



CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE

DATE (MM/DD/YYYY)
05/25/2023

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 rights to the certificate holder in lieu of such endorsement(s).

PRODUCER Willis Towers Watson Northeast, Inc. c/o 26 Century Blvd P.O. Box 305191 Nashville, TN 372305191 USA		CONTACT NAME: Willis Towers Watson Certificate Center PHONE (A/C, No, Ext): 1-877-945-7378 E-MAIL ADDRESS: certificates@willis.com		FAX (A/C, No): 1-888-467-2378
		INSURER(S) AFFORDING COVERAGE		NAIC #
		INSURER A: ACE American Insurance Company		22667
		INSURER B: Travelers Property Casualty Insurance Comp		36161
		INSURER C: Illinois Union Insurance Company		27960
		INSURER D: Ironshore Specialty Insurance Company		25445
		INSURER E: Everest Indemnity Insurance Company		10851
		INSURER F:		

COVERAGES

CERTIFICATE NUMBER: W29065163

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.

INSR LTR	TYPE OF INSURANCE	ADDL INSD	SUBR WVD	POLICY NUMBER	POLICY EFF (MM/DD/YYYY)	POLICY EXP (MM/DD/YYYY)	LIMITS
A	<input checked="" type="checkbox"/> COMMERCIAL GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLAIMS-MADE <input checked="" type="checkbox"/> OCCUR GEN'L AGGREGATE LIMIT APPLIES PER: <input type="checkbox"/> POLICY <input type="checkbox"/> PRO-JECT <input type="checkbox"/> LOC <input type="checkbox"/> OTHER:			CXC D67240790 004	05/01/2023	05/01/2024	EACH OCCURRENCE \$ 2,000,000 DAMAGE TO RENTED PREMISES (Ea occurrence) \$ 2,000,000 MED EXP (Any one person) \$ 50,000 PERSONAL & ADV INJURY \$ 2,000,000 GENERAL AGGREGATE \$ 2,000,000 PRODUCTS - COMP/OP AGG \$ 0
	AUTOMOBILE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO <input type="checkbox"/> OWNED AUTOS ONLY <input type="checkbox"/> SCHEDULED AUTOS <input type="checkbox"/> HIRED AUTOS ONLY <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTOS ONLY						COMBINED SINGLE LIMIT (Ea accident) \$ BODILY INJURY (Per person) \$ BODILY INJURY (Per accident) \$ PROPERTY DAMAGE (Per accident) \$
B	<input checked="" type="checkbox"/> UMBRELLA LIAB <input type="checkbox"/> EXCESS LIAB <input type="checkbox"/> OCCUR <input checked="" type="checkbox"/> CLAIMS-MADE <input type="checkbox"/> DED <input type="checkbox"/> RETENTION \$			CUP9P96295823I2	05/01/2023	05/01/2024	EACH OCCURRENCE \$ 10,000,000 AGGREGATE \$ 10,000,000
	WORKERS COMPENSATION AND EMPLOYERS' LIABILITY ANY PROPRIETOR/PARTNER/EXECUTIVE OFFICER/MEMBER EXCLUDED? (Mandatory in NH) If yes, describe under DESCRIPTION OF OPERATIONS below		Y/N N/A				<input type="checkbox"/> PER STATUTE <input type="checkbox"/> OTHER E.L. EACH ACCIDENT \$ E.L. DISEASE - EA EMPLOYEE \$ E.L. DISEASE - POLICY LIMIT \$
C	Excess Umbrella			G72526089003	05/01/2023	05/01/2024	\$3,000,000 xs of \$10,000,000

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

Re: Haemonetics Limited
SEE ATTACHED

CERTIFICATE HOLDER

CANCELLATION

Haemonetics Ltd.
 3MB, Middlemarch Business Park
 Siskin Drive
 Coventry CV3 4FJ
 United Kingdom

SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, NOTICE WILL BE DELIVERED IN ACCORDANCE WITH THE POLICY PROVISIONS.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE





ADDITIONAL REMARKS SCHEDULE

AGENCY Willis Towers Watson Northeast, Inc.		NAMED INSURED Haemonetics Corporation 125 Summer Street Boston, MA 02110	
POLICY NUMBER See Page 1		EFFECTIVE DATE: See Page 1	
CARRIER See Page 1	NAIC CODE See Page 1		

