



Trinity Souscription Ltée
121 Rue King Ouest, Bureau 1100,
Toronto, Ontario, M5H 3T9 Canada
T: (416) 363-3431
info@trinityunderwriting.ca
www.trinityunderwriting.ca

QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE D'ESSAI CLINIQUE PROPOSITION

INSTRUCTIONS

- Veuillez s.v.p. compléter toutes les questions. Si l'une d'elles ne s'applique pas, s.v.p. répondre "N/A"
- Si plus de place est requise pour une des réponses, veuillez s.v.p. continuer cette réponse dans la section des INFORMATIONS ADDITIONNELLES à la fin de cette proposition.
- Assurez-vous que cette proposition soit signée et datée par un propriétaire, un associé ou un dirigeant de l'entreprise et que celui-ci procède aux vérifications nécessaires auprès de ses pairs, partenaires, associés, dirigeants et employés afin de valider l'exactitude de toutes les réponses.
- **Afin d'utiliser le bouton Soumettre pour soumettre directement votre demande, veuillez d'abord télécharger l'application.**

Couverture	Limite Requise	Franchise Requise
Responsabilité des produits	CAD \$	CAD \$
Essais cliniques	CAD \$	CAD \$

Date d'entrée en vigueur de la politique:

SECTION 1: DÉTAILS DE L'ENTREPRISE

1.1 Veuillez fournir les détails suivants:

Demandeur: _____

Adresse: _____

Ville/Prov./Code Postal: _____

Noms supplémentaires/Emplacements: _____

SECTION 2: ESSAIS CLINIQUES

2.1 Tous les essais cliniques sont-ils conformes à:

- a. Aux autorités gouvernementales appropriées
- b. À l'approbation du comité d'éthique
- c. Aux directives de l'I.C.H

☐ Oui ☐ Non

2.2 Votre entreprise sous-traite-t-elle des essais cliniques?

- a. Si oui, avec qui et pour quels services:

☐ Oui ☐ Non

2.3 Votre entreprise a-t-elle un contact direct avec les patients?

☐ Oui ☐ Non

2.4 Votre entreprise recherche-t-elle ses propres sujets?

- a. Si externalisé, veuillez indiquer la source:

☐ Oui ☐ Non

2.5 Veuillez fournir les détails des essais cliniques menés au cours des 12 DERNIERS mois

Date de début	Date de fin	Étude complète	Phase	# de Sujets		Territoire si NON au Canada
				Est.	Inscrits à ce jour	

2.6 Veuillez fournir les détails des essais cliniques prévus au cours des 12 PROCHAINS mois:

Date de début	Date de fin	Étude complète	Phase	# of Sujets		Territoire si NON au Canada
				Est.	Enrolled à ce jour	

2.7 Est-ce que tous les participants doivent signer un consentement éclairé et un accord exonératoire? ☐ Oui ☐ Non

a. Si non, veuillez expliquer:

2.8 Est-ce que des employés du demandeur fournissent des services médicaux directs aux patients pendant les essais cliniques?

☐ Oui ☐ Non

a. Si oui, veuillez décrire les services fournis:

2.9 Est-ce que votre entreprise détient des virus vivants dans ses locaux? ☐ Oui ☐ Non

a. Si oui, veuillez décrire lesquels et à quelles fins:

SECTION 3: DÉCLARATION

Je déclare qu'après une vérification approfondie, les informations fournies dans ce formulaire de demande sont véridiques et complètes, et que je n'ai ni dénaturé ni omis un fait matériel.

- J'accepte que ce formulaire de demande, ainsi que toute autre information importante fournie par moi, constitue la base du contrat d'assurance
- Je m'engage à informer les assureurs de toute modification importante de ces faits survenue avant le début de la police.

Signé: _____

Nom complet: _____

Poste occupé: _____

Date: _____

Pour utiliser le bouton Soumettre et envoyer directement votre demande, veuillez d'abord **télécharger** le formulaire de demande.

SECTION 4: INFORMATIONS ADDITIONNELLES

INFORMATIONS ADDITIONNELLES