

## Assurance Risques Cyber à destination des Professionnels de l'Hôtellerie et de la Restauration

Questionnaire de souscription

### Identification du proposant

Raison Sociale :

Adresse du siège social :

Noms et adresses des établissements / filiales à assurer :

### Chiffre d'affaires

Montant du chiffre d'affaires réalisé :

Période comptable du

 /  / 

au

 /  / 

Dernier exercice	Exercice en cours / prévisionnel	Exercice à venir
€	€	€

Nombre d'employés :

### Déclarations

Merci de nous confirmer que :

Vous ne réalisez pas un chiffre d'affaires supérieur à 20.000.000 €	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous déclarez ne pas réaliser plus de 25 % de votre chiffre d'affaires en ligne (Sur internet)	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous ne disposez pas de filiales hors de l'Espace Economique Européen	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous déclarez n'avoir aucune clientèle de nationalité Américaine (USA) ou Canadienne	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous ne traitez pas plus de 500 000 paiements par carte bancaire par an	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Les process de paiement par carte bancaire sont entièrement externalisés (aucune donnée carte bancaire n'est stockée sur votre système d'information)	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous utilisez un antivirus et un firewall à jour	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous êtes en conformité avec le ou les agrément (s) / standard (s) et/ou particulier (s) qui vous sont applicables et vous vous assurez que vos prestataires et/ou fournisseurs le sont également	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous mettez régulièrement à jour les logiciels que vous utilisez	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
L'accès à votre système d'information est soumis à mot de passe changé à minima tous les 3 mois	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Les accès sont systématiquement coupés à vos employés lorsqu'ils quittent votre entreprise	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous déclarez que vos données critiques font l'objet d'une sauvegarde externe ?	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Si oui, quelle est la fréquence de cette sauvegarde ?	.....

### Activités

Vous déclarez exercer une activité dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
--	---

### Questions supplémentaires

Vous déclarez avoir une politique de gestion des données personnelles et de sécurité informatique applicable à l'ensemble de vos établissements ?	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous déclarez avoir une politique de cryptage de vos données, notamment sensibles ?	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>

## Assurance Risques Cyber à destination des Professionnels de l'Hôtellerie et de la Restauration

Questionnaire de souscription

Vous déclarez avoir mis en place un plan régulièrement testé de reprise / de continuation d'activité en cas d'incident ?	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
--	---

### Antécédents

Vous n'avez pas subi un sinistre avéré ou potentiel ou fait l'objet d'une enquête administrative au cours des cinq dernières années	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Vous n'avez pas connaissance d'évènements ou circonstances pouvant donner lieu à la mise en jeu de la garantie	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>
Le preneur d'assurance déclare ne pas être déjà assuré en cyber auprès d'Hiscox ou ne pas avoir demandé de proposition d'assurance au cours des trois derniers mois ?	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>

### Assurance

Date de prise d'effet souhaitée :  Echéance souhaitée :

Mode de règlement :

- Paiement annuel  Paiement annuel par prélèvement automatique
- Paiement semestriel par prélèvement automatique
- Paiement trimestriel par prélèvement automatique
- Paiement mensuel par prélèvement automatique

### Déclaration

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