

CYBERFÖRSÄKRING Frågeformulär och åtgärder

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Företag	Organisationsnummer
Företrädare	

FRÅGOR till alla försäkringstagare:

ÅTGÄRDER (om röd)

1	Har ni installerat kommersiellt viruskydd och brandväggar i hela ert nätverk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	Detta är ett minimikrav.
2	Använder ni lösenord för att skydda alla bärbara enheter, inklusive smarttelefoner och USB-minnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	Försäkringen ersätter inte skador som orsakats av bärbara enheter som saknar lösenord.
3	Tar ni (eller er utomstående tjänsteleverantör) säkerhetskopior på kritisk data minst var sjunde dag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	Detta är ett minimikrav.
4	Har ni under de senaste 12 månaderna drabbats av att nätverket varit ur funktion mer än 4 timmar eller av någon annan cyber incident?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Vänligen ge mer information över händelsen.

FRÅGOR till de försäkringstagare som berörs:

ÅTGÄRDER (om röd)

5	Följer ni PCI riktlinjerna? Payment Card Industry Data Security Standard (PCI DSS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	PCI riktlinjerna är obligatoriska för alla organisationer som tar emot, vidarebefordrar eller lagrar kreditkortsdata. https://www.pcicomplianceguide.org/faq/
---	--	-----------------------------	---	---

FRÅGOR till försäkringstagare med en lönesumma över 10 MSEK

ÅTGÄRDER (om röd)

6	Är all känslig information, så som personuppgifter och hälsouppgifter, krypterad på ert nätverk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	Vänligen ge mer information om vilka känsliga uppgifter som inte är krypterade.
7	Har ni säker uppkoppling till ert nätverk ifall det kan nås utifrån.	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej	Vänligen ge mer information om vilka miljöer som kan nås utifrån.

MER INFORMATION:

Komplettera gällande frågor som kräver mera information fråga nr: _____

MER INFORMATION:

Komplettera gällande frågor som kräver mera information fråga nr: _____

MER INFORMATION:

Komplettera gällande frågor som kräver mera information fråga nr: _____

UNDERSKRIFT

_____	_____
Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift och namnförtydligande