



Phone 1 877 814 7778

submissions.canada@beazley.com  
renewals.canada@beazley.com  
info.canada@beazley.com  
www.beazley.ca

Beazley Canada Limited

First Canadian Place  
100 King Street West  
Suite 4530, P.O. Box 328  
Toronto, Ontario M5X 1E1  
Phone (416) 601 2155  
Fax (416) 861 1617

310-1130 rue Sherbrooke Ouest  
Montréal, Québec H3A 2M8  
Tél (514) 350 4848  
Télec (514) 350 0843

1066 West Hastings Street  
23rd Floor  
Vancouver, British Columbia V6E 3X2  
Phone (778) 373 4432

## PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ EN BIOTECHNOLOGIE ET POUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

CETTE PROPOSITION EST POUR UNE POLICE D'ASSURANCE SUR BASE DE RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

### VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE CE QUI SUIT À LA PROPOSITION

- Brochure corporative (si elle est différente du site Web)
- Catalogue des produits
- Curriculum vitae du personnel clé
- Copies de tous les contrats (c.-à-d. entente de développement, contrat de service, licence, etc.)

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom de l'entreprise ou entité légale (Proposant) y compris ses filiales :

(veuillez indiquer le nom complet tel qu'il doit apparaître sur la police)

2. Adresse (C.P. non acceptée) :

\_\_\_\_\_

Site Web : \_\_\_\_\_

3. Emplacements des installations de recherche : \_\_\_\_\_

4. Succursales (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

5. Société mère : \_\_\_\_\_

6. Limite de responsabilité demandée :  1 000 000 \$  2 000 000 \$  Autre: \_\_\_\_\_ \$

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

7. Date de fondation de l'entreprise : \_\_\_\_\_

8. Veuillez décrire les activités de l'entreprise : \_\_\_\_\_

9. 1) Distribuez-vous des produits directement au public par le biais de votre propre magasin de vente et/ou par votre site web ?

OUI  NON

2) Vendez-vous des produits par infopublicité ?

OUI  NON

3) Vendez-vous des produits par commercialisation à paliers multiples ?

OUI  NON

(Si OUI, cessez de compléter la proposition et contactez votre courtier d'assurance).

10. 1) Revenus bruts pour les douze derniers mois ou pour la dernière année fiscale (en dollars canadiens) :

CANADA \_\_\_\_\_ \$ ÉTATS-UNIS \_\_\_\_\_ \$ AUTRE PAYS (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

**PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ EN BIOTECHNOLOGIE ET POUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

2) Revenus bruts prévus pour les douze prochains mois ou pour la prochaine année fiscale (en dollars canadiens) :

CANADA \_\_\_\_\_ \$ ÉTATS-UNIS \_\_\_\_\_ \$ AUTRE PAYS (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \$  
 \_\_\_\_\_ \$  
 \_\_\_\_\_ \$

11. L'entreprise est-t-elle impliquée dans les activités suivantes :

ACTIVITÉS	DOUZE (12) DERNIERS MOIS			DOUZE (12) PROCHAINS MOIS		
	CANADA	É.-U.	AUTRE	CANADA	É.-U.	AUTRE
Fabrication :						
Distribution :						
Vente au détail :						
Recherche (pour des tiers) :						
Autre (veuillez préciser) :						
TOTAL : (doit correspondre aux montants du point D) 2) ci-haut mentionnés)						

**3. RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS**

12. Veuillez énumérer les produits de l'entreprise et indiquer si vous êtes le fabricant ou le distributeur. Si vous êtes le fabricant, veuillez indiquer si vous fabriquez le produit au complet ou seulement en partie. Veuillez également indiquer le pays d'origine des produits distribués. S'il y a plusieurs produits, veuillez joindre le catalogue de produits.

PRODUIT	% DU REVENU TOTAL	DISTRIBUTEUR OU FABRICANT	AU COMPLET OU EN PARTIE	PAYS D'ORIGINE

(Veuillez joindre une liste si nécessaire)

13. Pour tous les produits que vous distribuez, demandez-vous au fabricant un certificat d'assurance pour la responsabilité des produits ?  OUI  NON

Si OUI, est-ce que la limite d'assurance du fabricant est égale ou supérieure à celle que vous demandez ou que vous avez déjà ?

OUI  NON

Êtes-vous ajouté sur la police du fabricant comme assuré additionnel ?

