

**CLINICAL TRIALS INSURANCE/ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ  
PROPOSAL FORM / ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**IMPORTANT NOTICE / ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ**

- All questions must be answered / Πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις.
- All information provided is confidential. / Όλες οι πληροφορίες θεωρούνται εμπιστευτικές.
- CROMAR Insurance Brokers Ltd - Lloyd's Coverholder, in compliance with the requirements of the General Data Protection Regulation (GDPR), guarantees the safe storage and processing of your personal data and assures you that these will not be made available to Third Parties for advertising or other purposes but will be used in negotiations with Insurers in the context of your insurance coverage. / Η "CROMAR Insurance Brokers, Ανταποκριτές Lloyd's" στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, σας εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και δηλώνει υπεύθυνα πως αυτά δεν πρόκειται να διατεθούν σε Τρίτους για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά θα χρησιμοποιούνται στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.

**1. INSURED (POLICY HOLDER) / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)**

Country of clinical trial/ Χώρα διεξαγωγής κλινικής δοκιμής:		
Name/ Επωνυμία:		
Address/ Διεύθυνση:		
Tel.:	Email:	Website:
Tax Number / ΑΦΜ / ΔΟΥ: ..... / .....		

**2. GENERAL QUESTIONS / ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

1.	EudraCT number (if available)/ Αριθμός EudraCT (αν είναι γνωστός):	
2.	Protocol number/ Αριθμός πρωτοκόλλου:	
3.	Title of study/ Τίτλος δοκιμής:	
4.	Tested drug (substance, name, producing company)/ Υπό δοκιμή φάρμακο (ουσία, ονομασία, εταιρεία παραγωγής)	
5.	Phase of clinical development of the trial/ Φάση κλινικής δοκιμής:	
6.	Number of participants tested/ Αριθμός συμμετεχόντων:	
7.	Trial Period / Περίοδος δοκιμής Start Date/ Ημερομηνία Έναρξης:	End Date/ Ημερομηνία Λήξης:
8.	List of investigators and centres involved/ Λίστα συμμετεχόντων ερευνητών και κέντρων: - - - -	
9.	Have any previous trials for this drug been suspended due to safety reasons? / Έχει στο παρελθόν διακοπεί δοκιμή του φαρμάκου για λόγους ασφαλείας;	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
10.	Does the study involve children or pregnant women/ Συμμετέχουν στη δοκιμή παιδιά ή έγκυοι	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
11.	Have serious side effects been seen in patients taking this product?/ Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές παρενέργειες ασθενών στο συγκεκριμένο προϊόν;	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

12.	Is the tested product any of the following? Nicotine, Silicone implants/gels/oils, Inerferon, Blood products, Hormones/Hormone Replacement Therapy (HRT)/ <i>Ανήκει το προϊόν της δοκιμής σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες; Νικοτίνη, Εμφυτεύματα/gel/έλαια σιλικόνης, Ιντερφερόνη, Προϊόντα αίματος, Ορμόνες/Θεραπείες Ορμονικής Υποκατάστασης</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
13.	Does the study involve tissue and/or cell technology? / <i>Περιλαμβάνει η δοκιμή τεχνολογία ιστών και/ή μοριακή τεχνολογία;</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Where YES, mention Nr of question and describe/ <i>Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αρ. ερωτήσεων και περιγράψτε:</i>		
14.	In which therapy area does the drug belong? <i>Σε ποια κατηγορία θεραπείας ανήκει το φάρμακο;</i>	
	<input type="checkbox"/> Antibiotics/ <i>Αντιβιοτικό</i> <input type="checkbox"/> Anti-inflammatory/ <i>Αντιφλεγμονώδες</i> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/ <i>Καρδιαγγειακό</i> <input type="checkbox"/> Gynecological/ <i>Γυναικολογικό</i> <input type="checkbox"/> Vaccine/ <i>Εμβόλιο</i> <input type="checkbox"/> IAA / HIV <input type="checkbox"/> Cancer/ <i>Καρκίνος</i> <input type="checkbox"/> Other (specify)/ <i>Άλλο (αναφέρατε):</i>	

**Please attach the Clinical Trials Protocol/ Παρακαλούμε επισυνάψτε το Πρωτόκολλο Κλινικών Δοκιμών**

I declare that the statements and particulars in this Proposal are true and that I/We have not mis-stated or suppressed any material facts. In case insurance cover is concluded, I/We agree that this Proposal together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any Contract of Insurance effected thereon./

*Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Στην περίπτωση που συναφθεί ασφαλιστική κάλυψη, συμφωνείται η Πρόταση αυτή να αποτελέσει την βάση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου στα πλαίσια του οποίου αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την Ασφαλιστική Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία της Πρότασης.*

Date / Ημερομηνία ..... / ..... / .....

Signature / Name (Partner/Principal/Director):  
Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο (Εταίρος ή Διευθυντής)