

**PAGRINDINIŲ TYRĖJŲ IR BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ UŽSAKOVŲ CIVILINĖS ATSAKOMYBĖS PRIVALOMOJO DRAUDIMO LIUDIJIMAS (POLISAS)**

Nr. LBS20975239A.

**Draudėjas:** Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija *2020-07-13 N/A S-202*  
Biudžetinės įstaigos kodas 188603472  
Vilniaus str. 33, LT-01506, Vilnius, Lithuania

**Apdrausti asmenys:** pagrindiniai tyrėjai pagal Priedą Nr. 1 prie Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo liudijimas (poliso) Nr. **LBS20975239A.**

**Sutarties galiojimas:** Pradžia: 27.04.2020 00:00 val.  
Pabaiga: 27.04.2021 24:00 val.

**Papildomas laikotarpis reikalavimo pareiškimui** 5 (penkeri) metai po Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo liudijimo (poliso) Nr. LBS20975239A. galiojimo pabaigos.

**Draudimo objektas:** apdraustojo turtiniai interesai, susiję su įstatymuose numatyta apdraustojo civiline atsakomybe už žalą, padarytą nukentėjusiems tretiesiems asmenims biomedicininio tyrimo metu, ar žalą, atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo pasekmė.

**Draudimo grupė:** bendrosios civilinės atsakomybės draudimas.

**Draudimo rūšis:** pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomasis draudimas.

**Apdrausta rizika:** *"apdraustojo civilinė atsakomybė už žalą, padarytą nukentėjusiems asmenims biomedicininio tyrimo „Tarptautinio atsitiktinių imčių klinikinio vaistinio preparato tyrimo siekiant įvertinti papildomą gydymą hospitalizuotiems pacientams, sergantiesiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) ir gaunantiems vietinį standartinį gydymą (Solidarumo tyrimas) (angl. An international randomised trial of additional treatments for COVID-19 in hospitalised patients who are all receiving the local standard of care (SOLIDARITY trial)) " metu, ar žalą, atsiradusią kaip šio biomedicininio tyrimo pasekmė."*

**Pacientai/tiriamieji asmenys:** 40

**Teritorijos riba:** Lietuva

**Draudimo suma:** maksimali draudimo atlyginimo suma yra EUR 29,000 dėl vieno tiriamojo dalyvavimo biomedicininiam tyrimo, maksimaliai EUR 1,000,000 už visus draudiminius įvykius per draudimo laikotarpį bendrai.

**Išskaita (franšizė):** išskaita netaikoma

**Draudimo premija:** draudimo premija sudaro EUR 13,000  
Draudimo premija EUR 9,000 turi būti sumokėta iki 27.05.2020  
AP EUR 4,000 turi būti sumokėta iki 22.08.2020

**Draudimo pagrindas:** "Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo taisyklės", patvirtintos Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 31 d. įsakymu V-1584;

**Draudikas:** Lloyd's Insurance Company S.A.  
Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgium

**Jo atstovas:** Dr Tomas Kontautas  
„Lloyd's" generalinis atstovas Lietuvoje  
c/o Sorainen, Gedimino pr.44A, Vilnius LT-01110, Lietuva  
Telefonas: +370 52 649 376; Faksas: +370 52 685 041

Draudimo liudijimas yra surašytas dviem egzemplioriais lietuvių kalba po viena kiekvienai sutarties šaliai. Draudimo įmokos pagal šią draudimo sutartį yra mokamos EUR. Visi kiti mokėjimai pagal šią sutartį yra atliekami EUR.

Draudėjas savo parašu patvirtina, kad yra tinkamai supažindintas su "Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo taisyklėmis" ir jam įteikta jų kopija.

Londonas, 2020-06-23  
London,

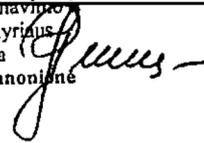
For and on behalf of Newline  
Underwriting Management Limited,  
as agent of the Underwriter(s),  
Lloyd's Insurance Company S.A.



Ministry of Health of The Republic of Lithuania

Laikiniai vykdanči ministerijos  
kanclerio funkcijas

Strateginio planavimo  
valdymo skyriaus  
vedėja  
Raimonda Janonienė



PRIEDAS Nr. 1

prie Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų  
užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo  
draudimo liudijimo (poliso)

Nr. LBS20975239A.

Draudėjas: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija  
Biudžetinės įstaigos kodas 188603472  
Vilniaus str. 33, LT-01506, Vilnius, Lithuania

Pagrindinių tyrėjų ir tyrėjų sąrašas:

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos, VšĮ/ Vilnius University Hospital Santaros clinics  
Santariškių str. 14, LT-08611, Vilnius, Lithuania:

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Ilgoninė Kauno klinikos / Hospital of Lithuanian University of Health  
Sciences Kauno klinikos  
Eivenių str.2, LT-50161, Kaunas, Lithuania:

Šia draudimo sutartimi apsauga suteikiame ir bet kuriam tyrimų centrui, Pagrindiniam tyrėjui ar tyrėjui kuris įsitraukia į  
tyrimą draudimo sutarties galiojimo metu.

Šis dokumentas surašytas dviem egzemplioriais lietuvių kalba.

Londonas, 2020-06-23

For and on behalf of Newline

Underwriting Management Limited,  
as agent of the Underwriter(s),  
Lloyd's Insurance Company S.A.



Ministry of Health of The Republic of Lithuania

Laikiniai vykdanči ministerijos  
kanclerio funkcijas  
Strateginio planavimo  
valdymo skyriaus  
vedėja  
Raimonda Janonienė



„Lloyd's Insurance Company S.A.“ yra Belgijos ribotos atsakomybės bendrovė (*société anonyme/naamloze vennootschap*), registruotosios buveinės adresas: Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Briuselis, Belgija, registruota „Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen“, numeris 682.594.839 RLE (Briuselis). Tai draudimo bendrovė, kurios veiklą prižiūri Belgijos nacionalinis bankas. Įmonės identifikacinį numerį (-ius) ir kitą informaciją galima rasti [www.nbb.be](http://www.nbb.be).

Interneto svetainės adresas: [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels). El. paštas: [enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com](mailto:enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com).

Banko duomenys: „Citibank Europe plc“ Belgijos filialas, Boulevard General Jacques 263G, Briuselis 1050, Belgija – BE46570135225536.

**PATVIRTINTA**  
sveikatos apsaugos ministro  
2015 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-  
1584 redakcija

**PAGRINDINIŲ TYRĖJŲ IR BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ UŽSAKOVŲ CIVILINĖS  
ATSAKOMYBĖS PRIVALOMOJO DRAUDIMO TAISYKLĖS**

## **I. SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS**

Biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo taisyklės (toliau – taisyklės) nustato Biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo sutarties (toliau – draudimo sutartis) sąlygas ir turinės ir neturinės žalos tiriamojo sveikatai dydžio apskaičiavimo ir atlyginimo tvarką.

2. Sudarius draudimo sutartį, taisyklėse nurodytos draudimo sutarties sąlygos tampa draudimo sutarties dalimi.

3. Taisyklėse vartojamos sąvokos:

3.1. Apdraustasis – biomedicininio tyrimo užsakovas, pagrindinis tyrėjas, tyrėjai ir kiti biomedicininį tyrimą atliekantys asmenys, kurių turiniai interesai, atsirandantys iš civilinės atsakomybės, yra draudžiami. Šie asmenys laikomi apdraustaisiais ir tuo atveju, kai jie nėra nurodyti draudimo sutartyje (draudimo liudijime).

3.2. Draudėjas – biomedicininio tyrimo užsakovas arba pagrindinis tyrėjas, arba ekstremaliosios situacijos metu valstybės institucija, kurios interesas yra atlikti biomedicininį tyrimą, kuris arba kreipėsi į draudiką dėl draudimo sutarties sudarymo, arba kuriam draudikas pasiūlė sudaryti draudimo sutartį, arba kuris sudarė draudimo sutartį su draudiku.

3.3. Draudikas – asmuo, teisės aktų nustatyta tvarka turintis teisę vykdyti pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomąjį draudimą.

3.4. Nukentėjęs trečiasis asmuo – nukentėjusiu trečiuoju asmeniu laikomas:

3.4.1. asmuo, dalyvaujantis arba dalyvavęs biomedicininiame tyrime kaip tiriamasis, kuriam žala sveikatai, taip pat su tuo susijusi neturtinė žala atsirado kaip biomedicininio tyrimo pasekmė;

3.4.2. asmuo, pagal įstatymus turintis teisę į žalos dėl tiriamojo mirties ir su tuo susijusios neturinės žalos, atsiradusių kaip biomedicininio tyrimo pasekmė, atlyginimą;

3.4.3. tiriamojo palikuonis, kuriam žala sveikatai, taip pat su tuo susijusi neturtinė žala atsirado kaip biomedicininio tyrimo pasekmė.

3.5. Kitos taisyklėse vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse (toliau – Civilinis kodeksas), Lietuvos Respublikos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatyme ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

## **II. SKYRIUS DRAUDIMO OBJEKTAS**

4. Draudimo objektas yra apdraustojo turiniai interesai, susiję su įstatymuose numatyta apdraustojo civiline atsakomybe už taisyklių 3.4 papunktyje nurodytą žalą (toliau – žala), atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo pasekmė.

