

Client#: xxxx

BIOVEINC1

ACORD™

CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE

DATE (MM/DD/YYYY) 05/29/2020

THIS CERTIFICATE IS ISSUED AS A MATTER OF INFORMATION ONLY AND CONFERS NO RIGHTS UPON THE CERTIFICATE HOLDER. THIS CERTIFICATE DOES NOT AFFIRMATIVELY OR NEGATIVELY AMEND, EXTEND OR ALTER THE COVERAGE AFFORDED BY THE POLICIES BELOW. THIS CERTIFICATE OF INSURANCE DOES NOT CONSTITUTE A CONTRACT BETWEEN THE ISSUING INSURER(S), AUTHORIZED REPRESENTATIVE OR PRODUCER, AND THE CERTIFICATE HOLDER.

IMPORTANT: If the certificate holder is an ADDITIONAL INSURED, the policy(ies) must have ADDITIONAL INSURED provisions or be endorsed. If SUBROGATION IS WAIVED, subject to the terms and conditions of the policy, certain policies may require an endorsement. A statement on this certificate does not confer any rights to the certificate holder in lieu of such endorsement(s).

Marsh & McLennan Agency LLC
Marsh & McLennan Ins Agency LLC
1340 Treat Blvd #250
Walnut Creek, CA 94597

Table with columns: PRODUCER CONTACT NAME, PHONE (A/C. No.), FAX (A/C. No.), MAIL ADDRESS, INSURER(S) AFFORDING COVERAGE, NAIC #. Includes Hartford Fire Insurance Company, Hartford Casualty Insurance Company, and Noetic Specialty Insurance Co.

INSURED
BioVentrix, Inc.
12647 Alcosta Blvd.
Suite 400
San Ramon, CA 94583

COVERAGES CERTIFICATE NUMBER REVISION NUMBER

THIS IS TO CERTIFY THAT THE POLICIES OF INSURANCE LISTED BELOW HAVE BEEN ISSUED TO THE INSURED NAMED ABOVE FOR THE POLICY PERIOD INDICATED NOTWITHSTANDING ANY REQUIREMENT, TERM OR CONDITION OF ANY CONTRACT OR OTHER DOCUMENT WITH RESPECT TO WHICH THIS CERTIFICATE MAY BE ISSUED OR MAY PERTAIN. THE INSURANCE AFFORDED BY THE POLICIES DESCRIBED HEREIN IS SUBJECT TO ALL THE TERMS, EXCLUSIONS AND CONDITIONS OF SUCH POLICIES. LIMITS SHOWN MAY HAVE BEEN REDUCED BY PAID CLAIMS

Main table with columns: NSR LTR, TYPE OF INSURANCE, ADDL, SUBR, POLICY NUMBER, POLICY EFF, POLICY EXP, LIMITS. Rows include Commercial General Liability, Automobile Liability, Umbrella Liab, Workers Compensation and Employers' Liability, and Products Liab.

DESCRIPTION OF OPERATIONS / LOCATIONS / VEHICLES (ACORD 101, Additional Remarks Schedule, may be attached if more space is required)

Table with columns: CERTIFICATE HOLDER, CANCELLATION. Evidence of Coverage and SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, NOTICE WILL BE DELIVERED IN ACCORDANCE WITH THE POLICY PROVISIONS.

<b>Příloha č. 2</b>	<b>Platební schéma</b>	<b>Attachment no 2</b>	<b>Payment chart</b>
<b>Klinické zkoušení:</b>	Klinická studie systému Revivent TC™ společnosti BioVentrix pro léčbu aneurysmat levé srdeční komory ALIVE (American Less Invasive Ventricular Enhancement [Americká méně invazivní oprava komor])	<b>Clinical Trial:</b>	<b>Clinical Study of the BioVentrix Revivent TC™ System for Treatment of Left Ventricular Aneurysms ALIVE (American Less Invasive Ventricular Enhancement)</b>
<b>Zadavatel:</b>	BioVentrix, Inc. 12647 Alcosta Blvd., Suite 400, San Ramon, CA 94583, USA	<b>Sponsor:</b>	BioVentrix, Inc. 12647 Alcosta Blvd., Suite 400, San Ramon, CA 94583, USA

**PLÁN ZAŘAZOVÁNÍ PACIENTŮ A ÚHRADY VÝDAJŮ**

**PATIENT ENROLLMENT AND REIMBURSEMENT SCHEDULE**

Subjekty zkoušení budou zařazovány do klinického zkoušení podle kritérií způsobilosti popsaných v Plánu. Zadavatel uhradí výdaje poskytovateli podle níže uvedeného schématu. Všechny platby poskytovateli budou provedeny poté, co zadavatel obdrží správně a přijatelně vyplněné formuláře pro záznam subjektu zkoušení a další formuláře nebo testy vyžadované podle Plánu. Tyto náklady představují administrativní náklady související s prováděním klinického zkoušení. Platba je za provádění Plánu a nikoli za poskytování běžné klinické péče.