OUI  NON

Si OUI, veuillez joindre une copie de l'avenant.

14. Avez-vous des produits fabriqués ou vendus sous d'autres étiquettes que les vôtres ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez également compléter l'addenda RESPONSABILITÉ DES FABRICANTS CONTRACTUELS ci-joint.

15. Veuillez compléter le tableau suivant en indiquant les revenus anticipés pour les douze prochains mois ou pour la prochaine année fiscale (en dollars canadiens)

PRODUITS	REVENUS - CANADA	REVENUS - É.-U.	AUTRE
Médicaments contrôlés			
Hormones/Stéroïdes			
Vaccins			
Prescriptions			
Médicaments en vente libre			
Compléments alimentaires/Vitamines			
Médecine holistique			
Cosmétiques			
Autre (veuillez joindre une liste des produits):			
TOTAL			

## PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ EN BIOTECHNOLOGIE ET POUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

16. Êtes-vous un fabricant, un distributeur ou faites-vous de la recherche et du développement ? \_\_\_\_\_  
Si vous faites de la recherche et du développement, le faites-vous pour des tiers ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails : \_\_\_\_\_
17. Est-ce que votre entreprise fabrique, distribue ou fait de la recherche et du développement sur des produits pharmaceutiques de marque ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez indiquer les revenus actuels et communiquer avec votre courtier d'assurance. \_\_\_\_\_
18. Vendez-vous des produits stérilisés?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez indiquer si c'est votre entreprise ou un tiers qui est responsable de la stérilisation. Dans le cas d'un tiers, veuillez le nommer : \_\_\_\_\_
19. Si la stérilisation a été donnée en sous-traitance, est-ce que votre entreprise est tenue indemne par le sous-traitant ?  OUI  NON  
Si NON, pourquoi ? \_\_\_\_\_
20. Avez-vous déjà eu des produits qui ont été discontinués, rappelés ou retirés du marché ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir tous les détails y compris la date, les produits, les raisons pour le rappel, le retrait ou l'abandon et les résultats ? (Veuillez joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire) : \_\_\_\_\_
21. Avez-vous des produits qui ont déjà faits l'objet d'enquête par des organismes de réglementation ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir tous les détails y compris la date, les produits, les raisons de l'enquête et les résultats. (Veuillez joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire) : \_\_\_\_\_

### 4. PRATIQUES DE GESTION DES RISQUES

22. Votre entreprise se conforme-t-elle à toutes les réglementations gouvernementales ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez fournir une copie du rapport de conformité ainsi que toute la correspondance s'y rattachant.  
Quand votre entreprise sera-t-elle conforme ? \_\_\_\_\_
23. Votre entreprise a-t-elle un programme écrit de contrôle de la qualité ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir la date de révision la plus récente : \_\_\_\_\_  
Si NON, quand en aurez-vous un ? \_\_\_\_\_
24. Votre entreprise a-t-elle un programme formel de rappel des produits en place ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir la date de révision la plus récente : \_\_\_\_\_  
Si NON, quand en aurez-vous un ? \_\_\_\_\_
25. Votre entreprise garde-t-elle un recueil des rapports d'incidents et/ou de plaintes ?  OUI  NON  
Si OUI, qui en est responsable dans l'entreprise ? \_\_\_\_\_  
Si NON, pourquoi ? \_\_\_\_\_
26. Votre entreprise suit-elle les règles de bonne pratique de fabrication (BPF) ?  OUI  NON  
Votre entreprise est-elle inscrite auprès de l'Organisme internationale de normalisation (ISO) ?  OUI  NON  
Si OUI, à quel niveau ? \_\_\_\_\_
27. Votre entreprise garde-t-elle des échantillons de ses produits ?  OUI  NON  
Si OUI, pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_  
Qui est responsable de garder ces échantillons dans votre entreprise ? \_\_\_\_\_

**PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ EN BIOTECHNOLOGIE ET POUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

28. Votre entreprise manipule-t-elle des matériaux ou produits représentant un danger, soit seul ou en combinaison avec d'autres produits/matériaux ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez indiquer quelles sont les matériaux/produits et comment sont-ils gardés :

---



---

29. Votre entreprise garde-t-elle sur ses lieux des virus ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez indiquer quels sont les virus et comment sont-ils gardés :

---



---

30. Votre entreprise possède-t-elle une licence ou une permission gouvernementale pour garder ces virus ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir le numéro de licence et/ou le nom de l'organisme de réglementation :

---



---

31. Votre entreprise fait-elle appel à un conseiller juridique pour les points suivants :

Responsabilité contractuelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet
Étiquetage du produit	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet
Notice d'accompagnement du produit	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet
Garantie du produit	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet
Matériel publicitaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet
Manuel d'instructions	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sans objet

32. Votre entreprise garde-t-elle des animaux de laboratoires sur ses lieux ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez indiquer le genre d'animal, la quantité et la raison.

