



PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

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. Succursales (le cas échéant) :

4. Société mère : _____

5. Limite de responsabilité demandée : 1 000 000 \$ 2 000 000 \$ Autre: _____ \$

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

6. Date de fondation de l'entreprise : _____

7. Catégorie(s) d'entreprise (veuillez cocher celle(s) qui s'applique(ent)) : Manufacturier Distributeur Recherche & Développement

Veuillez décrire les activités de l'entreprise : _____

8. 1) Que ce soit à partir de votre propre magasin ou par le biais de votre site Web, faites-vous la distribution de vos produits directement au public ? OUI NON
- 2) Vendez-vous des produits par le biais d'infopublicité ? OUI NON
- 3) Vendez-vous des produits par le biais de circuits de commercialisation à paliers multiples ? OUI NON
(Si OUI, cessez de compléter la proposition et contactez votre courtier d'assurance).

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

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

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) : _____ \$
 _____ \$
 _____ \$

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS

10. 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 votre catalogue.

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

(Veuillez joindre une liste si nécessaire)

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 nommés sur la police du fabricant comme assuré additionnel ? OUI NON

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

11. Quel est le nombre total de produits que votre entreprise fabrique/distribue ? _____

Combien de lignes de produits cela représente-t-il ? _____

Vos produits doivent-ils respecter des exigences réglementaires imposées par des autorités ?

Canada OUI NON É.-U. OUI NON

Autre pays OUI NON (Si OUI, veuillez nommer chaque pays).

Si NON, veuillez donner les raisons et joindre la documentation expliquant pourquoi certains produits n'ont pas besoin d'être réglementés ou expliquant quand ces produits seront conformes à la réglementation imposée par les autorités?

12. Veuillez joindre une copie clairement lisible des étiquettes courantes de chaque produit.

13. Avez-vous des produits, incluant tout dérivé, comprenant ce qui suit : androsténodione, dérivés de produit animal, acide aristolochique, butanediol, chaparral, chomper, consoude officinale, créatine, déhydroépiandrosterone, thé Dieter, éphédrine, estazolam, gamma-butyrolactone, acide gamma-hydroxybutyrique, germandrée, germanium, sulfate d'indinavire, Jin Bu Huan, L-tryptophane, mélatonine, contraceptif oral, phentermine, phénylalanine, phénylpropanolamine (PPA), produits tels que des agents mutagènes, substances tératogènes, produits psychotropes, millepertuis commun (St. John's Wort), herbe de stephania ou de magnolier, thimérosal, tiractricol, accélérateur métabolique Trix, vaccins, produits pour la perte de poids, écorce de saule ou de yohimbe? OUI NON

Si OUI, veuillez expliquer :

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

14. Avez-vous des produits dont vous faites la fabrication ou la distribution qui sont vendus ou annoncés comme étant un produit pour le contrôle de poids, que ce soit pour la perte de poids ou le gain de poids ? OUI NON
Si OUI, veuillez énumérer chaque produit séparément et indiquer les revenus pour chacun d'eux.

15. 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.

16. 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	\$	\$	\$

17. Votre entreprise prévoit-elle offrir de nouveaux produits et/ou services au cours des douze (12) prochains mois ? OUI NON
Si OUI, veuillez expliquer :

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. Dans les cas où la stérilisation été donnée en sous-traitance, est-ce que votre entreprise est tenue indemne ? 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 impliqués, les raisons de l'enquête et les résultats.
(Veuillez joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire) :

22. L'entreprise a-t-elle des produits qui ont fait l'objet de mise en garde ou d'avertissement provenant des organismes réglementaires ou comités consultatifs ? OUI NON

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

Si OUI, veuillez donner les détails :

4. PRATIQUES DE GESTION DES RISQUES

23. 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 ? _____
24. 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 ? _____
25. 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 ? _____
26. 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 ? _____
27. Votre entreprise suit-elle les règles de bonne pratique de fabrication (BPF) ? OUI NON
Votre entreprise est-elle inscrite auprès de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) ? OUI NON
Si OUI, à quel niveau ? _____
28. Votre entreprise garde-t-elle des échantillons de vos produits ? OUI NON
Si OUI, pendant combien de temps ? _____
Qui est responsable de garder ces échantillons dans votre entreprise ? _____
29. 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 quels sont les matériaux/produits et comment sont-ils gardés :

30. 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 :

31. 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 :

32. 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 |
33. Votre entreprise garde-t-elle des animaux de laboratoires sur ses lieux ? OUI NON

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

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.

34. Votre entreprise demande-t-elle une couverture 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 (RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE).
35. Est-ce que l'essai clinique prévu a été approuvé par les autorités gouvernementales compétentes ? OUI NON
Si NON, veuillez fournir les détails :

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

37. 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 :

38. Qui sera l'expert clinique en charge/principal ? _____
39. 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 :

40. 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 :

41. 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 – RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE)

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

42. Veuillez indiquer le pourcentage des produits fabriqués par votre entreprise selon les spécifications d'autrui : _____ %

43. Veuillez indiquer le pourcentage des produits fabriqués par votre entreprise selon ses propres spécifications : _____ %

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

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

46. 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
Ingénierie	<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

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

47. 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)		

Lorsque les produits sont fabriqués pour des tiers, est-ce que les tiers fournissent ce qui suit ?

- Étiquette du produit : OUI NON
- Emballage du produit : OUI NON
- Manuel d'instructions du produit : OUI NON
- Manuel publicitaire : OUI NON
- Garantie du produit : OUI NON
- Formation pour l'emballage : OUI NON
- Entretien/réparation du produit : OUI NON

7. RENSEIGNEMENTS SUR LES ASSURANCES

48. 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 : _____

49. 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

50. 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

51. 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 (5) 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

52. Au cours des cinq (5) 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

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

Si OUI, veuillez donner les détails :

53. 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 à cette section 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: _____ DATE: _____
(Représentant autorisé)

NOM (caractères d'imprimerie): _____ TITRE/POSITION: _____