ADDITIONAL REMARKS

THIS ADDITIONAL REMARKS FORM IS A SCHEDULE TO ACORD FORM,
 FORM NUMBER: 25 FORM TITLE: Certificate of Liability Insurance

INSURER AFFORDING COVERAGE: Ironshore Specialty Insurance Company NAIC#: 25445
 POLICY NUMBER: HC7NAB9330003 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Excess PROD	Ea claim/agg.	\$10M xs \$10M

INSURER AFFORDING COVERAGE: Everest Indemnity Insurance Company NAIC#: 10851
 POLICY NUMBER: LS8GL00080231 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Products Liability	Each Claim/Aggregate	\$5M/\$5M
	SIR ea claim	3,500,000
	Agg Retention	10,500,000

ADDITIONAL REMARKS:
 SIR applies per policy terms & conditions

INSURER AFFORDING COVERAGE: Illinois Union Insurance Company NAIC#: 27960
 POLICY NUMBER: G72526089003 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Excess Products	\$5,000,000 xs	\$5,000,000

INSURER AFFORDING COVERAGE: Everest Indemnity Insurance Company NAIC#: 10851
 POLICY NUMBER: LS8GL00080231 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Professional E&O	Ea claim/agg	\$5M/\$5M
	SIR ea claim	3,500,000
	SIR agg	10,500,000



ADDITIONAL REMARKS SCHEDULE

AGENCY Willis Towers Watson Northeast, Inc.		NAMED INSURED Haemonetics Corporation 125 Summer Street Boston, MA 02110	
POLICY NUMBER See Page 1		EFFECTIVE DATE: See Page 1	
CARRIER See Page 1	NAIC CODE See Page 1		

ADDITIONAL REMARKS

THIS ADDITIONAL REMARKS FORM IS A SCHEDULE TO ACORD FORM,
 FORM NUMBER: 25 FORM TITLE: Certificate of Liability Insurance

INSURER AFFORDING COVERAGE: Illinois Union Insurance Company NAIC#: 27960
 POLICY NUMBER: G72526089003 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Excess Healthcare E&O	\$5,000,000 xs	\$5,000,000

INSURER AFFORDING COVERAGE: Ironshore Specialty Insurance Company NAIC#: 25445
 POLICY NUMBER: HC7NAB9330003 EFF DATE: 05/01/2023 EXP DATE: 05/01/2024

TYPE OF INSURANCE:	LIMIT DESCRIPTION:	LIMIT AMOUNT:
Excess Healthcare Professional E&O	\$5,000,000 xs of	\$10,000,000

ACORD®

POTVRZENÍ O POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

DATUM (DD/MM/RRRR)
25/05/2023

TOTO POTVRZENÍ SE VYDÁVÁ POUZE PRO INFORMACI A NEZAKLÁDÁ DRŽITELI POTVRZENÍ ŽÁDNÁ PRÁVA. TOTO POTVRZENÍ NEDOPLŇUJE, NEROZŠÍRUJE ANI NEMĚNÍ (V Kladném či negativním smyslu) POJISTNÉ KRYTÍ POSKYTOVANÉ NÍŽE UVEDENÝMI POJISTNÝMI SMLOUVAMI. TOTO POTVRZENÍ O POJIŠTĚNÍ NEPŘEDSTAVUJE SMLOUVU MEZI VYDÁVAJÍCÍM POJISTITELEM (VYDÁVAJÍCÍMI POJISTITELI), OPRAVNĚNÝM ZÁSTUPCEM NEBO OBCHODNÍM ZÁSTUPCEM A DRŽITELEM POTVRZENÍ.

DŮLEŽITÉ: Pokud je držitel potvrzení DALŠÍ POJIŠTĚNOU OSOBOU, musí být pojistka (pojistky) opatřena ustanoveními o DOPLŇKOVÉM POJIŠTĚNÍ nebo musí být opatřena dodatkem. Pokud je SUBROGACE neuplatněna, může být v závislosti na podmínkách pojistné smlouvy u některých pojistek vyžadován dodatek. Prohlášení v tomto potvrzení nezakládá práva držitele potvrzení namísto takového dodatku (dodatků).

