



## ETUDE CYBER - QUESTIONNAIRE PREALABLE

- Dénomination Sociale : .....
- Forme juridique : .....
- Date de création de la société : .....
- Site internet : .....
- Adresse : .....
- N° SIRET : .....
  - Code Naf : .....
  - Description précises des activités de la Société et de chacune de ses filiales :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
- Chiffre d'affaires : .....
  - CA France Métropolitaine : \_\_\_\_\_ (année N) \_\_\_\_\_ (année N-1)
  - Union Européenne : \_\_\_\_\_ (année N) \_\_\_\_\_ (année N-1)
  - USA/Canada : : \_\_\_\_\_ (année N) \_\_\_\_\_ (année N-1)
- Effectif Total : .....
- Nombre de postes informatiques :.....

## DECLARATIONS :

Merci de nous confirmer que :

Vous n'avez pas de <b>filiales</b> immatriculées en dehors de l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE).	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ne réalisez pas (vous et vos filiales) un chiffre d'affaires consolidé HT ou un budget de fonctionnement supérieur à 20.000.000 €	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ne réalisez pas de chiffre d'affaires aux USA CANADA ou inférieur à 30 % du chiffre d'affaires consolidé HT .  Merci de préciser le montant :.....	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ne réalisez pas plus de 20% de votre chiffre d'affaires en ligne	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ne traitez pas plus de 100 000 paiements par carte bancaire par an	<input type="checkbox"/> OUI
Vous disposez de logiciels anti-virus, anti-malware et pare feu	<input type="checkbox"/> OUI
Vous procédez à une mise à jour régulière de ces logiciels sur l'ensemble des dispositifs informatiques, de vos serveurs et réseaux, notamment pour les mises à jour de sécurité - conformément aux recommandations des fournisseurs informatiques...	<input type="checkbox"/> OUI (quotidienne) <input type="checkbox"/> OUI (hebdomadaire)

Vous réalisez des procédures de sauvegarde hebdomadaire sur des équipements déconnectés et/ou externalisés.	<input type="checkbox"/> OUI
Vous disposez de procédures de restauration complètes de vos données	<input type="checkbox"/> OUI
Vous n'avez pas fait l'objet, au cours des 5 dernières années d'une <b>réclamation</b> et/ou n'avez pas connaissance de faits ou circonstances notamment d'une <b>interruption non programmée du réseau d'information</b> supérieure à 24 heures, d'une perte ou d'un vol de données, d'une enquête d'une <b>autorité administrative (CNIL)</b>	<input type="checkbox"/> OUI
Vous n'avez jamais été assuré en Cyber	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ne faites pas l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire	<input type="checkbox"/> OUI

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'accès à votre système d'information est-il soumis à mot de passe changé à minima tous les 3 mois	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Les accès sont-ils systématiquement coupés aux employés lorsqu'ils quittent l'entreprise.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une politique de cryptage de vos données, notamment sensibles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous mis en place un plan régulièrement testé de reprise / de continuation d'activité en cas d'incident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un site internet ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il un outil important pour votre activité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je soussigné(e) .....déclare qu'à ma connaissance, tous les renseignements donnés, que le questionnaire ait été rempli de ma main ou de celle de mon mandataire, sont exacts.

Je reconnais être informé(e) de l'obligation de sincérité des réponses au présent questionnaire et des conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration, à savoir la nullité du contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (Article L 113-9 du Code des Assurances). En signant cette déclaration, je ne suis pas tenu(e) d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais dans le cas où un contrat serait accepté, les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base.

Fait à ..... le ...../...../...../

Signature / cachet



Orias 17004046 – [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

**Courtier d'assurances**

**7 rue de Chauny 35310 BREAL SOUS MONTFORT**

☎ 07.87.13.54.51

Courriel : [cabinet@cyberproassur.fr](mailto:cabinet@cyberproassur.fr)

Les données à caractère personnel fournies sont destinées à l'étude par nos services du risque pour la souscription de contrats d'assurance et la gestion des contrats souscrits et peuvent être communiquées, pour ces mêmes finalités, à nos mandataires...Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vos droits d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, peuvent être exercés en nous contactant à Assur'Pro Courtage 7 rue de Chauny 35310 BREAL SOUS MONTFORT