

POLISA
OBOWIAZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU
PRZEPROWADZAJĄCEGO EKSPERYMENT MEDYCZNY/ COMPULSORY LIABILITY INSURANCE POLICY
OF THE ENTITY CONDUCTING THE MEDICAL EXPERIMENT
O NR 908211688120

UBEZPIECZYCIEL/ INSURER:	Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa
UBEZPIECZAJĄCY/ POLICYHOLDER:	Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy Warszawa 04 – 141, ul. Szaserów 128, NIP: 113-23-93-221, REGON: 015294487,
UBEZPIECZENI/ INSURED:	Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy Warszawa 04 – 141, ul. Szaserów 128, NIP: 113-23-93-221, REGON: 015294487,
ZAKRES UBEZPIECZENIA/ SCOPE OF INSURANCE:	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny
UBEZPIECZONY EKSPERYMENT / INSURED STUDY:	Eksperyment medyczny o poniższym tytule:/ Medical experiment under following title
TYTUŁ EKSPERYMENTU / EXPERIMENT TITLE:	MIREN- opracowanie szybkiej i minimalnie inwazyjnej procedury rozpoznawania endometriozy
LICZBA UCZESTNIKÓW / NUMBER OF PARTICIPANTS:	450 osób / 450 persons
OKRES UBEZPIECZENIA/ PERIOD OF INSURANCE:	Od /from 01.12.2024 do / until 28.02.2030
SUMA GWARANCYJNA / SUM INSURED:	434.340 PLN (as equivalent of EUR 100 000) na jedno i wszystkie Zdarzenia /per any one and all events Równowartość w PLN sumy gwarancyjnej jest ustalana zgodnie z metodą określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 23 grudnia 2020 r w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny. Suma gwarancyjna ograniczona jest do 100.000 EUR dla wszystkich Zdarzeń, które wystąpiły w każdym roku od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.
ZAKRES TERYTORIALNY /TERRITORIAL SCOPE:	Polska / Poland
TERMIN PŁATNOŚCI / PREMIUM PAYMENT DATE:	18.12.2024
SKŁADKA/PREMIUM:	5 040 PLN
NUMER KONTA / BANK ACCOUNT NUMBER:	mBank S.A. 68 1140 1010 0000 5437 9100 1369 (prosimy o podanie numeru polisy w tytule płatności

UBEZPIECZENIE ZESPOŁU BADAWCZEGO, CONTRACT RESEARCH ORGANISATION, KOMISJI BIOETYCZNEJ

§ 1. OSOBY DODATKOWO UBEZPIECZONE / CO-INSURED PERSONS

TUIR Warta obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną;/ TUIR Warta shall also cover the third party liability of:

1. zespołu badawczego obejmującego lekarzy, personel medyczny, konsultantów medycznych oraz inne osoby świadczące usługi medyczne, którzy wykonują czynności na rzecz Ubezpieczonego Podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny;/ the researcher's team consisting of doctors, medical staff, medical consultants and other persons providing medical services, who perform their work on behalf of the Insured Entity conducting a medical experiment,
2. Komisji bioetycznej i jej członków, którzy zaaprobowali ubezpieczony eksperyment medyczny;/ the Ethics Commission and its members, who have approved the insured medical experiment,
3. działającego na zlecenie podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny (tzw. clinical research organisation) w zakresie odpowiedzialności z tytułu ubezpieczonego eksperymentu medycznego./ the entity acting on behalf of the insured, providing services in connection with the organisation of the insured medical experiment (Contract Research Organisation), for the contracted services thereof.

§ 2. ZAKRES UBEZPIECZENIA / SCOPE OF INSURANCE

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną Osób dodatkowo ubezpieczonych za spowodowanie uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci uczestnika eksperymentu medycznego wymienionego w polisie, w zakresie określonym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny./ This insurance covers third party liability of Co-insured persons for causing injury of body, disorder of health or death of the participant of medical experiment indicated in the policy within the scope given by the compulsory liability insurance of the entity conducting the medical experiment.

2. Jeżeli wymienione w p. 1 Osoby dodatkowo ubezpieczone ponoszą odpowiedzialność solidarnie z Ubezpieczonym ochrona ubezpieczeniowa obejmuje ich odpowiedzialność do wysokości ustalonej w polisie sumy gwarancyjnej. W pozostałych przypadkach ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona do wysokości odrębnej sumy gwarancyjnej w wysokości 20 % sumy gwarancyjnej ustalonej w polisie podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny./ If co-insured persons indicated in p.1 are liable jointly and severally with Insured, their liability is covered up to the limit given in the policy. In other cases insurance cover is limited up to 20% of the limit given in the policy for the entity conducting a medical experiment.

§ 3. OBOWIĄZKI OSÓB DODATKOWO UBEZPIECZONYCH/ DUTIES OF CO- INSURED PERSONS

Ochrona ubezpieczeniowa dla Osób dodatkowo ubezpieczonych istnieje pod warunkiem, że przestrzegają oni obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia./ Insurance cover form Co-insured persons exists subject to obeying by them the duties resulting from insurance contract.

WARUNKI UMOWY/ CONDITIONS OF AGREEMENT:

Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny.

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane do WARTY:

- a) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa
- b) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
- c) telefonicznie pod nr 502 308 308,

d) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

2. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.

Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.

3. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:

Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona [www: https://www.knf.gov.pl](https://www.knf.gov.pl)),

Rzecznik Finansowy (strona [www: https://www.rf.gov.pl](https://www.rf.gov.pl)).

W przypadku umów zawieranych przez Internet skargę można złożyć dodatkowo za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) – adres: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/index.cfm?event=main.home.show&lng=PL>.

Warta dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych przez Wartę, a także przysługujących z tego tytułu prawach zostały dołączone do Dokumentu zawierającego informacje o produkcie Ubezpieczeniowym OC podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny. Dostępne są również na stronie www.warta.pl.

Warszawa, 04.12.2024r.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A., Centrala

rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000016432, NIP 521-04-20-047, Wysokość kapitału zakładowego: 187 938 580,00 zł, opłacony w całości.

Za Ubezpieczyciela:

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji
"WARTA" S.A.
Departament Klientów Strategicznych
i Reasekuracji
00-843 Warszawa, rondo I. Daszyńskiego 1
NIP 521-04-20-047 REGON 000017265

EKSPERT
Skoneczna
Katarzyna Skoneczna

EKSPERT
Agnieszka Wilk
Agnieszka Wilk

Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia, otrzymałem i zapoznałem się z dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym (tzw. Kartą IPID), obowiązującymi w dniu zawarcia umowy, mającymi do niej zastosowanie.

Oświadczam, że zapoznałem\em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Wartę i zobowiązuję się przekazać je osobie ubezpieczonej oraz innym osobom, których dane wskazane są w niniejszej polisie.

Podpis Ubezpieczającego / Policyholder's signature