OBCHODNÍ ZÁSTUPCE Willis Towers Watson Northeast, Inc. c/o 26 Century Blvd P.O. Box 305191 Nashville, TN 372305191 USA	Kontaktní název	Willis Towers Watson Certificate Center		
	Tel. (předč. č. linky)	1-877-945-7378	FAX (předč.)	1-888-467-2378
	E-MAILOVÁ ADRESA:	certificates@willis.com		
	POJISTITEL(Ě) POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ			č. NAIC
	POJISTITEL A :	ACE American Insurance Company	22667	
	POJISTITEL B :	Travelers Property Casualty Insurance Comp	36161	
	POJISTITEL C :	Illinois Union Insurance Company	27960	
	POJISTITEL D :	Ironshore Specialty Insurance Company	25445	
	POJISTITEL E :	Everest Indemnity Insurance Company	10851	
	POJISTITEL F :			

KRYTÍ

ČÍSLO POTVRZENÍ: w29065163

ČÍSLO REVIZE:

TÍMTO POTVRZUJEME, ŽE NÍŽE UVEDENÉ POJISTNÉ SMLOUVY BYLY VYSTAVENY PRO VÝŠE UVEDENÉHO POJIŠTĚNÉHO NA UVEDENÉ POJISTNÉ OBDOBÍ. BEZ OHLEDU NA JAKÝKOLI POŽADAVEK, TERMÍN NEBO PODMÍNKU JAKÉKOLI SMLOUVY NEBO JINÉHO DOKUMENTU, K NĚMUŽ MŮŽE BYT TOTO POTVRZENÍ VYDÁNO, NEBO K NĚMUŽ SE MŮŽE VZTAHOVAT, SE NA POJIŠTĚNÍ POSKYTOVANÉ ZDE POPSANÝMI POJISTKAMI VZTAHUJÍ VŠECHNY PODMÍNKY, VÝJIMKY A USTANOVENÍ TĚCHTO POJISTEK. UVEDENÉ LIMITY MOHOU BYT SNÍŽENY O VYPLACENÉ POJISTNÉ PLNĚNÍ.

PÍSM. POJISTITEL	TYP POJIŠTĚNÍ	DALŠÍ POJIŠTĚNĚC	ZREKNUTÍ SE SUBR.	ČÍSLO POJISTKY	PLATN. POJ. OD (DD/MM/RRR)	PLATN. POJ. DO (DD/MM/RRR)	LIMITY	
A	<input checked="" type="checkbox"/> OBEČNÁ ODP. PODNIKÁNÍ <input type="checkbox"/> UČ. NÁROKY <input checked="" type="checkbox"/> POJ. UD. VŠEOB. CELK. LIMIT PLATÍ PRO: <input type="checkbox"/> POJISTKU <input type="checkbox"/> PROJEKT <input type="checkbox"/> LOKACI <input type="checkbox"/> JINÉ			CXC D67240790 004	1.5.2023	1.5.2024	JEDNOTL. POJISTNÁ UDÁLOST	2 000 000 USD
							POŠK. PRONAJ. PROSTOR (jednotlivá poj. ud.)	2 000 000 USD
							LÉČEBNÉ VÝDAJE (kterákoli osoba)	50 000 USD
							OSOBNÍ ÚJMA A ÚJMA V DŮSL. ZVEŘ. INF.	2 000 000 USD
							CELKOVÝ VŠEOB.	2 000 000 USD
							CELKOVÝ NA VÝROBKU – DOKONČENÁ MONTÁŽ	0 USD
	ODPOVĚDNOST AUTOMOBIL <input type="checkbox"/> JAKÝKOLI AUT. <input type="checkbox"/> VLASTNÍ AUT. <input type="checkbox"/> URČENÝ AUT. <input type="checkbox"/> PRONAJ. AUT. <input type="checkbox"/> POUZE NEVLASTNÍ AUT.						JEDN. SDR. LIMIT (jednotlivá nehoda)	USD
							ÚRAZ (na osobu)	USD
							ÚRAZ (na jednu nehodu)	USD
							ŠKODY NA MAJETKU (na jednu nehodu)	USD
								USD
B	<input checked="" type="checkbox"/> ZASTŘEŠ ODPOVĚDN. <input type="checkbox"/> P. UD. <input type="checkbox"/> NADM. ODPOV. <input checked="" type="checkbox"/> UČ. NÁROKY <input type="checkbox"/> SPOLUÚČ. <input type="checkbox"/> NADM			CUP9P9629582312	1.5.2023	1.5.2024	JEDNOTL. POJISTNÁ UDÁLOST	10 000 000 USD
							CELKOVÝ	10 000 000 USD
	ODŠKODNĚNÍ PRACOVNÍKŮ A ODP. ZAMĚSTNAVATELE A/N JE NĚKTERÝ Z VLASTNÍKŮ/ <input type="checkbox"/> SPOLEČNÍKŮ/JEDNATELŮ/ ČLENŮ VYLOUČEN? (Povinné v NH) Pokud ano, popište v části POPIS ČINNOSTI níže	Nevzt.					<input type="checkbox"/> PODLE ZÁK. <input type="checkbox"/> JINÉ	
							E.L. KAŽDÁ NEHODA	USD
							E.L. NEMOC – KAŽDÝ ZAM.	USD
							E.L. NEMOC – LIMIT POJISTKY	USD
C	Nadměrná Zastřešující			G72526089003	1.5.2023	1.5.2024	3 000 000 USD nad	10 000 000 USD

