

药物临床试验责任险投保单

投保单编号：

投保人信息

*名称（全称）	天士力医药集团股份有限公司
*组织机构代码	9112000023944464XD
*联系人及身份信息	苏桐
*联系人地址及电话	地址：天津市北辰区汀江路1号天士力大健康城（二产业园区）；电话：022-84498728

被保险人信息

☒ 被保险人信息与投保人相同（无需填写被保险人信息栏） ☐ 被保险人信息与投保人不同（请填写不同项）

*名称（全称）	天士力医药集团股份有限公司
*组织机构代码	
*联系人及身份信息	
*联系人地址及电话	

试验申办者信息

*临床试验申办者名称	天士力医药集团股份有限公司
*临床试验申办方地址：	天津市北辰区汀江路1号
*联系电话	022-84498728

若上述投保机构或申办者本身不是试验中心，请注明试验中心、研究人员是否将作为补充被保险人在本保险中保障。

☐ 是 ☒ 否

如有其他单位需作为附加被保险人，请列明：

单位名称：_____

与本试验关系：_____

临床试验信息

*试验药品名称	香橘乳癖宁胶囊
*临床试验方案名称	香橘乳癖宁胶囊治疗乳腺增生病（肝郁痰凝证）有效性和安全性的随机、双盲、安慰剂平行对照、多中心Ⅱ期临床研究
*试验药物分类	<input type="checkbox"/> 化学药物 <input checked="" type="checkbox"/> 中药 <input type="checkbox"/> 生物制品（治疗用） <input type="checkbox"/> 生物制品（预防用） <input type="checkbox"/> 其他
*药物适应症	<input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心脏类疾病 <input type="checkbox"/> 生育类疾病 <input type="checkbox"/> 疫苗试验 <input type="checkbox"/> 生物等效性 <input type="checkbox"/> 药代动力学 <input checked="" type="checkbox"/> 其它 乳腺增生症
*用药方法	<input type="checkbox"/> 静脉用药 <input type="checkbox"/> 肌肉或其它注射 <input type="checkbox"/> 多组分生化药品 <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 粘膜 <input type="checkbox"/> 皮肤外用 <input type="checkbox"/> 其他

*试验阶段	<input type="checkbox"/> 一期 <input checked="" type="checkbox"/> 二期 <input type="checkbox"/> 三期 <input type="checkbox"/> 四期
*计划试验完成期间	自 2019 年 7 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日 (二年)
试验结束后是否有观察期, 如有, 请列明	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 自 年 月 日至 年 月 日
*本试验受试者人数	180 例
主试验中心名称	上海中医药大学附属曙光医院 北京中医药大学东方医院 北京中医药大学东直门医院 保定市第一中医院 广州中医药大学第一附属医院 广东省中医院 潍坊市中医院
主试验中心地址	
如有其它分试验中心 请列明	
主要研究者姓名	
参加研究者姓名	

投保信息

保险期间	自 2019 年 7 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日 (二年)	
追溯期	0	
赔偿限额	每次事故每人赔偿限额	20 万
	每次事故赔偿限额	100 万
	累计赔偿限额	200 万
免赔额	2000 元	
承保区域	中国境内	
总保险费:	小写: ¥13500.00 大写: 人民币壹万叁仟伍佰元整。 备注: 以上费用是按照受试者例数 180 例计算的; 若增加人员, 需另收取费用 70 元/人(含税)。	
特别约定	理赔服务提示: 如您在保险合同生效期间不幸发生保险事故, 请在 48 小时内通过热线电话 95500 报案, 我们将在接到您报案后的 1 个工作日内与您联系, 指导并协助您办理理赔事宜。 中国太平洋财产保险股份有限公司	

	<p align="center">临床试验责任保险（B款）条款</p> <p align="center">注册号：C00001430912017051119851</p> <p>每次事故法律费用限额：共用每次事故 100 万限额（即每次事故人身损害及财产损失的损害赔偿金加法律费用合计不超过 100 万）</p> <p>（1）预付赔款条款（50%）</p> <p>兹经双方同意，发生责任范围内的损失后，保险人应按被保险人的要求和损失理算人的建议对该损失作 50% 的预付赔款。</p> <p>（2）错误和遗漏条款</p> <p>兹经双方同意，被保险人的利益不因任何错误描述、变更使用用途、非故意地或疏忽地违反保单条款和条件，以及任何遗漏、错误、不当估价或对利益、风险和财产的不当描述而遭受损害。但是被保险人一旦发现上述情况，应立即通知保险人。</p>
<p align="center">付费日期</p>	<p align="center">（规定：自签署合同之日起 30 个工作日内）</p>
	<p align="center">请注意，支付保费为本保单的生效要件，如未按时支付保费则本保单不生效。</p>
<p align="center">争议处理</p>	<p>若投保人/被保险人与保险人发生争执，不能达成协议，被保险人自愿采取的解决方式：</p> <p align="center"> <input checked="" type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 仲裁 </p>
<p align="center">保险人（保险公司）提示</p> <p>1、本投保单为保险合同的组成部分。请投保人在填写投保单之前仔细阅读保险条款（包括主险和附加险），尤其是加黑突出标注的、免除保险人责任的条款内容，并听取保险公司业务人员对条款的说明以及对免除保险人责任条款的明确说明，如有不明白或有疑义的，请及时询问保险公司业务人员。</p> <p>2、保险人承保后，保险期间内，投保人或被保险人一旦发现出险，为便于保险人进行现场查勘，加快理赔，请投保人或被保险人于 48 小时内及时拨打 95500 报案电话进行报案。</p> <p>3、中国太保（是指中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的子公司，以及中国太平洋保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司）对您提供的资料承担保密义务，中国太保将采取恰当的物理、电子、管理技术手段保护投保人提供的资料，同时，采取适当的安全措施保护投保人提供的资料免于未经授权的访问、使用或泄露。</p>	
<p align="center">投保人声明</p> <p>1、本投保人已经收悉并仔细阅读保险条款，尤其是加黑突出标注的、免除保险人责任的条款内容。保险公司业务人员已就本合同所涉及的所有免除保险人责任条款的概念、内容及其法律后果向本投保人做出了通俗的、本投保人能够理解的解释和明确说明，本投保人对其真实含义和法律后果完全理解，没有异议，特签字、盖章予以确认并申请投保。</p> <p>2、基于为本投保人及被保险人提供更优质服务和产品的目的，除法律另有规定外，本投保人授权中国太保可以从相关</p>	

单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本投保人及被保险人有关的资料和证明。

3、除法律另有规定外，本投保人同意中国太保及其认为业务必要而委托的第三方将本投保人提供的全部资料、享受中国太保服务产生的信息，以及从相关单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取的资料和证明，用于为本投保人及被保险人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。

4、本投保人及被保险人兹声明所填上述内容（包括投保单及投保附件）属实。

投保人签章：

投保日期： 年 月 日