

(ご注意) ★印の項目は、大切な項目です。訂正する場合は申込人(保険契約者)または被保険者の訂正印(または訂正署名)をお願いします。

再生医療サポート保険 (臨床研究)告知事項申告書

証券
番号

この告知事項申告書のご申告の内容によっては、引受けをお断りすることがありますのであらかじめご了承ください。ご契約いただく際には、保険契約の締結に先立ち、この告知事項申告書に代表者の記名押印(または署名)をお願いいたします。この告知事項申告書は、保険契約締結時における告知書として保険証券に添付されます。

この告知事項申告書には事実を正確にご回答(記入)ください。この書面は、賠償責任保険普通保険約款に規定する「当社が保険申込書において定めた危険に関する重要な事項」であり、故意または重大な過失によって事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

本保険契約および保険請求に関する個人情報について、当社が本保険引受の審査および履行のために利用することならびに一般社団法人日本再生医療学会、一般社団法人学会支援機構、特定認定再生医療等委員会、認定再生医療等委員会、補償に関わる倫理委員会および研究対象者が再生医療の推進に寄与するために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払に関する関係先、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等に提供することがあります。詳細については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

告知事項 申告書記入日	年 月 日	保険契約者 または 被保険者	印
----------------	-------	----------------------	---

確認事項		告知内容★
1. 添付書類	プロトコルを添付しましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(「未知の健康被害」のみを対象とする医療費・医療手当の補償を希望する場合) 患者説明同意文書を添付しましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「日本再生医療学会 再生医療認定医 認定証」(写)を添付しましたか? (「保険開始日時点」において、被保険者(研究者等、研究責任者)かつプロトコルに氏名の記載がある先生が、一般社団法人日本再生医療学会が認定する「再生医療認定医」に該当する場合は、割引の適用が可能です。) *認定証の添付は1名分のみで可	<input type="checkbox"/> はい (→割引適用あり) <input type="checkbox"/> 研究責任者が再生医療認定医に該当 <input type="checkbox"/> 研究責任者以外が再生医療認定医に該当 <input type="checkbox"/> いいえ
2. 臨床研究計画の名称		
3. 臨床研究計画 内容の概要		
4. 美容	美容を唯一の目的とする臨床研究ですか? ※「はい」の場合お引き受けできません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 臨床研究の種別	<input type="checkbox"/> 第一種 <input type="checkbox"/> 第二種	<input type="checkbox"/> 第三種
6. 予定研究対象者数	再生医療等を受ける者	人(症例)
	再生医療等に用いる細胞を提供する者(再生医療等を受ける者以外)	人(症例)
7. 臨床研究 実施予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

(注) 上記に記載しきれない場合には別紙を添付願います。

受付番号