5. Apdraustojo turiniai interesai, susiję su sutartyje tarp apdraustojo ir tiriamojo numatyta apdraustojo civiline atsakomybe už žalą nukentėjusiems tretiesiems asmenims, atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo pasekmė, jei tokia sutartis išplečia apdraustojo civilinės atsakomybės ribas, palyginti su įstatymų nustatytais civilinės atsakomybės ribomis, nėra draudimo objektas.

## **III. SKYRIUS DRAUDŽIAMASIS ĮVYKIS**

6. Draudžiamasis įvykis yra nukentėjusio trečiojo asmens reikalavimas dėl žalos atlyginimo, pareikštas draudikui ar apdraustajam, jeigu jis atitinka šias sąlygas:

6.1. reikalavimas pareikštas rašytinės pretenzijos ir (ar) ieškinio forma;

6.2. reikalavimas pareikštas biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo apsaugos laikotarpiu, nurodytu Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymo 12 straipsnio 4 dalyje;

6.3. reikalavimas pareikštas atlyginti žalą, atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo, vykdomo turint atitinkamai regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto, Lietuvos bioetikos komiteto, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos galiojančią leidimą atlikti biomedicininį tyrimą, pasekmė;

6.4. biomedicininis tyrimas buvo atliekamas Lietuvos Respublikoje.

7. Jeigu nukentėjusiam trečiajam asmeniui žala, dėl kurios buvo pareikštas reikalavimas, atitinkantis taisyklių 6 punkte nustatytas sąlygas, padidėjo po reikalavimo pareiškimo momento, vėlesnis reikalavimas atlyginti padidėjusią žalą, net jei jis pareikštas pasibaigus taisyklių 6.2 papunktyje nurodytam laikotarpiui, yra draudžiamasis įvykis.

## **IV. SKYRIUS NEDRAUDŽIAMIEJI ĮVYKIAI**

8. Nedraudžiamieji įvykiai yra reikalavimai atlyginti:

8.1. žalą, atsiradusią dėl tiriamojo tyčinės veikos arba dėl nenugalimos jėgos (force majeure) aplinkybių;

8.2. žalą, atsiradusią dėl apdraustojo tyčios, išskyrus žalos gyvybei ar sveikatai atvejus;

8.3. žalą, atsiradusią dėl apdraustojo veiksmų, atliktų po informacijos apie Lietuvos bioetikos komiteto, regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministerijos sprendimą panaikinti arba sustabdyti leidimo atlikti biomedicininių tyrimų galiojimą gavimo dienos;

8.4. Žalą dėl pastojimo (išskyrus žalą sveikatai), kai žalos priežastimi buvo tiriamieji preparatai, skirti nėštumui išvengti ar gimstamumui kontroliuoti, išskyrus atvejus, kai draudimo sutarties šalių susitarimu nustatyta, jog reikalavimas atlyginti šlame papunktyje nurodytą žalą nėra nedraudžiamasis įvykis;

8.5. Žalą, atsiradusią dėl jonizuojančiosios spinduliuotės poveikio, išskyrus atvejus, kai biomedicininio tyrimo protokole numatyta, jog biomedicininio tyrimo metu tiriamasis bus veikiamas jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių;

8.6. Žalą nukentėjusio trečiojo asmens turtui, atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo pasekmė, išskyrus atvejus, kai šalys susitarė, jog reikalavimas atlyginti žalą nukentėjusio asmens turtui nėra nedraudžiamasis įvykis.

## **V. SKYRIUS DRAUDIMO SUMA IR DRAUDIMO ĮMOKA**

9. Biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo suma turi atitikti Lietuvos Respublikos biomedicininių tyrimų etikos įstatymo 12 straipsnio 4 dalyje nustatytus reikalavimus.

10. Išmokėjus draudimo išmokos dalį nukentėjusiems tretiesiems asmenims, kuriems žala atsirado kaip biomedicininio tyrimo pasekmė, draudimo sumos dydis tiems nukentėjusiems tretiesiems asmenims sumažėja išmokėtos draudimo išmokos dalies dydžiu.

11. Draudimo įmokos dydį nustato draudikas, atsižvelgdamas į draudimo rizikos įvertinimo rezultatus. Draudimo įmokos dydis nurodomas draudimo liudijime.

12. Draudimo įmoką draudėjas moka pinigais. Šalių susitarimu draudimo įmoka gali būti vienkartinė arba mokama dalimis.

13. Jei draudėjas laiku nesumoka draudimo įmokos dalies (išskyrus pirmąją draudimo įmokos dalį), nuo nesumokėtos sumos skaičiuojami delspinigiai ir (ar) palūkanos, kurių dydis nustatomas šalių susitarimu arba, šalims nesusitarus, įstatymų nustatyta tvarka.

## **VI. SKYRIUS DRAUDIMO SUTARTIES SUDARYMO IR ĮSIGALIOJIMO TVARKA**

14. Draudimo sutartis sudaroma rašytine forma. Draudimo sutarties sudarymą patvirtina draudiko išduodamas Pagrindinių tyrėjų ir biomedicininių tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo liudijimas, kuriame privalo būti Civilinio kodekso 6.991 straipsnyje nurodyti rekvizitai.

15. Draudėjas, ketindamas sudaryti draudimo sutartį, pateikia draudikui užpildytą raštišką prašymą. Raštiško prašymo turinį ir formą nustato draudikas.

16. Iki draudimo sutarties sudarymo draudėjas ir, jei draudikas reikalauja, numatomas apdraustasis privalo suteikti jam žinomą ir reikšmingą draudimo rizikai įvertinti bei draudimo sutarčiai sudaryti informaciją, kurią draudikas prašo nurodyti raštiškame prašyme arba dėl kurios papildomai teiraujasi raštu, taip pat draudiko reikalavimu pateikti turimus dokumentus, reikšmingus draudimo rizikai įvertinti bei draudimo sutarčiai sudaryti.

17. Draudikas neturi teisės atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, išskyrus tuos atvejus, kai draudėjas ir (ar), jei draudikas reikalauja, numatomas apdraustasis neįvykdo taisyklių 16 punkte numatytos pareigos. Draudiko atsisakymas sudaryti draudimo sutartį gali būti skundžiamas teismui. Draudiko atsisakymas sudaryti draudimo sutartį privalo būti rašytinis.

18. Jei draudėjas ir (ar) numatomas apdraustasis neįvykdo taisyklių 16 punkte nustatytos pareigos, ir tai žinodamas draudikas vis tiek sudaro draudimo sutartį, tai draudikas, naudodamasis XX skyriuje nurodytomis teisėmis, negali remtis tuo, kad taisyklių 16 punkte numatyta pareiga neįvykdyta.

19. Draudimo sutartis laikoma sudaryta šalių susitarimą dėl draudimo sutarties sąlygų patvirtinus parašais ir antspaudais (anspaudas yra būtinas tik tuo atveju, jeigu sutarties šalis yra juridinis asmuo ir pareiga turėti antspaudą nustatyta juridinio asmens steigimo dokumentuose) bei draudėjui sumokėjus draudimo įmoką ar jos dalį, jei šalys susitarė, jog draudimo įmoka yra mokama dalimis. Draudimo sutartis įsigalioja nuo šalių susitarimu nustatytos datos, kuri turi būti nurodyta draudimo liudijime.

20. Draudimo liudijimas draudėjui išduodamas tik sudarius draudimo sutartį.

21. Draudėjas privalo raštu informuoti apdraustąjį apie sudarytą draudimo sutartį.

## **VII. SKYRIUS DRAUDIMO SUTARTIES TERMINAS**

22. Draudimo sutartis sudaroma terminui, kuris apima laikotarpį nuo vieno biomedicininio tyrimo pradžios iki pabaigos.

23. Jei pradėtas biomedicininis tyrimas nepabaigiamas iki draudimo sutarties termino pabaigos, draudimo sutarties terminas automatiškai pratęsimas iki biomedicininio tyrimo pabaigos.

24. Draudimo sutarties termino pradžia ir pabaiga nurodoma kalendorine data draudimo liudijime.

## **VIII. SKYRIUS DRAUDIMO RIZIKOS PADIDĖJIMAS**

25. Jei draudimo rizika padidėja po draudimo sutarties sudarymo, apdraustasis privalo informuoti draudiką apie draudimo rizikos padidėjimą taisyklių 26 punkte nustatyta tvarka. Galimus draudimo rizikos padidėjimo atvejus draudikas raštu privalo nurodyti draudėjui sudarant draudimo sutartį, o draudėjas privalo raštu patvirtinti, kad susipažino su jais. Draudėjas privalo informuoti apdraustąjį apie draudiko nurodytus draudimo rizikos padidėjimo atvejus.

26. Apdraustojo pranešimas, kai draudimo rizikos padidėjimas yra sąlygotas apdraustojo veiksmų, turi būti išsiųstas ne vėliau nei draudimo rizika padidėja, o visais kitais atvejais – tuoj pat, kai apdraustasis sužino apie draudimo rizikos padidėjimą.

