

## Avvertenze Importanti

### **(I) Effetti delle dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti.**

È nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione da parte di QBE del rischio che le proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la stipulazione del contratto e la valutazione del rischio relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra.

In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro Broker.

### **(II) Periodicità e mezzi di pagamento del premio**

Il premio è dovuto in un'unica soluzione.

I mezzi di pagamento del premio consentiti dalla Compagnia sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario la Compagnia oppure l'intermediario da quest'ultima incaricato, espressamente in tale qualità.

## Dichiarazione

Io/La sottoscritto/a, nella qualità specificata in calce,

### **Dichiara**

(I) di essere autorizzato/a a compilare e sottoscrivere la presente Proposta/Questionario in nome e per conto dell'Ente / Società Contraente;

(II) che tutte le risposte che precedono sono rilevanti ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, e che sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

(III) di aver preso atto che la presente Proposta/Questionario sarà posta da QBE alla base delle sue determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della Polizza;

(IV) di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente:

Nota informativa, comprensiva di Glossario;

Condizioni di assicurazione;

Questionario/Proposta.

### **Si obbliga**

personalmente e in nome e per conto dell'Ente / Società indicata nel frontespizio, ad informare prontamente QBE qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della Polizza, dovessero intervenire variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, QBE potrà liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc.

**Proponente (timbro e firma)**

**Data**

---

---

# Copertura RC Sperimentazioni Cliniche



## AVVERTENZA PER IL COMPILATORE

Per una corretta impostazione del contratto e ad evitare di incorrere nei disposti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile (Dichiarazioni inesatte e reticenze), è indispensabile rispondere con cura e chiarezza alle domande.

Nr. Polizza (riservato alla direzione) / Policy No.	TBA
Contraente / Policy holder	
Indirizzo / Address	
Cap / Post Code	
Citta' / City	
CF/P.Iva	
N. Protocollo della Sperimentazione / N. Eudract Protocol No. / Eudract No.	TBA
Protocollo della Sperimentazione / Protocol Title	
Decorrenza - Data / Inception date	TBA
Scadenza - Data / Expiring date	TBA
Durata / Duration	
Massimale per soggetto / Sublimit per person	1.000.000,00
Massimale aggregato per l'intera durata / Limit per trial	
Franchigia per sinistro / Deductible	-
Nazione/i in cui si svolge la sperimentazione / Country	Italia
Numero dei centri da assicurare coinvolti nella sperimentazione / Number of centers	
Se Multicentrica, fornire elenco dei centri e numero di pazienti per centro / If Multicentric, provide list of centers and number of patients per center	
Numero totale dei Soggetti / Subjects No.	
Stato di salute dei Soggetti (Buona salute / Affetti da patologia / Terminali) / Health status of Subjects (Good health / Suffering from disease / Terminals)	
Età dei soggetti o intervallo / Age or Age band	>18
Prodotto/principio attivo oggetto della sperimentazione / Product / API	
Prodotto/principio attivo già in commercio? (indicare nome commerciale) / Product / API already on the market?	
Fase della Sperimentazione / Phase	
Obiettivo della sperimentazione / Objective of the trial	
Sperimentazione Profit o NO Profit? / Profit / no profit trial	
CONSENSO INFORMATO (ALLEGARE COPIA) / INFORMED CONSENT (ATTACH COPY)	
Premio Imponibile (riservato alla direzione) / Net premium	
Premio imponibile per soggetto (riservato alla direzione) / Net premium per person	

# Copertura RC Sperimentazioni Cliniche



## Sinistri precedenti

**Siete a conoscenza di eventuali sinistri che hanno coinvolto soggetti che prendevano parte alle sperimentazioni in cui voi eravate lo sponsor negli ultimi 5 anni?**

☐ SI ☐ NO

Se la risposta è "SI", fornire dettagli:

Data avvenimento	Causale del danno	Importo liquidato	Ammontare stimato
	Esiti del sinistro		

## Altre informazioni ritenute utili

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il Proponente autorizza il Broker e le Compagnie che che lo stesso intenderà contattare per il collocamento del rischio, a fare uso dei dati unicamente per la valutazione del rischio stesso e per l'eventuale stipulazione, gestione ed esecuzione del contratto.

La sottoscrizione della Proposta/Questionario non impegna le Parti a contrarre l'assicurazione

Proponente

Data

## **FARMACI - SOSTANZE - PRINCIPI ATTIVI NON RIENTRANTI NELLA COPERTURA**

1. Bupropione
2. Cerivastatine e/o ogni altra statina e/o Fibrati
3. Rabdomiolisi derivante da statine e/o Fibrate
4. Contraccettivi (inclusa pillola anticoncezionale), farmaci per la fertilità e prodotti specificamente progettati e commercializzati per l'uso durante e in connessione con la gravidanza
5. Cox-2 Inhibitors
6. Diethylstilbestrol (DES)
7. Ephedrine e o pseudoephedrine (assicurabili i farmaci da banco contro il raffreddore e/o la tosse)
8. Fluoxetina
9. Metoclopramide
10. Paroxetina
11. Phenylpropanolamine (PPA)
12. Pioglitazone
13. Rosiglitazone
14. Sbiancanti per la pelle o agenti schiarenti
15. Thimerosal e/o Thiomersal
16. Thiazolidinediones
17. Tretinoina / Isotretinona (acido o sale retinoico)
18. Ogni altro farmaco che abbia lo stessa o simile formula chimica, sia un derivato o preparato avente la stessa funzione parificabile alle sostanze sopra
- 19) Qualsiasi prodotto che causi direttamente o indirettamente:
  - (i) Epatiti

(ii) T-Cell leucemia umana del virus di tipo III (HTLViii) o Linfadenopatia Associated Virus (LAV) o mutanti, derivati o variazioni, o in qualsiasi modo collegato Acquired Immune Deficiency Syndrome o sindrome o condizione di un tipo simile in qualunque modo essa deve essere nominato

(iii) la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD), variante di Creutzfeldt-Jakob (vCJD) o la nuova variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob (nvMCJ)

## **FERMA LA NON OPERATIVITA' DELLA COPERTURA PER LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE:**

- a) effettuate sui minori
- b) che riguardano terapie geniche
- c) che riguardano terapie cellulari
- d) che riguardano radiofarmaci
- e) che prevedono 10 anni di copertura a partire dal termine della sperimentazione stessa

NB. Si prega di inviare il presente documento, debitamente compilato, via e-mail al seguente indirizzo:

[mailto: RC-Sperimentazione.clinica@it.qbe.com](mailto:RC-Sperimentazione.clinica@it.qbe.com)

--	--