**Formularz zgłoszenia eksperymentu medycznego**

do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny

w ramach Umowy generalnej nr DZP-48/25

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ubezpieczający i Ubezpieczony | | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  Ul. Aleksandra Fredry 10  61-701 Poznań |
| Zakres terytorialny | | Polska |
| Tytuł eksperymentu | |  |
| Liczba uczestników eksperymentu | |  |
| Okres **ubezpieczenia** eksperymentu  (daty dzienne od …. do .…)1, 2, 3 | |  |
| Rodzaj eksperymentu  (proszę wybrać tylko jedną opcję) | | leczniczy |
| badawczy |
| Badanie materiału biologicznego, w tym  genetycznego |
| Ingerencja w ciało | | tak |
| nie |
| Ubezpieczony | Jednostki Uczelni |  |
| Jednostki spoza Uczelni (jeżeli tak, proszę wymienić) |  |

*W celu zaznaczenia odpowiedniego należy w niego kliknąć prawym przyciskiem myszki i wybrać funkcję „wypełnienie”.*

1. **Okres ubezpieczenia nie może wykraczać poza daty graniczne wskazane w zgodzie Komisji Bioetycznej.**
2. **Ochrona ubezpieczeniowa dla prowadzonego eksperymentu może rozpocząć się od dnia wskazanego na zgodzie wydanej przez Komisję Bioetyczną, pod warunkiem zgłoszenia eksperymentu do ubezpieczenia nie później niż 45 dni od dnia wydania zgody Komisji.**
3. **Można wskazać dowolny termin rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie wcześniejszy niż dzień wskazany na zgodzie KB.**
4. Ochrona ubezpieczeniowa dla eksperymentów trwających dłużej niż 12 miesięcy będzie kontynuowana na tych samych warunkach do czasu zakończenia prowadzonego eksperymentu medycznego.