27. Padidėjus draudimo rizikai, draudėjas privalo sumokėti sutarties šalių sutartą papildomą draudimo įmoką.

## **IX. SKYRIUS DRAUDIMO RIZIKOS SUMAŽĖJIMAS**

28. Jei draudimo sutarties galiojimo metu paaiškėja, jog draudimo rizika sumažėja, draudėjas turi teisę reikalauti sumažinti draudimo įmoką.

#### **X. SKYRIUS APDRAUSTOJO PAREIGA PRANEŠTI APIE GALIMĄ DRAUDŽIAMĄJĮ ĮVYKĮ**

29. Apdraustasis privalo raštu nedelsdamas, bet ne vėliau kaip per 7 darbo dienas pranešti draudikui apie kiekvieną reikalavimą atlyginti žalą, kuris yra susijęs arba, apdraustojų nuomone, gali būti susijęs su draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu atliktu biomedicininio tyrimu.

#### **XI. SKYRIUS APDRAUSTOJO PAREIGOS ĮVYKUS DRAUDŽIAMAJAM ĮVYKIUI**

30. Įvykus draudžiamajam įvykiui, apdraustasis turi imtis jam prieinamų protingų priemonių galimai žalai sumažinti ir laikytis draudiko nurodymų, jeigu tokie nurodymai apdraustajam buvo duoti.

31. Draudikas privalo XVIII skyriuje nustatyta tvarka atlyginti apdraustajam būtinas išlaidas, patirtas vykdant pareigą, numatytą taisyklių 30 punkte.

32. Be raštiško draudiko sutikimo apdraustasis neturi teisės iš dalies ar visiškai pripažinti ar tenkinti reikalavimo atlyginti žalą.

33. Jei apdraustajam pareiškiamas ieškinys teisme, draudikas ne vėliau kaip per 7 darbo dienas nuo apdraustojų pranešimo apie pareišką ieškinį turi teisę pareikalauti, jog apdraustasis įgaliotų draudiko paskirtus asmenis atstovauti apdraustojų interesams teisme. Apdraustasis privalo įgalioti draudiko paskirtus asmenis atstovauti apdraustojų interesams. Jei apdraustojų interesams teisme atstovauja draudiko paskirti asmenys, draudikas XVIII skyriuje nustatyta tvarka privalo atlyginti apdraustojų patirtas ir iš jo priteistas bylinėjimosi išlaidas.

34. Jei apdraustasis dėl savo kaltės pažeidžia pareigą įgalioti draudiko paskirtą asmenį atstovauti apdraustojų interesams teisme, draudikas neprivalo atlyginti bylinėjimosi išlaidų. Taip pat jei draudikas įrodo, jog teisme apdraustojų interesams atstovaujant draudiko paskirtiems asmenims ieškinys būtų atmestas arba teismo priteisiama suma dėl žalos atlyginimo būtų mažesnė, draudikas įgyja atgręžtinio reikalavimo teisę į apdraustąjį taisyklių XX skyriuje nustatyta tvarka.

#### **XII. SKYRIUS BENDROSIOS ŽALOS DYDŽIO NUSTATYMO IR DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO NUOSTATOS**

35. Pagrindas draudimo išmokai sumokėti yra faktas, patvirtinantis draudžiamojų įvykio buvimą, o visos kitos atsirandančios aplinkybės, neatitinkančios draudžiamojų įvykio požymių, taip pat šiose taisyklėse išvardyti nedraudžiamieji įvykiai nėra pagrindas draudimo išmokai sumokėti. Draudimo išmoka gali būti mokama tik nustačius draudžiamojų įvykio faktą ir žalos dydį. Teisę kreiptis dėl draudimo išmokos išmokėjimo turi apdraustasis ir nukentėjęs trečiasis asmuo.

36. Draudimo išmokos dydį nustato draudikas, atsižvelgdamas į nukentėjusiam trečiajam asmeniui padarytą žalą. Žalos, padarytos nukentėjusiam trečiajam asmeniui, dydis nustatomas atsižvelgiant į Civilinio kodekso ir kitų teisės aktų nuostatas, įsiteisėjusį teismo sprendimą ar įsiteisėjusią teismo nutartį patvirtinti taikos sutartį civilinėje byloje pagal nukentėjusio trečiojo asmens ieškinį apdraustajam dėl žalos atlyginimo, nukentėjusio trečiojo asmens ir sveikatos priežiūros įstaigų pateiktus dokumentus, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Valstybinės teismo medicinos tarnybos, Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar kitų įstaigų bei įmonių, pagal teisės aktus turinčių teisę nustatyti žalos sveikatai dydį, išvadas.

37. Draudimo sutarties šalys susitarimu gali nustatyti, jog nukentėjusiam trečiajam asmeniui padarytos žalos dydį nustatys draudimo sutarties šalių paskirti ekspertai. Šiuo atveju šalių susitarimu būtina nustatyti ekspertų skyrimo, jų darbo apmokėjimo, atliekamo tyrimo ir išvadų pateikimo tvarką.

38. Draudimo išmoka negali viršyti draudimo sumos ir žalos dydžio.

39. Jei draudimo sumos nepakanka draudimo išmokoms visiems nukentėjusiems tretiesiems asmenims išmokėti, draudimo išmoka mokama proporcingai, atsižvelgiant į nukentėjusių trečiųjų asmenų skaičių ir žalos dydį.

#### **XIII. SKYRIUS APDRAUSTOJO KREIPIMASIS Į DRAUDIKA DĖL DRAUDIMO IŠMOKOS IŠMOKĖJIMO**

40. Kad būtų išmokėta draudimo išmoka, apdraustasis privalo pateikti draudikui šiuos dokumentus ar jų kopijas:

40.1. apdraustojų prašymą išmokėti draudimo išmoką;

40.2. dokumentus apie atliktą ar atliekamo biomedicininio tyrimo aplinkybes ir pasekmes;

40.3. draudimo liudijimą;

40.4. nukentėjusio trečiojo asmens reikalavimą atlyginti žalą kartu su dokumentais, pateiktais apdraustajam.

41. Draudikas turi teisę papildomai pareikalauti iš apdraustojų kitų dokumentų ar informacijos, reikšmingų draudžiamojų įvykio faktui, jo aplinkybėms, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti. Draudikas privalo raštu nurodyti apdraustajam, kokius konkrečius dokumentus ir informaciją pastarasis privalo pateikti.

42. Draudikas turi teisę pareikalauti, jog nukentėjęs trečiasis asmuo pateiktų turimus dokumentus ir informaciją, reikšmingus draudžiamojų įvykio faktui, jo aplinkybėms, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Draudikas privalo raštu nurodyti, kokių konkrečių dokumentų ir informacijos reikalaujama.

43. Draudikas draudimo išmoką moka pateikus taisyklių 40–42 punktuose nurodytus dokumentus, konstatavus draudžiamojų įvykio faktą ir nustačius žalos dydį, bet ne vėliau kaip per 30 dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant draudžiamojų įvykio faktą, aplinkybes, pasekmes ir draudimo išmokos dydį.

44. Draudikas, dėl savo kaltės praleidęs taisyklių 43 punkte nurodytą terminą draudimo išmokai išmokėti, privalo sumokėti draudėjui delspinigius ir (ar) palūkanas, kurių dydis nustatomas šalių susitarimu sudarant draudimo sutartį arba, šalims nesusitarus, įstatymų nustatyta tvarka.

45. Jei suėjus taisyklių 43 punkte nurodytam terminui po to, kai apdraustasis kreipėsi į draudiką dėl draudimo

išmokos išmokėjimo, draudimo išmoka nėra išmokėta ar nepradėta mokėti, išskyrus atvejus, kai draudikas informavo apdraustąjį, jog įvykis yra nedraudžiamasis, draudikas raštu privalo informuoti apdraustąjį ir motyvuotai nurodyti draudimo išmokos nemokėjimo priežastis.

46. Apdraustojo reikalavimu draudikas privalo nedelsdamas, bet ne vėliau kaip per 10 darbo dienų nuo reikalavimo gavimo, raštu pateikti apdraustajam išsamią informaciją apie draudžiamąjį įvykio administravimo eigą ir leisti apdraustojo paskirtam atstovui stebėtojo teisėmis dalyvauti nustatant žalos dydį.

#### **XIV. SKYRIUS NUKENTĖJUSIO TREČIOJO ASMENS TIESIOGINIO REIKALAVIMO TEISĖ**

47. Nukentėjęs trečiasis asmuo turi tiesioginio reikalavimo teisę į draudiką dėl draudimo išmokos išmokėjimo. Kad būtų išmokėta draudimo išmoka, nukentėjęs trečiasis asmuo privalo pateikti draudikui šiuos dokumentus ar jų kopijas:

47.1. nukentėjusio trečiojo asmens prašymą išmokėti draudimo išmoką;

47.2. dokumentus apie žalos padarymo aplinkybes ir pasekmes, taip pat draudiko reikalaujamus kitus dokumentus ir informaciją, reikšmingus draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

48. Būtinės sąlygos tiesioginio reikalavimo teisei realizuoti yra taisyklių 6.2–6.4 papunkčiuose nurodytų aplinkybių buvimas ir tai, jog apdraustasis nukentėjusiam trečiajam asmeniui nėra atlyginęs žalos arba yra atlyginęs tik dalį jos.

