fait l'objet d'une réclamation écrite ou d'une poursuite civile en dommages-intérêts ?

DATE	TYPE DE CONTRAT	RÉSUMÉ DU SINISTRE, QU'IL Y AIT EU OU NON RÉCLAMATION AUPRÈS DE L'ASSUREUR	INDEMNITÉ PAYÉE	PROVISION CONSTITUÉE PAR L'ASSUREUR

f) Avez-vous connaissance de circonstances susceptibles d'entraîner une réclamation ? Oui No

Si oui, précisez : _____

SI OUI, PRÉCISEZ :

Je déclare/Nous déclarons que, à ma/notre connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont complets et conformes à la vérité et je sais/nous savons qu'ils feront partie intégrante du contrat conclu entre moi/nous et les Souscripteurs.

Nom et poste de la personne ayant rempli le formulaire :

Nom : _____

Poste : _____

Signed : _____

Date: : _____

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT:

Je confirme que ma demande pour la présente assurance et tout autre document et correspondance soient en anglais.

QUEBEC RESIDENTS ONLY:

I hereby confirm my request that the present demand for insurance and any other document and correspondence pertaining to the present insurance be in the English language.

Nom/Name: _____

Signature : _____

GESTIONNAIRES
D'ASSURANCES

SUM

STRATEGIC
UNDERWRITING
MANAGERS INC

Bureau de Montréal : 625, av. du Président-Kennedy Suite 903 Montréal, QC H3A 1K2
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E. Suite 903 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca