

再生医療サポート保険(臨床研究) ヒアリングシート

証券
番号

確認事項		確認内容
1. 研究終了後補償期間	「臨床研究終了後も引き続き本臨床研究保険にて補償を継続する期間」を記載してください。	臨床研究終了後 年 (0年から10年までの1年単位)
2. 支払限度額	(1) 臨床研究補償責任特約における「医療費・医療手当」の補償を希望しますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> (a) 未知の健康被害のみ補償 <input type="checkbox"/> (b) 既知・未知双方の健康被害を補償 <input type="checkbox"/> 希望しない
	(2) 支払限度額は次ページ記載の通りです。	<input type="checkbox"/> 確認済み -----
3. 被保険者	(1) 被保険者の追加がありますか？ ※被保険者の範囲は以下の通りです。 ①研究者等 ②研究責任者 ③組織の代表者等 ④臨床研究機関 ⑤共同臨床研究機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 追加
	(2) 追加する被保険者 ※追加する場合、追加する被保険者名を記載してください。	被保険者名 _____
	(3) 上記被保険者①②の中に、日本再生医療学会が認定する「臨床培養士」はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

(注) 上記に記載しきれない場合には別紙を添付してください。

お見積書の宛名					
ご契約手続き等に関するご連絡先	医療機関名			氏名	
				電話	FAX
	所属		役職	Eメール	

ご契約者名	
ご契約者住所	〒
保険証券送付先	<input type="checkbox"/> ご契約者住所と同じ
	<input type="checkbox"/> ご契約者住所以外 (下記に住所を記載してください) 〒

再生医療サポート保険(臨床研究) 支払限度額のご案内

(補償の詳細はパンフレットをご参照ください)

臨床研究賠償責任特約(法律上の損害賠償責任)の支払限度額(免責金額なし)

身体障害(健康被害)1名1億円 / 1事故・期間中3億円

*身体障害(健康被害)による賠償事故にのみ保険金をお支払いします。(財物損壊による賠償事故に対しては保険金をお支払いしません。)

臨床研究補償責任特約(補償責任)の支払限度額(免責金額なし)

(1) 医療費※ 1名につき100万円(実費補償)・最大支払月数12か月 / 1研究あたり医療費・医療手当合算にて1,000万円

(2) 医療手当※ 1名につき下表のとおり(定額補償)・最大支払月数12か月

/ 1研究あたり医療費・医療手当合算にて1,000万円

区分	日数	1か月あたりの支払限度額
通院のみの場合 (入院相当程度の通院治療を受けた場合)	1か月のうち3日以上	36,800円
	1か月のうち3日未満	34,800円
入院の場合	1か月のうち8日以上	36,800円
	1か月のうち8日未満	34,800円
入院と通院がある場合		36,800円

※上記以外の支払限度額もご選択可能です。詳細は取扱代理店または三井住友海上までお問い合わせください

(3) 補償金 1名につき下表のとおり(定額補償)

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)

再生医療等を受ける者

死亡	生計維持者		4,000万円	
	非生計維持者		1,800万円	
後遺障害	1級	2,200万円	8級	800万円
	2級	2,000万円	9級	600万円
	3級	1,800万円	10級	500万円
	4級	1,500万円	11級	350万円
	5級	1,300万円	12級	250万円
	6級	1,100万円	13級	150万円
	7級	900万円	14級	100万円

死亡	生計維持者		2,000万円(200万円)	
	非生計維持者		700万円(70万円)	
後遺障害	生計維持者	1級	3,000万円(300万円)	
		2級	2,400万円(240万円)	
	非生計維持者	1級	2,000万円(200万円)	
		2級	1,600万円(160万円)	

*「悪性新生物」および「後天性免疫不全症候群(所謂AIDS)もしくは同種の疾病」に関わる再生医療等を受ける者に対しては括弧内の金額を適用。

(4) その他

臨床研究補償責任特約にて支払う保険金の合計額は、臨床研究賠償責任特約にて支払う保険金と合算し、保険期間中において3億円を限度とします。

ご注意

上記「(1) 医療費」、「(2) 医療手当」の補償は、ヒアリングシート「2. 支払限度額(1)」にて「希望する」を選択いただいた場合のみ付帯されます。「希望しない」を選択した場合は、「(3) 補償金」のみの補償内容となりますので、ご注意ください。

受付番号

—

申込書添付用 / 証券添付厳禁