Pursuant to the eligibility criteria described in the Protocol, trial subjects will be enrolled into the Clinical trial. Sponsor will reimburse Provider per the schedule listed below. All payments will be paid to Provider after receipt by Sponsor of the accurate and acceptable completed case report forms and other forms and/or tests required under the Protocol. These costs represent administrative costs associated with the conduct of this Clinical trial. Payment is for the performance of the Protocol and not for the provision of routine clinical care.

<b>PLÁN ODMĚN V KLINICKÉM ZKOUŠENÍ</b>	<b>STUDY COMPENSATION SCHEDULE</b>	<b>Částka platby bez DPH / Payment Amount (EUR) without VAT</b>
<b>Vyplnění screeningových a vstupních návštěv v CRF</b>	<b>Screening and BLvisits CRF completion</b>	
Screening a proces informovaného souhlasu, demografie pacientů, zařazení/vyloučení, klinická anamnéza, stávající klinické informace, léky, MRI, QOL	Screening and Informed Consent Process with Patient Demographics, Inclusion/Exclusion, Clinical History, Current Clinical Status, Medications, MRI, QOL	xxxx
<b>Baseline:</b> 6 MWT, krevní testy, INR*, neurologické vyšetření, TTE, NYHA	Baseline: 6 MWT, blood tests, INR*, neurology exam, TTE, NYHA	xxxx
Těhotenský test (v příslušných případech)	Pregnancy Urinalysis (if applicable)	xxxx
<b>Vyplnění CRF z návštěvy s provedením výkonu</b>	<b>Procedure visit CRF completion</b>	
Stávající klinické informace, léky	Current Clinical Information, Medications,	xxxx
Výkon včetně TEE*	Procedure inc. TEE*	xxxx*
Propuštění*: TTE, EKG, krevní obraz, INR	Discharge*: TTE, ECG, bloodwork, INR	xxxx
Následná kontrola v 1. měsíci: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, INR*	1 month FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, INR*	xxxx
Následná kontrola v 6. měsíci: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, INR*, 6MWT, QOL, NYHA	6 month FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, INR*, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx
Následná kontrola ve 12. měsíci: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, 6MWT, QOL,	12 month FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx

NYHA		
Následná kontrola – 2. rok: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, 6MWT, QOL, NYHA	2 year FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx
Následná kontrola – 3. rok: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, 6MWT, QOL, NYHA	3 year FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx
Následná kontrola – 4. rok: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, 6MWT, QOL, NYHA	4 year FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx
Následná kontrola – 5. rok: fyzické vyšetření, TTE k ověření implantace, EKG, 6MWT, QOL, NYHA	5 year FU: Physical exam, TTE to verify implant, ECG, 6MWT, QOL, NYHA	xxxx
<b>CELKOVÁ ČÁSTKA ZA DOKONČENÝ SUBJEKT HODNOCENÍ</b>	<b>TOTAL COMPLETED COST PER TREATED* SUBJECT</b>	xxxxxx
<b>CELKOVÁ ČÁSTKA ZA DOKONČENÝ KONTROLNÍ SUBJEKT</b>	<b>TOTAL COMPLETED COST PER CONTROL SUBJECT</b>	xxxxxx
Poplatky FU jsou splatné v plné výši, s výjimkou případu chyby poskytovatele	FU fees are payable in full except in cases where a test is not done due to site error	
<b>*Vztahuje se pouze na subjekt hodnocení, nikoliv na kontrolní subjekt</b>	<b>*Refers only to treated subject, not applicable for control subject</b>	
<b>DALŠÍ POPLATKY</b>	<b>ADDITIONAL FEES</b>	
Nevyhovující screeny	Screen failures	xxx
Posouzení S/AE a vyplnění S/AE CRF	Serious/Adverse Event Review and S/AE CRF Completion	xxx
Neplánovaná kontrola	Unscheduled visit	xxx
Iničiační poplatek (splatný při doručení faktury po úplném podepsání smlouvy)	Start-up fee (payable on receipt of invoice when CTA is signed by all parties)	xxxx
Poplatek za audit (za každý audit, splatný při doručení faktury)	RA Audit/ Inspection (per audit/ inspection, payable on receipt of invoice)	xxxx
Archivace dokumentů studie (splatné při doručení faktury po skončení zkoušení na straně poskytovatele)	Archiving of study documents (payable on receipt of invoice when trial ends at site)	xxxx
Dodatek ke smlouvě (za každý dodatek ke smlouvě vyžádaný zadavatelem) splatný při doručení faktury)	Amendment to contract (per Amendment requested by the Sponsor, payable on receipt of invoice)	xxxx
<b>ZKOUMANÉ ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY:</b>	<b>INVESTIGATIONAL DEVICES:</b>	
Všechny zkoumané zdravotnické prostředky poskytne zadavatel zdarma.	All investigational devices will be provided free of charge by the Sponsor.	
<b>FAKTURACE:</b>	<b>INVOICES:</b>	
Elektronicky k rukám xxxxxx: xxxxxxx	Electronically to the attention of xxxxxx: xxxxxxx	
Kontaktní údaje (jméno, adresa) pro fakturace: xxxxxxxxxx	Name and postal address for invoices: xxxxxxxxxx	