49. Jei nukentėjęs trečiasis asmuo pasinaudoja tiesioginio reikalavimo teise kreiptis į draudiką, apdraustojo ir draudiko teisės ir pareigos, numatytos taisyklėse, išlieka.

#### **XV. SKYRIUS DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMAS ASMENIUI, ESANČIAM AR BUVUSIAM TIRIAMOJU BIOMEDICININIAME TYRIME, ARBA TIRIAMOJO PALIKUONIUI, KURIEMS ŽALA ATSIKADO KAIP BIOMEDICININIO TYRIMO PASEKMĖ**

50. Draudimo išmoka dėl su sveikatos grąžinimu susijusių išlaidų išmokama vienu kartu. Jei šios išlaidos yra tęstinio pobūdžio, draudimo išmoka mokama kas mėnesį ne vėliau kaip iki einamojo mėnesio 20 dienos už praėjusį mėnesį.

51. Draudimo išmoka dėl nukentėjusio trečiojo asmens patirtos neturtinės žalos išmokama vienu kartu.

52. Draudimo išmoka dėl negautų pajamų, kurias nukentėjęs trečiasis asmuo būtų gavęs, jeigu jo sveikata nebūtų sužalota, yra mokama kas mėnesį ne vėliau kaip iki einamojo mėnesio 20 dienos už praėjusį mėnesį. Jei nukentėjusiam trečiajam asmeniui paskirta iš Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto mokama pašalpa ar pensija dėl jo sveikatos sužalojimo, draudimo išmoka sumažinama suma, lygia mokamai pašalpai ar pensijai. Pasikeitus nukentėjusio trečiojo asmens iš Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto gaunamos pašalpos ar pensijos dydžiui, draudimo išmoka yra atitinkamai perskaičiuojama.

53. Vienkartinės draudimo išmokos mokamos kartu su pirmąja periodinės draudimo išmokos dalimi.

54. Jei įstatymai suteikia teisę apdraustajam atlyginti žalą vienkartinę pinigų suma, draudikas gali, nukentėjusio trečiojo asmens pageidavimu, išmokėti vienkartinę draudimo išmoką.

#### **XVI. SKYRIUS DRAUDIMO IŠMOKOS DĖL ŽALOS DĖL TIRIAMOJO MIRTIES IR SU Tuo SUSIJUSIOS NETURTINĖS ŽALOS, ATSIKADUSIOS KAIP BIOMEDICININIO TYRIMO PASEKMĖ, MOKĖJIMAS NUKENTĖJUSIAM TREČIAJAM ASMENIUI**

55. Draudimo išmoka, kuria yra atlyginama turtinė žala dėl tiriamojo gyvybės atėmimo, nukentėjusiems tretiesiems asmenims mokama kas mėnesį ne vėliau kaip iki einamojo mėnesio 20 dienos už praėjusį mėnesį.

56. Draudimo išmoka, kuria yra atlyginama neturtinė žala dėl tiriamojo gyvybės atėmimo, išmokama kartu su pirmąja taisyklių 70 punkte nurodytos draudimo išmokos dalimi.

57. Jei įstatymai suteikia teisę apdraustajam atlyginti žalą vienkartinę pinigų suma, draudikas gali, nukentėjusio trečiojo asmens pageidavimu, išmokėti vienkartinę draudimo išmoką.

#### **XVII. SKYRIUS DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMAS APDRAUSTAJAM**

58. Jei apdraustasis yra atlyginęs žalą, draudimo išmoka mokama apdraustajam tik tuo atveju, jei apdraustasis buvo gavęs draudiko sutikimą atlyginti žalą arba jei apdraustasis yra įrodęs, jog draudikas nepagrįstai nedavė tokio sutikimo.

59. Jei apdraustasis yra atlyginęs dalį žalos, draudimo išmoka mokama apdraustajam tik tuo atveju, jei apdraustasis buvo gavęs draudiko sutikimą atlyginti žalą arba jei apdraustasis yra įrodęs, jog draudikas nepagrįstai nedavė tokio sutikimo, ir jei draudikas nukentėjusiam trečiajam asmeniui yra išmokėjęs draudimo išmoką dėl neatlygintos žalos dalies.

#### **XVIII. SKYRIUS APDRAUSTOJO IŠLAIDŲ, NURODYTŲ TAIŠYKLIŲ 31 IR 33 PUNKTUOSE, ATLYGINIMAS**

60. Apdraustojo išlaidos, nurodytos taisyklių 31 ir 33 punktuose, atlyginamos tik išmokėjus draudimo išmoką.

61. Atlyginamos išlaidos, nurodytos taisyklių 31 ir 33 punktuose, kartu su draudimo išmoka gali viršyti draudimo sumą tik Civilinio kodekso 6.1013 straipsnyje nustatytu atveju.

62. Apdraustojo išlaidos, patirtos laikantis draudiko nurodymų (taisyklių 30 punktas) atlyginamos net ir tuo atveju, jei vėliau paaiškėja, jog reikalavimas atlyginti žalą buvo nedraudžiamasis įvykis. Apdraustojo išlaidos, patirtos siekiant sumažinti žalą ar stengiantis jos išvengti (taisyklių 30 punktas), neatlyginamos, jei vėliau paaiškėja, jog reikalavimas atlyginti žalą buvo nedraudžiamasis įvykis.

63. Apdraustojo išlaidos, numatytos taisyklių 33 punkte, atlyginamos tik tuo atveju, jei apdraustojo interesams teisme atstovavo draudiko paskirti asmenys. Šios išlaidos atlyginamos net ir tuo atveju, jei vėliau paaiškėja, jog reikalavimas atlyginti žalą buvo nedraudžiamasis įvykis.

## **XIX. SKYRIUS DVIGUBAS DRAUDIMAS**

64. Įvykus draudžiamajam įvykiui ir nustačius, kad dėl tos pačios rizikos apdraustasis yra sudaręs draudimo sutartį daugiau nei su vienu draudiku, draudimo išmoką kiekvienas draudikas moka proporcingai draudimo sutartyje nurodytai draudimo sumai, tačiau visų draudikų išmokamos draudimo išmokos negali viršyti bendro žalos dydžio.

## **XX. SKYRIUS DRAUDIMO SUTARTIES SĄLYGŲ PAŽEIDIMAS**

65. Draudimo sutarties sąlygų pažeidimas negali daryti įtakos nukentėjusiam trečiajam asmeniui išmokamos draudimo išmokos dydžiui.

66. Jei draudėjas ar apdraustasis dėl savo kaltės pažeidė draudimo sutarties sąlygas, draudikas, neviršijęs išmokėtos draudimo išmokos, įgyja atgręžtinio reikalavimo teisę į draudėją ar apdraustąjį.

67. Draudiko atgręžtinio reikalavimo dydis taisyklių 66 punkte numatytu atveju priklauso nuo draudėjo ar apdraustojo kaltės laipsnio, draudimo sutarties sąlygų pažeidimo sunkumo, pažeidimo priežastinio ryšio su draudžiamuoju įvykiu, žalos, atsiradusios dėl pažeidimo, dydžio.

68. Draudikas įgyja atgręžtinio reikalavimo teisę į apdraustąjį visos išmokėtos draudimo išmokos apimtimi, jeigu draudžiamasis įvykis atsitiko dėl apdraustojo neblaivumo, apsvaigimo nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų, tyčios ar didelio neatsargumo, taip pat kitais įstatymuose nustatytais atvejais.

## **XXI. SKYRIUS DRAUDIMO SUTARTIES NUTRAUKIMAS IR PAKEITIMAS**

69. Šalių susitarimu nutraukti draudimo sutartį galima, tik jei užtikrinamas pagrindinių tyrėjų ir biomedicininų tyrimų užsakovų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo apsaugos nepertraukiamumas ir tik jei nauja draudimo sutartimi apdraudžiami apdraustojo turtiniai interesai, susiję su įstatymuose numatyta apdraustojo civiline atsakomybe už žalą, atsiradusią kaip biomedicininio tyrimo pasekmė, nuo biomedicininio tyrimo pradžios. Apie draudimo sutarties nutraukimą ir naujos draudimo sutarties sudarymą turi būti raštu informuojamas Lietuvos bioetikos komitetas arba regioninis biomedicininų tyrimų etikos komitetas, išdavęs leidimą atlikti biomedicininį tyrimą, arba Lietuvos bioetikos komitetas ir Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, kurie išdavė atitinkamai pritarimo atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą liudijimą ir leidimą atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą. Draudimo sutartis laikoma nutraukta ir naujoji draudimo sutartis įsigalioja tik praėjus 30 kalendorinių dienų nuo atitinkamai Lietuvos bioetikos komiteto arba regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto, išdavusio leidimą atlikti biomedicininį tyrimą, arba Lietuvos bioetikos komiteto ir Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, kurie išdavė atitinkamai pritarimo atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą liudijimą ir leidimą atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą, patvirtinimo apie informacijos dėl draudimo sutarties nutraukimo ir naujos draudimo sutarties sudarymo gavimą dienos.