POPIS ČINNOSTÍ / MÍST / VOZIDEL (ACORD 101, tabulka doplňujících poznámek může být přiložena, pokud je potřeba více místa)

Ad: Haemonetics Limited
VIZ PŘÍLOHA

DRŽITEL POTVRZENÍ

ZRUŠENÍ

Haemonetics Ltd. 3MB, Middlemarch Business Park Siskin Drive Coventry CV3 4FJ Velká Británie	POKUD BUDE NĚKTERÁ Z VÝŠE POPSANÝCH POJISTNÝCH SMLUV ZRUŠENA PŘED DATEM JEJICH VYPRŠENÍ, BUDE VÝPOVĚĎ DORUČENA V SOULADU S USTANOVENÍMI POJISTNÉ SMLOUVY. ZPLNOMOCNĚNÝ ZÁSTUPCE [Nečitelný podpis]
--	--

© 1988-2016 ACORD CORPORATION. Všechna práva vyhrazena.

ACORD 25 (2016/03) Název a logo ACORD jsou registrované ochranné známky společnosti ACORD.

SR ID č.: 24188127

ŠARŽE: 2989264

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ZÁKAZNÍKA AGENTURY:

LOK ČÍSLO:

Strana 2 z 3

ACORD®

DODATEK – DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

AGENTURA Willis Towers Watson Northeast, Inc.		JMÉNO POJIŠTĚNÉHO Haemonetics Corporation 125 Summer Street Boston, MA 02110	
ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY Viz strana 1		KÓD NAIC Viz strana 1	
POJISTITEL Viz strana 1		DATUM NABYTÍ PLATNOSTI: Viz strana 1	

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

TENTO FORMULÁŘ DOPLŇUJÍCÍCH POZNÁMEK JE DODATEK FORMULÁŘE SPOLEČNOSTI ACORD

ČÍSLO FORMULÁŘE: 25 NÁZEV FORMULÁŘE: Potvrzení o pojištění odpovědnosti

POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Ironshore Specialty Insurance Company Č. NAIC: 25445
ČÍSLO POJ. SMLOUVY: HC7NAB9330003 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024

TYP POJIŠTĚNÍ: POPIS LIMITU ČÁSTKA LIMITU:
Nadlimit PROD Každý nárok/celk. 10 MIL. USD nad 10 MIL. USD

POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Everest Indemnity Insurance Company Č. NAIC: 10851
ČÍSLO POJ. SMLOUVY: LS8GL00080231 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024

TYP POJIŠTĚNÍ: POPIS LIMITU ČÁSTKA LIMITU:
POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA Každý nárok/celkový 5 MIL. USD /5 MIL. USD
VÝROBKY SIR (samopojištěná část rizika) 3 500 000
každý nárok
Celk. vlastní vrub 10 500 000

