

В АО «ГАРДИЯ»
125315, Россия, г. Москва, Ленинградский проспект,
д. 72, корп. 3, этаж 11, БЦ «Алкон»

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Уведомление о событии, имеющем признаки страхового, по обязательному страхованию жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата

Пожалуйста, заполните все поля на основании информации, которая известна на момент заполнения, приложите подтверждающие документы и подпишите. Немедленно сообщите о дополнительной информации, сразу после ее получения. Если вопрос не является применимым, введите «неприменимо».

| | | |
|-----|---|--|
| 1. | Страхователь | |
| 2. | Застрахованное лицо: ИИК | |
| 3. | Полис №, дата | |
| 4. | Адрес места происшествия | |
| 5. | Дата и время происшествия | |
| 6. | Наименование клинического исследования | |
| 7. | Описание происшествия | |
| 8. | Подробное описание характера повреждений и/или вреда жизни или здоровью | |
| 9. | Основания для признания наличия причинно-следственной связи между наступлением заявляемого события и участием застрахованного лица в клиническом исследовании | |
| 10. | Ответственное лицо Страхователя, его должность и контакты | |
| 11. | Подан ли иск | |
| 12. | Если да, то просьба сообщить суд и номер дела | |

Декларация

Настоящим заявляю, что все вышеупомянутые данные являются истинными и верными, и что никакая информация, относящейся к этой претензии, не удержана или скрыта.

Должность, основание полномочий, ФИО, подпись