70. Draudimo sutartis vienašališkai gali būti nutraukta tik šiais atvejais:

70.1. Lietuvos bioetikos komitetui, regioniniam biomedicininų tyrimų etikos komitetui arba Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos neišdavus leidimo atlikti biomedicininį tyrimą;

70.2. apdraustiesiems atsisakius ketinimo atlikti biomedicininį tyrimą;

70.3. nutraukus biomedicininį tyrimą.

71. Nutraukus draudimo sutartį, draudėjui gražinama sumokėta draudimo įmoka, iš kurios draudikas turi teisę išskaičiuoti sutarties sudarymo ir vykdymo išlaidas (ne daugiau kaip 20 procentų nuo visos draudimo įmokos), išmokėtas draudimo išmokų sumas bei draudimo įmokos dalį, proporcingą iki draudimo sutarties nutraukimo suteiktai draudimo apsaugai.

72. Draudimo sutarties šalys tiek sudarant draudimo sutartį, tiek jos galiojimo metu turi teisę susitarti dėl kitokių, nei numatyta taisyklėse, draudimo sutarties sąlygų, palankesnių nukentėjusiam trečiajam asmeniui, palyginti su tomis, kurios numatytos taisyklėse. Jei šalių susitarimu nustatytos draudimo sutarties sąlygos yra mažiau palankios nukentėjusiam trečiajam asmeniui, palyginti su tomis, kurios numatytos taisyklėse, taikomos taisyklėse numatytos draudimo sutarties sąlygos.

73. Bet kokie taisyklėse numatyti šalių susitarimai, draudimo sutarties pakeitimai ir papildymai turi būti rašytinės formos ir pasirašyti abiejų draudimo sutarties šalių.

## **XXII. SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

74. Visi vienos draudimo sutarties šalies pranešimai kitai draudimo sutarties šaliai turi būti teikiami raštu. Draudimo sutarties šalis privalo nedelsiant informuoti kitą šalį apie buveinės ar nuolatinės gyvenamosios vietos adresu pasikeitimą.

75. Visi draudėjo, draudiko ir nukentėjusių trečiųjų asmenų ginčai, kylantys dėl draudimo sutarties ar susiję su ja, sprendžiami Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

76. Draudimo sutarties sąlygas, nenustatytas taisyklėse, reglamentuoja Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas ir Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

**COMPULSORY LIABILITY INSURANCE POLICY OF THE PRINCIPAL INVESTIGATORS  
AND EMPLOYERS OF THE BIOMEDICAL INVESTIGATIONS**

No. LBS20975239A

Insured:

**Ministry of Health of The Republic of Lithuania**  
State budget institution Institution code 188603472  
Vilnius str. 33, LT-01506, Vilnius, Lithuania

2020-07-13 Nr. S-202

*Insured persons:*

principal investigators listed on Annex No. 1 to the compulsory liability insurance policy of the principal investigators and employers of the biomedical investigations No. LBS20975239A.

*Period of Insurance:*From: 27.04.2020 00:00 hrs.  
To: 27.04.2021 24:00 hrs.*Extended Claims Reporting Period:*

5 (five) years after expiration of the compulsory liability insurance policy of the principal investigators and employers of the biomedical investigations No. LBS20975239A

*Subject of Insurance:*

Insured's property interests concerning the legal liability of the insured person for injuries, that were made to the person, who participated in biomedical investigation or injuries, that were caused by biomedical investigation.

*Category of Insurance:*

General liability insurance.

*Type of Insurance:*

Compulsory liability insurance of the principal investigators and employers of the biomedical investigations.

*Insured Risk:*liability of the Insured for the injuries to the person, who participated in biomedical investigation (Trial Title: **An international randomised trial of additional treatments for COVID-19 in hospitalised patients who are all receiving the local standard of care**) or injuries, that were caused by this biomedical investigation.*Number of patients:*

40

*Territory of Coverage:*

Lithuania

*Amount of Coverage:*

the maximum indemnity payment of the Insurer comes to EUR 29,000 per patient and EUR 1,000,000 for all occurrences during the insurance period.

*Deductible (franchise):*

deductible does not apply

*Insurance premium:*insurance premium for the insurance period is EUR 13,000  
insurance premium EUR 9,000 shall be paid by 27.05.2020  
AP EUR 4,000 shall be paid by 22.08.2020*Policy basis:*

"Regulations for the compulsory insurance of the principal investigators and employers of the biomedical investigations".

*Insurer:*Lloyd's Insurance Company S.A.  
Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgium*Its representative:*Dr Tomas Kontautas  
Lloyd's General Representative for Lithuania  
c/o Sorainen, 44A Gedimino Ave, Vilnius LT-01110,, Lithuania  
Tel: +370 52 649 376; Fax: +370 52 685 041

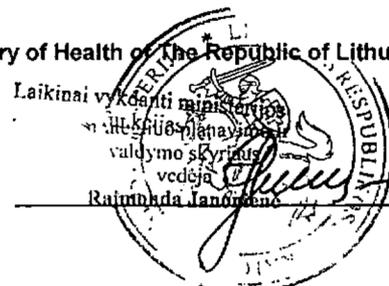
This document has been issued in two counterparts in Lithuanian language. Insurance premiums as per this Policy shall be paid in EUR. Indemnities payable as per this Policy shall be calculated and paid in EUR.

By signing this Policy the Insured confirms that they have been properly familiarized with the "Regulations for the compulsory insurance of the principal investigators and employers of the biomedical investigations" and a copy has been provided.

London, 24.04.2020

For and on behalf of Newline  
Underwriting Management Limited,  
as agent of the Underwriter(s),  
Lloyd's Insurance Company S.A.

Ministry of Health of The Republic of Lithuania



Laikinai vykdanči ministro  
sveikatos apsaugos  
valdymo skyriaus  
vedėja  
Rajminda Janušienė

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

**Annex No. 1**

**to Compulsory Liability Insurance Policy of the Principal  
Investigators and Employers of the Biomedical Investigations** **No. LBS20975239A.**

*Insured: Ministry of Health of The Republic of Lithuania  
State budget institution Institution code 188603472  
Vilniaus str. 33, LT-01506, Vilnius, Lithuania*

**List of Principal Investigators and Investigators**

**Vilnius university hospital Santaros klinikos  
Santariškių str. 14, LT-08611, Vilnius, Lithuania:**

**Hospital of Lithuanian university of health sciences Kauno klinikos  
Eivenių str.2, LT-50161, Kaunas, Lithuania:**

The insurance policy also covers any Investigations center, Principal Investigator or Investigator that engages into investigation during policy period.

This document has been issued in two counterparts in Lithuanian language.

London,

**For and on behalf of Newline  
Underwriting Management Limited,  
as agent of the Underwriter(s),  
Lloyd's Insurance Company S.A.**



**Ministry of Health of The Republic of Lithuania**

Laikini vykdanti ministerijos  
kabinė  
Strateginio planavimo ir  
valdymo skyriaus  
vedėja  
Raisienė Jankaitė



[Insured's signature]

Lloyd's Insurance Company S.A. is a Belgian limited liability company (société anonyme / naamloze vennootschap) with its registered office at Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgium and registered with Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen under number 682.594.839 RLE (Brussels). It is an insurance company subject to the supervision of the National Bank of Belgium. Its Firm Reference Number(s) and other details can be found on [www.nbb.be](http://www.nbb.be).

Website address: [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels)

E-mail: [enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com](mailto:enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com)

Bank details: Citibank Europe plc Belgium Branch, Boulevard General Jacques 263G, Brussels 1050, Belgium - BE46570135225536.

**APPROVED**  
**By the Minister's for Public Health**  
**Decree No.. V-1584 redakcija of 31**  
**December 2015**

**TERMS AND CONDITIONS FOR OBLIGATORY LEGAL LIABILITY INSURANCE OF KEY  
RESEARCHERS AND BIOMEDICAL RESEARCH PRINCIPALS**

**I. GENERAL PROVISIONS**

1. The Terms and Conditions for Obligatory Legal Liability Insurance of Key Researchers and Biomedical Research Principals (hereinafter referred to as "the Term") regulate both terms and conditions for obligatory insurance to cover legal liability of Key Researchers and Biomedical Research Principals (hereinafter referred to as "the Contract of Insurance") and the pre-contractual and contractual rights and duties of the Insurance Contract as well as the rights and duties of the Insured.
2. Upon entering into the Contract of Insurance, the terms and conditions of Insurance as specified hereto will become a part of the Contract of Insurance.