ANIMAL	QUANTITÉ	RAISON

**5. ESSAIS CLINIQUES \*Veuillez joindre une copie du protocole et du formulaire de consentement pour chaque essai clinique.**

Votre entreprise demande-t-elle une couverture d'assurance pour les essais cliniques ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez compléter l'ADDENDA POUR ESSAI CLINIQUE pour chaque étude clinique.  
Si NON, veuillez passer à la section 7 (ASSURANCE ANTÉRIEURE).

33. Est-ce que l'essai clinique prévu a été approuvé par les autorités gouvernementales compétentes ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez fournir les détails :

---



---

34. Demandez-vous à tous les participants de signer un formulaire de consentement ?  OUI  NON  
Si NON, pourquoi ?

---



---

35. Est-ce que votre entreprise conduira l'essai clinique ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez nous fournir le nom de l'organisme qui sera responsable de votre essai clinique et veuillez également nous donner tous les détails concernant les ententes d'indemnisation :

---



---

36. Qui sera l'expert clinique en charge ? \_\_\_\_\_

37. Est-ce qu'il y a des chercheurs dans votre entreprise qui sont propriétaires de l'entreprise ou qui ont des actions dans l'entreprise ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez fournir une liste avec les noms des chercheurs et le pourcentage (%) d'actions : \_\_\_\_\_%

38. Au cours des douze (12) prochains mois, votre entreprise prévoit-elle de fabriquer des produits qui font présentement l'objet d'enquête ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails :

---

---

39. Au cours des douze (12) prochains mois, votre entreprise prévoit-elle de vendre des rapports d'étude de recherche ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails :

---

---

## ADDENDA POUR ESSAI CLINIQUE

(Veuillez compléter un questionnaire par essai clinique)

Titre du protocole : \_\_\_\_\_

Numéro du protocole : \_\_\_\_\_

Phase : Phase I :  Phase II :  Phase III :  Phase IV :  AUTRE : \_\_\_\_\_

Nombre de sites : CANADA: \_\_\_\_\_ É.-U. : \_\_\_\_\_ AUTRE : \_\_\_\_\_  
(veuillez spécifier tous les autres pays)

Nombre de sujets/participants : CANADA: \_\_\_\_\_ É.-U. : \_\_\_\_\_ AUTRE : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nombre prévu de participants pour les douze (12) prochains mois :  
CANADA: \_\_\_\_\_ É.-U. : \_\_\_\_\_ AUTRE : \_\_\_\_\_

Quand prévoyez-vous débiter l'inscription des participants ? \_\_\_\_\_

Quelle date prévoyez-vous commencer à tester le produit sur le participant ? \_\_\_\_\_

Quelle est la durée de participation du patient ? \_\_\_\_\_

Quand prévoyez-vous terminer l'essai clinique ? \_\_\_\_\_

Veuillez décrire le but de cet essai clinique : \_\_\_\_\_

Veuillez énumérer les effets secondaires du produit testé : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir une copie finale de l'essai clinique, du protocole, du formulaire de consentement et de tout autre entente d'indemnisation.

### 6. ADDENDA POUR LES FABRICANTS CONTRACTUELS

(Si vous n'offrez aucun service de fabrication contractuel, veuillez passer à la section 7 – ASSURANCE ANTÉRIEURE)

Veuillez répondre aux questions suivantes pour les produits que votre entreprise fabrique en sous-traitance.