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY:
SIR platí podle pojistných podmínek

POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Illinois Union Insurance Company Č. NAIC: 27960
ČÍSLO POJ. SMLOUVY: G72526089003 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024

TYP POJIŠTĚNÍ: POPIS LIMITU ČÁSTKA LIMITU:
Nadlimit Výrobky 5 000 000 USD nad 5 000 000 USD

POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Everest Indemnity Insurance Company Č. NAIC: 10851
ČÍSLO POJ. SMLOUVY: LS8GL00080231 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024

TYP POJIŠTĚNÍ: POPIS LIMITU ČÁSTKA LIMITU:
Profesní omyly a opomenutí Každý nárok/celkový 5 MIL. USD /5 MIL. USD
SIR (samopojištěná část rizika) 3 500 000
každý nárok
SIR celk. 10 500 000

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ZÁKAZNÍKA AGENTURY:

LOK ČÍSLO:

Strana 3 z 3

ACORD®

DODATEK – DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

AGENTURA Willis Towers Watson Northeast, Inc.		JMÉNO POJIŠTĚNÉHO Haemonetics Corporation 125 Summer Street Boston, MA 02110	
ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY Viz strana 1		KÓD NAIC Viz strana 1	
POJISTITEL Viz strana 1		DATUM NABYTÍ PLATNOSTI: Viz strana 1	

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

TENTO FORMULÁŘ DOPLŇUJÍCÍCH POZNÁMEK JE DODATEK FORMULÁŘE SPOLEČNOSTI ACORD			
ČÍSLO FORMULÁŘE: 25 NÁZEV FORMULÁŘE: Potvrzení o pojištění odpovědnosti			
POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Illinois Union Insurance Company ČÍSLO POJ. SMLOUVY: G72526089003 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024			Č. NAIC: 27960
TYP POJIŠTĚNÍ: Nadlimit zdravotní péče omyly a opomenutí	POPIS LIMITU 5 000 000 USD nad	ČÁSTKA LIMITU: 5 000 000 USD	
POJISTITEL POSKYTUJÍCÍ POJISTNÉ KRYTÍ: Ironshore Specialty Insurance Company ČÍSLO POJ. SMLOUVY: HC7NAB9330003 PLATNOST OD: 1.5.2023 PLATNOST DO: 1.5.2024			Č. NAIC: 25445
TYP POJIŠTĚNÍ: Nadlimit zdravotní péče profesní omyly a opomenutí	POPIS LIMITU 5 000 000 USD nad	ČÁSTKA LIMITU: 10 000 000 USD	

PŘEKLADATELSKÁ DOLOŽKA

Já, [REDACTED] soudní překladatel jazyka českého a anglického zapsaný v seznamu překladatelů vedeném Ministerstvem spravedlnosti České republiky, tímto stvrzuji, že jsem osobně provedl překlad připojené listiny, a že tento překlad souhlasí s textem předmětné listiny. Při provádění překladu nebyl přibrán konzultant.

Překladatelský úkon byl proveden v elektronické podobě v souladu s ustanoveními vyhlášky č. 506/2020 o výkonu tlumočnické a překladatelské činnosti v platném znění, přičemž přeložená písemnost byla v nezměněné podobě vložena jako příloha do tohoto souboru.

Tento úkon je zapsán v evidenci úkonů pod číslem položky: 156/39/2023.

Datum: 7. července 2023

TRANSLATOR'S CLAUSE

I, [REDACTED] sworn translator of Czech and English registered in the list of translators at the Ministry of Justice of the Czech Republic, hereby confirm that I have personally translated the attached document and that this translation corresponds to the text of the said document. No consultant has been approached for the translation.

The translation was performed in electronic form in accordance with the provisions of Decree No. 506/2020 on the Performance of Interpreting and Translation Acts, as amended, and the translated document was in its unaltered form inserted as an attachment to this file.

This translation is entered in the translator's records under the following reference number: 156/39/2023.

Date: 7 July 2023



[REDACTED]
Digitální podpis:
04.07.2023 12:59