**II. MAIN DEFINITIONS**

3. "Insurer" means an insurance undertaking, which is entered into the register in the Republic of Lithuania and has been granted a permit to perform the Obligatory Legal Liability Insurance and Biomedical Research Principals issued by the State Insurance Supervisor Authority under the Ministry of Finance.
4. "Policyholder" means a Biomedical Research Principal or Key Researcher, or in the event of emergency, a public authority with an interest in conducting biomedical research, who has entered into the Contract of Insurance with, or applied therefore to, the Insurer.
5. "Insured" means a person specified in the Contract of Insurance by the Policyholder, whose legal liability is to be insured.
6. "Sum Insured" means an amount of money in the Certificate of Insurance (Policy), within which property interests of the Insured are to be covered.
7. "Premium" means an amount of money specified in the Certificate of Insurance (Policy), which must be paid by the Policyholder to the Insurer for the insurance cover provided by the latter.
8. "Insurance risk" means a degree of probability for an event insured against to occur.
9. "Lawful biomedical research" means a biomedical research, which is performed in a manner suited by the Law on Biomedical Research Ethics and other legal acts.
10. "Unlawful biomedical research" means a biomedical research, which is performed with infringement of the Law on Biomedical Research Ethics and other legal acts.
11. "Aggrieved Third Party" is deemed to mean:
  - 11.1. a person used as a subject for experiment (further in this conditions - patient), if he has sustained impairment to his health and/or intangible (moral) damage occurred as a consequence of the research;
  - 11.2. a person, who is entitled to receive an indemnity in the event of the patient's death and/or intangible (moral) damage suffered by him as a result or consequence of the biomedical research;
12. "Event insured against" means an occurrences, on arising of which - according to the Terms - the Insurer must pay out an indemnity.
13. "Non-insured event" means an occurrence, on arising of which the Insurer is not obliged to pay out an indemnity.
14. The definitions of Biomedical Research, Biomedical Research Principal, Key Researcher, Patient, and clinical and out-of-clinic research coincide with those used in the Law on Biomedical Research Ethics.

**III. SUBJECT MATTER OF INSURANCE**

15. The subject matter of the insurance is property interests of the Insured connection with his legal liability at law for loss/damage caused to Aggrieved Third Party as a result or consequence of the biomedical research.
16. Property interests of the Insured that may arise in connection with his legal liability under any separate agreement between the Insured and the Patient for indemnification of any loss/damage caused to the latter as a result or consequence of the biomedical research - where such an agreement extends the limits of this liability as against those provided for by the law - shall not be regarded as subject matter of the Insurance.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

#### **IV. EVENT INSURED AGAINST**

17. The event insured against means any claim to the insured - presented both during the period of insurance and the period agreed under an agreement between the parties, which cannot be less than 5 hours following the expiration of the Contract of Insurance - for indemnification of loss/damage sustained as a result of the biomedical research. Such a claim will be acknowledged as the event insured against the subject to the following conditions:
- 17.1. a requirement for indemnification is presented to the Insured as a suit, in the form of written claim or verbally;
  - 17.2. a claim for indemnification is presented to the Insured by Aggrieved Third Party;
  - 17.3. a claim for indemnification is presented to the Insured during the period of insurance or other term established to the criteria specified in Paragraph 17;
  - 17.4. the loss/damage, which originated the claim, is caused to Aggrieved Third Party by the biomedical research carried out during the period of insurance or has arisen as a consequence thereof;
  - 17.5. the requirement does not represent a non-insured event;
  - 17.6. the biomedical research was carried out in the Republic of Lithuania;
  - 17.7. the biomedical research was carried out lawfully.
18. Should the loss/damage caused to Aggrieved Third Party as a result or consequence of the biomedical research aggravate later on, after a claim for indemnification already was presented to the Insured by Aggrieved Third Party in conformity with the criteria specified in Paragraph 17, then an additional claim for indemnification of the aggravated loss will be regarded as the event insured against - even if presented after the term to be established in conformity with the criteria specified in Paragraph 17.

#### **V. EXCEPTIONS (NON-INSURED EVENTS)**

19. As a non-insured event there is regarded a claim for indemnification of the following:
- 19.1. loss caused as a result or consequence of biomedical research, if such a research was unlawful;
  - 19.2. loss caused as a result or consequence of biomedical research, if such a research was performed in any country other than the Republic of Lithuania;
  - 19.3. loss caused as a result or consequence of any factors not related to the biomedical research, or due to wilful activities of Patient or force majeure circumstances;
  - 19.4. loss as a result of Patient's death, where the latter dies during the biomedical research or where his death is a consequence of initial aims of the research, i.e., where under the biomedical research act was provided for to continue the research till Patient's death;
  - 19.5. loss caused or arisen as a result of any factors not related to the Insured's professional activities as provided for in the Law on Biomedical Research and the Regulations for Proper Clinic Practice;
  - 19.6. loss caused or arisen during the biomedical research, where the Insured or any other researcher wilfully violates the Regulations for Proper Clinic Practice or other legal acts or performs a deed (wilfully or due to carelessness) regarded as criminal offence;
  - 19.7. loss caused while continuing the biomedical research despite the received information that the Lithuanian Bioethics Committee or the Regional Biomedical Research Committee has taken a decision to cancel the permit for the biomedical research, or a loss arisen as a consequence of continuing certain part of the biomedical research already upon receipt of the information as above;
  - 19.8. loss caused as a result or consequence of the biomedical research, if the researchers participating therein have been under influence of alcohol, drugs or psychotropic substance, and there exists a causal relationship between such a loss and the researcher's state of mind;
  - 19.9. loss caused as a result or consequence of the biomedical research, if such a loss has arisen due to reasons, which have no relation to the preparation, medical device or treatment being under the research, or to the cancellation of a previously used treatment - as was provided for in the biomedical research net;
  - 19.10. loss caused as a result or consequence of the biomedical research, if the reason thereof was a certain preparation:
    - 19.10.1. destined to avoid pregnancy or to control birth ratio - except where under an agreement between the parties to the Contract of Insurance a requirement for indemnity in such cases are regarded as events insured against;

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

- 19.10.2. such as isotretinoin or accutane, Diethylstilboestrol (DES), L-Tryptophan or preparations with similar formula, structure or impact; as well as any other preparation created by using any of the above preparations. The same provision also holds where the preparations mentioned above are manufactured, sold or distributed otherwise under any other name or form;
- 19.11. loss caused as a result or consequence of the biomedical research, if at that time Aggrieved Third Party was infected with one or several of the following viruses: human T lymphotropic virus I, human T lymphotropic virus II, human immunodeficiency virus, hepatitis virus;
- 19.12. loss caused or arisen on account of breakdown or malfunction of the Insured or other persons' computer equipment or software, where such breakdown or malfunction is originated by the failure of these to identify, process, interpret or accept the year 2000 or later dates;
- 19.13. loss caused or arisen on account of the impact by radiation, where in the biomedical research act there is provided for that during the biomedical research Patient will be affected by new unregistered sources of radiation or by way of new radiation devices, regimen or doses, or using new precautionary measures to be applied by hospital or its staff;
- 19.14. loss caused while carrying out an out-clinical biomedical research or that has arisen as a consequence thereof;
- 19.15. loss caused to Third Party property while carrying out a biomedical research or that has arisen as a consequence thereof - except where the parties have agreed that a requirement for an indemnity in such cases shall not be regarded as an event insured against;
- 19.16. loss caused while carrying out a biomedical research or that has arisen as a consequence thereof, if a claim for an indemnity is presented upon expiration of the term to be established in conformity with the criteria specified in Paragraph 11 - except for the case foreseen in Paragraph 18.

## **VI. SUM INSURED AND PREMIUM**

20. The sum insured shall be determined by an agreement between the Insurer and the Policyholder and stated in the certificate of insurance (policy). The sum insured cannot be less than EUR 29.862 with respect to a loss that can be caused or arisen on account of one Patient's participation in biomedical research. The said sum insured in the amount of EUR 29,862 is valid on the day of entry of these Terms onto force; thereafter the sum insured shall be indexed in a manner stated in Paragraph 21.
21. The insurer must index the amount of sum insured on the basis of the general consumer price index published monthly by the Statistics Department. The amount of sum insured shall be indexed both prior to entering into the Contract of Insurance and paying an indemnity or a part thereof. While indexing the amount of sum insured, the Insurer must take into account the general consumer price index for previous month published by the Statistics Department.
22. Should a part of an indemnity be paid out to Aggrieved Third Party, who has sustained a loss on account of Patient's participation in biomedical research, then the amount of sum insured predestined for the Patient will be reduced by the above amount.
23. Taking into the account the degree of insurance risk, the Insurer will determine the amount of premium. The amount shall be stated in the certificate of insurance (policy).
24. The Policyholder shall pay the premium in money. By agreement between the parties the premium can be paid in as a lump sum or by instalments.
25. In the event of the Policyholder's failure to pay a part of the premium in time (except for a part of the first premium) there shall be calculated a fine from the sum in default, which amount is to be agreed by agreement between the parties or, in the event of failure to do so, in a manner stated by law. The failure to pay a part of the premium or an additional premium (see Paragraph 35 and 39) cannot be regarded as a cause for expiration of the Contract of Insurance or suspension of insurance cover.

