**ЗАЯВА-АНКЕТА**

**НА ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ**

**ЗАМОВНИКА КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

**APPLICATION FORM**

**FOR CUSTOMER’S VOLUNTARY THIRD-PARTY LIABILITY INSURANCE**

**FOR MEDICINAL PRODUCTS CLINICAL TRIALS**

Прошу Акціонерне товариство «Страхову компанія «ІНГО» застрахувати ризик відповідальності перед третіми особами на умовах, викладених в Правилах добровільного страхування відповідальності перед третіми особами №1570179 від 01.02.2007р.

**Суттєве зауваження**

Заявник зобов’язаний надати всю істотну та правдиву інформацію, що може вплинути на прийняття Страховиком рішення про надання страхового покриття та можливих умов страхування. Заявник повинен повідомити також про відомі та такі, що могли б бути відомі, йому факти. Якщо Заявник має сумніви про істотність/значимість відомої йому інформації, він повинен повідомити про неї аби забезпечити повноту страхового покриття.

**Примітка.**

Підписання цієї Заяви на страхування не зобов’язує Заявника укласти Договір страхування.

Ця Заява є невід’ємною частиною договору страхування у разі його укладання і в разі настання страхового випадку страхове відшкодування буде розраховуватись з урахуванням інформації викладеної нижче.

I ask Joint-stock «Insurance Company “INGO” to provide a coverage of third-party liability insurance under the conditions laid down in the “Rules for voluntary Third Parties’ liability insurance” No. 1570179 dated 01.02.2007р. “Rules for voluntary Third Parties’ liability insurance” No. 1070179 01.02.2007

**Substantial remark**

The applicant is obliged to provide all relevant and truthful information that may influence the Insurer's decision to provide insurance coverage and possible insurance conditions. The Applicant must also inform the known facts and the facts that can be known. If the Applicant has doubts about the materiality/significance of the information he/she knows, he/she should inform the Applicant in order to ensure the completeness of the insurance coverage.

**Note.**

The signing of this Insurance Application does not oblige the Applicant to conclude an Insurance Agreement.

This Statement is an integral part of the insurance contract in case of its conclusion and in case of insured event the insurance indemnity will be calculated considering the information stated below.

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ / GENERAL INFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Повна назва Заявника /  |  |
| The Applicant's full name |
| 2.Адреса місцезнаходження / |  |
| Location address |
| 3. Телефон, e-mail, адреса сайту / |  |
| Phone, e-mail, website address |
| 4. Банківські реквізити /  |  |
| Bank account details |
| 5. Контактна особа (ПІБ, дата народження, посада, телефон (моб./ роб.),e-mail) / |  |
| Contact person (full name, date of birth, position, phone (mobile / business), e-mail) |
| 6. Спонсор / | Найменування / |  |
| Full name |
| Адреса / |  |
| Sponsor |
| Location address |
| 7.Контрактна дослідницька організація / | Найменування / |  |
| Full name |
| Адреса / |  |
| Contract research organization |
| Location address |

II. ДАНІ ЩОДО ДОСЛІДЖЕННЯ / INVESTIGATION INFORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| ENGLISH | UKRAINIAN |
|  |
| 1. Investigation Protocol | 1. Протокол дослідження |
| Protocol No |  | № протоколу |  |
| Protocol name |  | Назва протоколу |  |
| Phase |  | Фаза |  |
|  |
| 2. Investigational medicinal product | 2. Досліджуваний лікарський засіб |
| Name of Investigational medicinal product (including the international name of medicinal product) |  | Назва лікарського засобу (в тому числі міжнародна назва лікарського засобу) |  |
|  Name of the pharmacological group, which the Investigational Medicinal Product is related to  |  | Фармакологічна група, до якої відноситься Досліджуваний лікарський засіб |  |
| Name and address of the manufacturer of Medicinal Product: |  | Назва та місцезнаходження виробника Досліджуваного лікарського засобу |  |
| Other medicines (comparator, basic therapy or placebo) |  | Інші препарати, які будуть досліджуватись (препарат порівняння,базова терапія або плацебо) |  |
|  |
| 3. Study participants information | 3. Інформація про учасників дослідження |
| The number of Third Parties participating in the clinical trial |  | people | Кількість Третіх осіб, що беруть участь у клінічному випробуванні |  | чол. |
| The number of Third Parties screened but NOT randomized (screenfailures) into the clinical trial |  | people | Кількість Третіх Осіб, що включені в скринінг, але НЕ будуть брати участь в дослідженні |  | чол. |
| The number of Third Parties screened AND randomized into the clinical trial  |  | people | Кількість Третіх Осіб, що включені в скринінг ТА будуть брати участь в дослідженні |  | чол. |

III. ПРЕТЕНЗІЇ/ ІСТОРІЯ ЗБИТКІВ - CLAIMS / LOSS HISTORY

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Чи мали місце збитки під час попередніх Договорів страхування / | [ ]  так / yes [ ]  ні / no |
| Короткий опис /  |  |
| Were there losses during previous insurance contracts? |
| Brief description |

IV. НЕОБХІДНЕ ПОКРИТТЯ (УМОВИ СТРАХУВАННЯ) / INSURANCE CONDITIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Період страхування / | з | Место для ввода даты. | по | Место для ввода даты. |
| Insurance period | from | to |
| 2. Ліміт відповідальності на одну особу / |  | UAH [ ]  / USD [ ]  / EUR [ ]  |
|  Limit of liability per person |

V. ПЕРЕЛІК ОБОВ’ЯЗКОВИХ ДОКУМЕНТІВ / MANDATORY DOCUMENTS LIST

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Протокол клінічного дослідження | 1. The protocol of clinical trial |
| 2. Брошура дослідника (для досліджуваного продукту) | 2. Investigator’s Brochure (for Medical Product) |
| 3. Інформована згода | 3. Informed consent |

Цим підтверджується, що повідомлені нами в цій заяві відомості є повними і достовірними, і згодні, що ця заява є невід’ємною і складовою частиною договору страхування, що видається по вищевказаному ризику (об’єкту).

Будь-які зміни положень цієї заяви є істотними для оцінки ступеня ризику. Страхувальник зобов’язаний протягом 5 (п’яти) календарних днів повідомити Страховика про будь-які зміни положень цієї заяви.

Ми розуміємо, що не повідомлені або повідомлені нами в некоректному або неповному вигляді відомості надають право АТ «СК «ІНГО» на дострокове припинення або визнання договору страхування недійсним.

Сторони домовилися про те, що Страховик несе відповідальність тільки відповідно до умов договору страхування, а Страхувальник не буде пред’являти іншого роду вимог.

Страховик зобов’язується не розповсюджувати отриману від Страхувальника в цій заяві інформацію.

This is to confirm that information provided in this form is complete and true and agree that this form is a part of insurance agreement, attached to the above-stated risk (exposure unit).

Any alterations to conditions of this form are significant for risk assessment. The insured is obliged to inform the Insurer of any alterations to conditions of this forms within 5 (five) calendar days.

We understand that information, which is not provided, or inaccurate or incomplete information will enable JSIC “INGO” to terminate or deem the insurance agreement null and void.

The parties agreed that the Insurer shall be liable only under terms and conditions of the insurance agreement and the Insured will not intimate any other claims.

The Insurer is obliged not to disclose the information received from the Insured in this form.

**Дата заповнення: / Date of completion:**

**Керівник підприємства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Head of enterprise**

**М.П. / Seal**