40. Veuillez indiquer le pourcentage des produits fabriqués par votre entreprise selon les spécifications d'autrui : \_\_\_\_\_ %

41. Veuillez indiquer le pourcentage des produits fabriqués par votre entreprise selon ses propres spécifications : \_\_\_\_\_ %

42. Est-ce que votre entreprise fabrique et/ou assemble le produit final ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

43. Votre entreprise exige-t-elle de ses clients un contrat d'acceptation signé ?  OUI  NON  
Si NON, pourquoi ? \_\_\_\_\_

44. Parmi les services suivants, quels sont ceux offerts par votre entreprise :

Recherche et développement :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consultation sur la réglementation :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Conception et prototype :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Étiquetage de produits :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Validation d'emballage :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Approvisionnement et expédition des stocks :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Gestion des stocks :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Entreposage :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Expédition à l'utilisateur final :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Gestion des logistiques :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Commercialisation et vente :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

45. Veuillez indiquer les cinq plus importants clients de votre entreprise ainsi que les services offerts et le total des revenus pour chacun :

NOM DU CLIENT	DESCRIPTION DES SERVICES	TOTAL DES REVENUS
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

**7. ASSURANCE ANTÉRIEURE**

46. L'entreprise détient-elle présentement une police d'assurance responsabilité des produits ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez fournir les détails suivants :

Assureur : \_\_\_\_\_ Période de la police : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_ Limite de responsabilité : \_\_\_\_\_

47. Au cours des cinq dernières années, l'entreprise a-t-elle détenu une police d'assurance responsabilité des produits ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez nous fournir les détails suivants concernant les polices antérieures :

ASSUREUR	PÉRIODE D'ASSURANCE	LIMITE	FRANCHISE	PRIME	SUR BASE D'ÉVÉNEMENT OU RÉCLAMATION PRÉSENTÉE	DATE RETROACTIVE

48. L'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants ou ses employés ont-ils déjà eu une assurance erreurs et omissions et/ou une assurance civile générale refusée(s), annulée(s) ou non renouvelée(s) :  OUI  NON

Si OUI, veuillez expliquer :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS**

49. Est-ce qu'une réclamation ou poursuite a déjà été intentée contre l'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants ou ses employés au cours des cinq dernières années ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez joindre les détails suivants sur une feuille séparée :

- 1) Date de réclamation
- 2) Nom du réclamant
- 3) Nature de la réclamation
- 4) Montant de l'indemnité et montant des frais de défense
- 5) Dispositions finales ou état actuel de la réclamation

50. Au cours des cinq dernières années, l'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants et ses employés sont-ils au courant d'un conflit de travail ou conflit monétaire y compris le refus de paiements ou une demande de remboursement ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez donner les détails :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. L'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants et ses employés sont-ils au courant d'une situation ou d'une circonstance qui pourrait mener à une réclamation ou à une poursuite ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez donner les détails :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sans restreindre tout autre recours de l'assureur, il est entendu que si un fait, une circonstance ou une situation décrite ci-dessus est connu(e) par l'entreprise, toute réclamation ou poursuite en découlant par la suite sera exclue de l'assurance proposée.

**9. AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

---

En achetant une police d'assurance chez Beazley Canada Limitée, le client consent que ses renseignements personnels, y compris ceux fournis dans le passé, soient collectés, utilisés et divulgués pour les raisons suivantes :

- La communication avec les souscripteurs;
- la souscription;
- l'évaluation d'une réclamation;
- la détection et la prévention de fraude;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- à des fins requises ou autorisées par la loi.

Pour les raisons ci-haut mentionnées, vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux fournisseurs de services de Beazley.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Beazley en contactant leur agent de protection de la vie privée au 416-601-2155.

**10. GARANTIE DE DÉCLARATION**

---

Le soussigné garantit que les faits énoncés dans cette proposition sont au meilleur de sa connaissance exacts. Le soussigné garantit également qu'il n'a ni omis, ni dissimulé aucun fait matériel.

Si l'information déclarée dans cette proposition devait changer entre la date à laquelle la proposition a été signée et la date de l'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il en informera immédiatement l'assureur.

La signature de cette proposition n'engage pas le proposant à prendre la police d'assurance et n'engage ni l'assureur à offrir l'assurance au proposant. Cependant, si l'assureur s'engage à émettre la police d'assurance, cette proposition deviendra la base d'un tel contrat d'assurance et fera partie entièrement de cette police.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_  
(Représentant autorisé)

DATE: \_\_\_\_\_

NOM (caractères d'imprimerie): \_\_\_\_\_

TITRE/POSITION: \_\_\_\_\_