xxxxxx	xxxxxx
Faktura musí obsahovat náležitosti dle z. č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty. Faktury nepodléhají DPH.	The invoice must contain particulars pursuant to Act No. 235/2004 Coll. Invoices are not subject to VAT.
<b>CENA DOPRAVY PRO PACIENTY:</b>	<b>PATIENT TRAVEL COSTS:</b>
Zadavatel souhlasí, že uhradí cestovní náklady (včetně poplatků za parkování) související se studií subjektům zkoušení zařazeným v klinickém zkoušení. Zadavatel poskytne poskytovateli obnos, na jehož výši se dohodl s oddělením klinických studií. Na tento obnos mu pak bude vystaven doklad a zadavatel obdrží od nemocnice přesný rozpis návštěv každého subjektu zkoušení dle pro klinické zkoušení přiděleného identifikačního čísla. V informovaném souhlasu bude uvedena informace o nároku subjektu zkoušení na úhradu cestovních nákladů. Platba za sanitku je hrazena přímo odd. autodopravy Nemocnice Na Homolce. Viz ceník níže:	The Sponsor agrees to pay clinical trial related travel costs (including parking fees) for clinical trial subjects who attend the trial site. The Sponsor will provide an appropriate sum, to be agreed with the clinical trial dpp. finance officer. A receipt will be provided and all costs will be clearly described for the Sponsor for each trial subject, using the subject trial ID. Trial subjects will be informed in the Patient Informed Consent that they are entitled to claim travel expenses. Payment for the ambulance is payed directly to the Nemocnice Na Homolce ambulance service. The rates are as follows:
Subjekty zkoušení, kteří k dopravě použijí vlastní automobil <b>xxxxx/km</b>	Trial subjects using their own car <b>xxxxx per km</b>
Subjekty zkoušení, kteří použijí sanitu Poskytovatele <b>xxxx km</b>	Trial subjects using Provider's ambulance <b>xxxxx per km</b>
Subjekty zkoušení, kteří použijí taxislužby <b>xxx Kč/km</b> (nutné doložit daňovým dokladem)	Trial subjects using taxi <b>xxx CZK per km</b> (receipt required)
Subjekty zkoušení, kteří použijí veřejnou dopravu, musí k proplacení předložit jízdenky.	Trial subjects using public transport will be obliged to show the tickets as a proof of transport and they will be reimbursed accordingly.
Subjekty zkoušení, kteří použijí taxi službu nebo služby soukromého dopravce dle zákona č. 111/1994 Sb., o silniční dopravě, v platném znění, mají nárok na úhradu až do výše <b>xxx Kč/km</b> (doložit daňovým dokladem). Žádná další úhrada nebude za využití služeb taxislužby nebo soukromého dopravce poskytnuta.	Trial subjects using a taxi service or private carrier services in accordance with Act no. 111/1994 Coll, Road Transport Act, as amended, are entitled to payment of up to <b>xxx CZK per km</b> (receipt required). No further reimbursement will be provided for the use of taxi or private carrier services.
Veškerá doprava je hrazena pouze v rámci České republiky a bude kalkulována z místa bydliště subjektu zkoušení, které je evidováno v registru poskytovatele.	All transport costs are payable only for journeys within the Czech Republic, and will be calculated from the trial subject's address registered in the Provider's patient records.