## **VII. CONCLUSION AND INCEPTION OF THE CONTRACT OF INSURANCE**

26. The Contract of Insurance shall be concluded in writing. The conclusion of the Contract of Insurance certifies the Obligatory Legal Liability Insurance of Key Researchers and Biomedical Research Principals Policy issued by the Insurer, where must contain at least the following particulars:
  - 26.1. an inscription: Obligatory Legal Liability Insurance of Key Researchers and Biomedical Research Principals Policy;
  - 26.2. number of the certificate of the insurance (policy);
  - 26.3. the Insurer's name and address of his head-office;

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

- 26.4. number and a date of a permit to perform the Obligatory Liability Insurance of Key Researchers and Biomedical Research Principals issued by the State Insurance Supervisory Authority under the Ministry of Finance;
  - 26.5. full name of the Policyholder and Insured;
  - 26.6. the sum insured;
  - 26.7. the premium and terms for its payment;
  - 26.8. inception date and duration of the Contract of Insurance;
  - 26.9. signature of a person authorized by the Insurer to enter into the Contract of Insurance and the Insurer's seal;
  - 26.10. signature and seal of the Policyholder (where the Policyholder is an enterprise, institution or organization);
  - 26.11. date of issue of the certificate of insurance (policy).
27. Intending to enter into the Contract of Insurance, the Policyholder shall submit to the Insurer an application in writing. The Insurer determines the contents and form of the application.
  28. In entering into the Contract of Insurance the Policyholder and, at the Insurer's request, the Insured must furnish the latter with all the information, which is known to him and is relevant while evaluating insurance risk and entering into the Contract of Insurance and which the Insurer requests to specify in written application or asks for additionally in writing - as well as (also at the Insurer's request) present available documents, which are relevant while evaluating insurance risk and entering into the Contract of Insurance.
  29. The Insurer is not entitled to decline entering into the Contract of Insurance, except for the cases where the Policyholder and/or, at the Insurer's request, the Insured do not comply with the duties provided for in the Paragraph 28. The Insurer's refusal to enter into the Contract of Insurance may be brought before a court.
  30. If the Policyholder and/or, at the Insurer's request, do not comply with the duties provided for in Paragraph 28 but, being aware of the fact, the Insurer will enter into the Contract of Insurance all the same, then (according to his rights stated in chapter XXI) he will not be able to rely on any non-fulfilment of the duties as under Paragraph 28.
  31. The Contract of Insurance deemed to be entered (and the terms and conditions of the insurance agreed by agreement between the parties thereto), when it is approved by signature and seals (where the Policyholder is an enterprise, institution or organization) and the Policyholder has paid the premium or a part thereof (where the parties have agreed on payment of the premium by instalments). The Contract of Insurance will come into force from the date stated by agreement between the parties, which shall be specified in the certificate of insurance (policy).
  32. The certificate of insurance (policy) shall only be issued to the Policyholder after his entering into the Contract of Insurance.
  33. The Policyholder must advise the insured of the Contract of Insurance entered into in writing.

#### **VIII. DURATION OF THE CONTRACT OF INSURANCE**

34. The Contract of Insurance is entered into for a term, which spans the period of anyone biomedical research from the beginning until the end.
35. If an already started biomedical research is not finished until the expiration of the Contract of Insurance, then the duration of such contract is automatically extended till the end of such biomedical research. In the latter case the Policyholder must pay to the Insurer an additional premium. While entering into the Contract of Insurance the Insurer must get the Policyholder acknowledged with the manner, according to which the amount of an additional premium will be calculated, and the Policyholder must confirm in writing that he has acknowledged himself with the said manner.
36. The calendar dates of inception and expiration of the Contract of Insurance shall be stated the certificate of insurance (policy).

#### **IX. INCREASE IN INSURANCE RISK**

37. Should there be an increase in insurance risk, the Insured must notify the Insurer thereof in a manner specified in Paragraph 38. The possible cases of an increase in the insurance risk the Insurer must indicate to the Policyholder in writing when entering into the Contract of Insurance, and the Policyholder must confirm in writing that he has acknowledged himself therewith. The Policyholder must advise the Insured of the cases indicated by the Insurer when the insurance risk increases.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

38. Notice on an increase in insurance risk - where it is conditioned by actions of the Insured himself - has to be sent by the Insured no later than until the risk increases. In all other cases it has to be sent at least within 7 days from the moment when the insured gets to know about such an increase.
39. In the event of an increase in insurance risk the Policyholder must pay in an additional premium. While entering into the Contract of Insurance the Insurer must get the Policyholder acknowledged in writing with the manner, according to which the amount of an additional premium will be calculated, and the Policyholder must confirm in writing that he has acknowledged himself with the said manner.

#### **X. REDUCTION IN INSURANCE RISK**

40. Should it turn out that during the period of insurance that insurance risk has reduced, the Policyholder is entitled to suggest a reduction of the premium. The possible cases of insurance risk reduction the Insurer must indicate to the Policyholder in writing when entering into Contract of Insurance, and the Policyholder must confirm in writing that he has acknowledged himself therewith.

#### **XI. DUTY OF THE INSURED TO NOTIFY ANY PROBABLE INSURED EVENT**

41. The Insured must notify the Insurer within 7 days in writing of each requirement to indemnify the loss, which is related to or, in the Insurer's opinion, may be related to biomedical research carried out during the period of insurance.

#### **XII. DUTIES OF THE INSURED WHEN AN EVENT INSURED AGAINST OCCURS**

42. Upon receipt of a requirement to pay an indemnity the insured must comply with the Insurer's directions and act in such a manner that the loss be reduced or averted.
43. The Insurer must reimburse - in a manner stated in Chapter XIX - to the Insured necessary expenses incurred by him in performing any of the duties foreseen in Paragraph 42.
44. The Insured has no right without the Insurer's consent in writing acknowledge - in full or partially - or to satisfy the requirement for indemnification of any loss.
45. If a lawsuit is filed against the Insured, the Insurer is entitled - no later than 7 days after the receipt of respective notice - to demand from the Insured issuing an authorization for a person appointed by the Insurer to represent interests of the Insured in the court. The Insured must issue such an authorization for the persons appointed by the Insurer to represent interests of the Insured at the court. Where interests of the Insured at the court are being represented by the persons appointed by the Insurer, the Insurer must reimburse - in a manner stated in Chapter XIX - to the Insured legal expenses insured by or awarded against him. As well as to reimburse any expenses incurred or awarded against him as a compensation for the assistance on the part of such a representative in the court.
46. Should the Insured fail to fulfil the duty stated in Paragraph 45 through his own fault, the Insurer is not obliged to reimburse court costs and expenses for the assistance at the court on the part of such a representative as above: Also, if the Insurer proves that - were interests of the Insured at the court be represented by persons appointed by the Insurer - the suit would have been ruled out or the amount awarded by the court would have been less, the Insurer acquires the right to begin recourse proceedings against the Insured in a manner stated in Chapter XXI.

#### **XIII. GENERAL PROVISIONS FOR ASCERTAINING THE AMOUNT OF LOSS AND FOR PAYMENT OF INDEMNITY**

47. An indemnity can only be paid out after the fact and amount of the loss is ascertained. The Insured and - in the cases provided for in Chapter XV - Aggrieved Third Party is entitled to apply for indemnification.
48. The Insurer determines the amount of an indemnity taking into account the loss caused to Aggrieved Third Party. The amount of a loss caused to Aggrieved Third Party shall be determined taking into account the following: the Civil Code and other legal acts, the valid court award or decision to approve amicable arrangement under a civil suit for damage filed against the Insured by Third Party, the documents submitted by Aggrieved Third Party and public health institutions, the conclusion made by the State Commission on Medical-Social Expertise, the State Forensic Authority for Forensic Psychiatry and Narcotic Addiction under the Ministry of Public Health, or other institutions and enterprises, which are entitled at law to ascertain the amount of health impairment.
49. The parties to the Contract of Insurance may agree that the amount of a loss caused to Aggrieved Third Party will be determined by experts to be appointed by both the parties. In such a case there is necessary for the parties to agree on a manner of appointing experts, paying for their work, and on how the investigation is to be carried out and its conclusion submitted.
50. Any indemnity payable by the Insurer cannot exceed the sum insured and the amount of loss.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

51. Having paid out an indemnity the Insurer becomes entitled to a recourse proceeding against the Insured only in the event provided for in Paragraph 81 hereto. The Insurer is not entitled to any recourse proceeding against other researchers who take part in biomedical research.
52. If the amount of the sum insured is not sufficient for paying an indemnity to all Aggrieved Third Parties, the sum insured is allocated on a pro-rata basis considering the number of Aggrieved Third Parties.
53. The Insurer's duty to pay out an indemnity expires with the end of the Insured's obligation to reimburse loss.

