

## Questionario Proposta Polizza Responsabilità Civile SPERIMENTAZIONE CLINICA

Ragione sociale contraente polizza

Indirizzo

Cap

Città

Pv

Tel

Fax

Email

Cod. Fiscale |

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

Partita Iva |

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

Sponsor

Numero dei pazienti previsti Nr

Durata

I Medici hanno partecipato ad altre sperimentazioni?

Sì

No

Numero centri partecipanti totali Nr.

Fase 1 Nr.

Fase 2 Nr.

Fase 3 Nr.

Fase 4 Nr.

La sperimentazione comporta:

**Operazioni chirurgiche?**  Sì  No

**Mezzi invasivi?**  Sì  No

**Studi per nuovi metodi di trattamento?**  Sì  No

**Gli studi con farmaci comportano pericoli di assuefazione?**  Sì  No

Indicare con una X il caso relativo alla loro sperimentazione:

**Nuovo utilizzo di prodotti conosciuti?**  Sì  No

Se sì quali:

Antibiotici  Anti-Infiammatori  Vaccini  Ginecologia  Malattie cardiache  HIV

**Nuove Formulazioni farmaceutiche?**  Sì  No

Se sì quali:

Antibiotici  Anti-Infiammatori  Vaccini  Ginecologia  Malattie cardiache  HIV

## Questionario Proposta Polizza Responsabilità Civile SPERIMENTAZIONE CLINICA

Sede del comitato etico

Persona di riferimento

Indirizzo

Cap

Città

Pv

Tel

Fax

Email

Sede del comitato etico

Persona di riferimento

Indirizzo

Cap

Città

Pv

Tel

Fax

Email

**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del codice civile, l'assicurando dichiara di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi**

Altre assicurazioni in corso per lo stesso rischio? \_\_\_\_\_  Sì  No

Compagnia \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Massimale € \_\_\_\_\_ Scadenza | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ |

Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazioni \_\_\_\_\_  Sì  No

Con quali motivazioni e da quali compagnie? \_\_\_\_\_

### R.C. Massimale richiesto

€ \_\_\_\_\_

Effetto | | | | Scadenza | | | |

Documentazione da allegare al questionario proposta:

- Protocolli di sperimentazione di cui il comitato etico ha dato parere favorevole.
- Copia del modulo di consenso informato previsto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_  
(Firma)