#### **XIV. APPLICATION OF THE INSURED FOR PAYMENT OF INDEMNITY**

54. In order to have an indemnity paid out, the Insured must submit to the Insurer the following documents or their copies:
  - 54.1. the Insured's application for payment of an indemnity;
  - 54.2. documents related to the biomedical research (to its circumstances and consequences), during which the loss has been caused or has arisen as a consequence thereof;
  - 54.3. the certificate of insurance (policy);
  - 54.4. the claim for indemnification presented by Aggrieved Third Party together with the documents submitted to the Insured.
55. The Insurer is entitled to ask for additional documents or information relevant while ascertaining circumstances and consequences of the biomedical research, the amount of loss, or that of indemnity. The Insurer must notify the Insured in writing what documents and information the latter concretely must submit.
56. The Insurer is entitled to ask for Aggrieved Third Party to submit available to him documents and information about circumstances and consequences of the biomedical research, as well as about the amount of loss that is caused or has arisen as a result thereof, where such documents and information are relevant while ascertaining the amount of an indemnity. The Insurer must notify in writing what documents and information are being required.
57. The Insurer pays out an indemnity when the documents stated in Paragraph 54-56 are submitted and both the act of the insured event and the amount of loss is ascertained, but no later than within 1 month upon receipt of the application for payment of indemnity.
58. Should the payment of indemnity be delayed though the Insurer's fault, he must pay a fine which amount shall be determined by agreement between the parties while entering into the Contract of Insurance or, in the event of the parties failure to reach an agreement, in a manner stated by law.
59. If any indemnity is paid out (or its payment is not yet started) after the period of 1 month following the Insured's address to the Insurer to do so - except where the Insurer has advised the Insured that the occurrence is a non-insured event - the Insurer must inform the Insured in writing and specify the well-founded reasons for such a non-payment.
60. At the Insured's request the Insurer must submit to the Insured exhaustive information about how the insured event is handled and to allow to a representative appointed by the Insured to take part in ascertaining the amount of loss as a beholder.

#### **XV. RIGHT OF AGGRIEVED THIRD PARTY FOR DIRECT CLAIM**

61. Aggrieved Third Party acquires the right to file the Insurer a direct claim for indemnification only under anyone of the following cases:
  - 61.1. if there is a valid court award or decision to approve amicable arrangement under a civil suit for damage filed against the Insured by Aggrieved Third Party;
  - 61.2. if a bankruptcy proceeding is instituted against the Insured as a result of a valid court award or a decision taken by his creditors meeting, which approve the Aggrieved Third Party's claim;
  - 61.3. if the Insured is liquidated or, if he is natural person, dies.
62. Stipulations that are necessary to make the above right (filing a direct claim) into reality are the following: the respective occurrence is an event insured against and the Insured has not reimbursed Aggrieved Third Party or reimbursed him only partially.
63. If Aggrieved Third Party makes use of the right of filing a direct claim to the Insurer, rights and duties of the Insured and the Insurer, as stated in Chapter XIV, will remain in effect.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

#### **XVI. PAYMENT OF INDEMNITY TO PERSONS SPECIFIED IN PARAGRAPH 11.1 AND 11.3**

64. An indemnity equal to the amount of expenses incurred by the Aggrieved Third Party as a result of health impairment will be paid out as a lump sum. If such expenses are of continuous nature, the indemnity is paid out by way of monthly rates: for previous month - no later than until the 20th day of current month. Where the expenses for treating health impairment are covered by the obligatory health insurance fund or state budget, the amount of indemnity will be reduced by a sum of equal to the covered part of expenses.
65. An indemnity for intangible (moral) loss sustained by Aggrieved Third Party will be paid out as a lump sum.
66. An indemnity on account of loss related to a reduction of Aggrieved Party's ability to work is paid out by way of monthly rates: for previous month - no later than until the 20th day of current month. Should Aggrieved Third Party be granted with a benefit or rent as a result of his bodily injury or other health impairment, the amount of indemnity will be reduced by a sum equal to such benefit or rent.
67. Any single indemnity shall be paid out together with the first portion of continuous insurance indemnity.
68. In the event of a reduction of Aggrieved Third Party's ability to work or his rent (pension) being received from the social insurance institution, the amount of insurance indemnity is respectively increased and vice versa.
69. If the Insured is entitled at law to be indemnified by way of lump sum, the Insurer can pay out, at Aggrieved Third Party's request, a single indemnity covering the whole loss that is caused or has arisen to him.

#### **XVII. PAYMENT OF INDEMNITY TO PERSONS SPECIFIED IN PARAGRAPH 11.2**

70. An indemnity on account of loss related to Patient's death is paid out to Aggrieved Third Party by way of monthly rates: - no later than until the 20th day of current month.
71. Any indemnity on account of intangible (moral) loss is paid out together with the first portion of continuous insurance indemnity as foreseen in Paragraph 70.
72. If Aggrieved Third Party is entitled to be indemnified by way of a lump sum, the Insurer can pay out, at Aggrieved Third Party's request, a single indemnity covering the whole loss that is caused or has arisen to him.

#### **XVIII. PAYMENT OF INDEMNITY TO THE INSURED**

73. If loss is already compensated by the Insured, an indemnity to the Insured is to be paid out only in the case, where the latter has had the Insurer's consent to indemnify or where the Insured has proved that the Insurer had declined such a consent unfoundedly.
74. If a part of loss is already compensated by the Insured, an indemnity to the Insured is to be paid out only in the case, where the latter has had the Insurer's consent to indemnify or where the Insured has proved that the Insurer had declined such a consent unfoundedly. Also, where the Insurer has had paid out an indemnity for a part of loss to Aggrieved Third Party.

#### **XIX. REIMBURSEMENT OF THE INSURED'S EXPENSES UNDER PARAGRAPHS 43 AND 45**

75. Any expenses incurred by the Insured under Paragraph 43 and 45 shall only be compensated after the payment of indemnity.
76. The expenses to be compensated under Paragraphs 43 and 45 cannot exceed - together with the amount of indemnity - the sum insured.
77. Any expenses incurred by the Insured in compliance with instructions of the Insurer (Paragraph 42) are to be compensated even where it later turns out that the claim for damages is a non-insured event. Any expenses incurred by the Insured in order to minimize or avert loss (Paragraph 42) shall not be compensated where it later turns out that the claim for damages is a non-insured event.
78. Any expenses incurred by the Insured under Paragraph 45 are only to be compensated, as long as the persons appointed by the Insurer have represented interests of the Insured in court. Those expenses are to be compensated even where it later turns out that the claim for damages is a non-insured event.

#### **XX. MULTIPLE INSURANCE**

79. Where after an event Insured against it turns out that the Insured has entered into contracts of insurance in respect of the same risk with more than one Insurance undertaking, then each of the insurance undertakings pays out any indemnity on a pro-rata basis. Though the whole amount of indemnity paid out by the Insurer and other insurance undertakings cannot exceed the total amount of loss.

English translation only; Lithuanian version shall prevail.

#### **XXI. INFRINGEMENT OF INSURANCE CONTRACT TERMS**

80. An infringement of the terms and conditions of the Contract of Insurance has no influence on the amount of an indemnity payable to Aggrieved Third Party.
81. Where the terms and conditions are infringed through the Insured or Policyholder's fault, the Insurer acquires the right to recover his outlays - within limits of the indemnity that is paid out - from the Insured or Policyholder.
82. The amount of Insurer's claim for recovery depends on the degree of the Insured or Policyholder's fault, the gravity of the infringement, causal relation of the infringement with the event insured against, and the amount of loss arisen as a consequence thereof.
83. The Insurer acquires the right for a claim against the Insured or Policyholder to recover the total amount of indemnity in the event, where the Insured or Policyholder wilfully has failed to perform their duties provided for in Paragraphs 28 and 37.

#### **XXII. CANCELLATION AND ALTERATION OF THE CONTRACT OF INSURANCE**

84. The parties to the Contract of Insurance are not entitled to cancel it unilaterally.
85. By agreement between the parties the Contract of Insurance can only be cancelled in the following cases:
  - 85.1. the Lithuanian Bioethics Committee or the Regional Biomedical Research Committee have denied to issue a permit to carry out the biomedical research;
  - 85.2. the Insured has refrained from his intentions to carry out biomedical research;
  - 85.3. the performance of Biomedical research is cancelled.
86. Any cancellation of the Contract of Insurance will only come into force following one month after the day, when the Lithuanian Bioethics Committee or Regional Biomedical Research Committee (that was addressed for or has had issued the permit to carry out the biomedical research) have been informed about such a cancellation in writing.
87. Following any cancellation of the Contract of Insurance the premium is to be refunded to the Policyholder. The Insurer is entitled to deduct from the premium certain expenses for entering into and performing the Contract of Insurance (no more than 20% of the total premium), as well as a part of the premium for coverage provided until the day of cancellation.
88. The parties to the Contract of Insurance both while entering into it and during its period of validity are entitled to agree on any terms and conditions of insurance other than these Terms, which are more favourable to Aggrieved Third Party than those presented hereto. Should the other terms and conditions of insurance agreed by the parties be less favourable to Aggrieved Third Party than those presented hereto, than the Terms hereto applies.
89. Any agreement foreseen by these Terms or alteration of or amendment to the Contract of Insurance have to be made in writing and signed by both parties.

#### **XXIII. FINAL PROVISIONS**

90. Any notice that one party to the Contract of Insurance sends to another has to be made in writing. Each of the Parties has to advise another party without delay of changes in its address (both that of head-office and permanent place of residence).
91. All the disputes related to the Contract of Insurance that may arise between the Policyholder and the Insurer shall be settled at a court of the Republic of Lithuania.