SBI Insurance

LSO110-08(16.05)

2016年5月改定

# SBI損保のがん保険 自由診療タイプ

## がん治療費用保険

# 重要事項説明書

## (契約概要・注意喚起情報)

重要事項説明書はご契約に際して特にご確認・ご注意いただきたい事項を記載していますので、ご契約の前に必ずお読みいただき、お申込みください。なおこの重要事項説明書はご契約に関するすべての内容を記載しているものではありません。
詳細は「ご契約のしおり」(ご契約締結後に保険証券とともにお送りします。弊社Webサイトにも掲載しています。)をご参照ください。
ご不明な点はSBI損保サポートデスクまでお問い合せください。

## 用語のご説明(五十音順)

その他用語については「がん治療費用保険　普通保険約款・特約」をご参照ください。

**がん**　厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD－10(2003年版)準拠」に定める悪性新生物(C00-C97)および上皮内新生物(D00-D09)をいいます。

**がんの診断確定**　病理組織学的所見、細胞学的所見、理学的所見、臨床学的所見および手術所見の全部またはいずれかにより医師によってがんの診断が確定されることをいいます。

**契約者**　ご契約の当事者として、保険契約の締結や保険料のお支払い等、保険契約上のさまざまな権利・義務を持たれる方で、保険証券等の保険契約者欄に記載されている方をいいます。

**自費診療**　公的医療保険制度を利用せず、自費負担で受ける診療をいいます。

**先進医療**　厚生労働大臣が定める、高度の医療技術を用いた療養その他の療養のことをいいます。

**選定療養**　差額ベッド等の患者の快適性・利便性に係るもの、医療機関の選択に係るものおよび医療行為等の選択に係るものであって、厚生労働大臣が定める療養をいいます。差額ベッド代は「選定療養」に含まれます。

**被保険者**　保険の補償の対象となる方をいいます。この保険では契約者と同一です。

**評価療養**　厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、将来、公的な保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、評価を行うことが必要なものとして厚生労働大臣が定める医療技術に係るものおよび医薬品・医療機器に係るものをいいます。
先進医療は「評価療養」のひとつです。

**保険金**　保険契約により定めた事由が発生した場合に、保険会社が被保険者に支払うお金をいいます。

**保険料**　被保険者の被る危険を保険会社が負担する対価として、契約者が保険会社に支払うお金のことをいいます。

## 各種お問い合せ先

| | | |
|---|---|---|
| ①ご契約に関するご質問・ご連絡等 | SBI損保サポートデスク | フリーコール 0800-8880-105 新規のご契約<br>フリーコール 0800-8880-181 異動・解約等変更手続き<br>受付時間　平日 9:00～17:30(土日祝日・12/31～1/3を除く)<br>※IPフォン等でフリーコールが繋がらない場合は、050-3786-0577(有料)へお掛けください。 |
| ②医療相談サービスのご利用 | SBI損保メディカルセンター | フリーコール 0800-8880-773<br>受付時間　平日 9:00～17:30(土日祝日・12/31～1/3を除く)<br>※IPフォン等でフリーコールが繋がらない場合は、050-3786-0773(有料)へお掛けください。 |
| ③がんの疑いやがんの診断確定を受けた時のご連絡 | SBI損保メディカルセンター | フリーコール 0800-8880-773<br>受付時間　平日 9:00～17:30(土日祝日・12/31～1/3を除く)<br>※IPフォン等でフリーコールが繋がらない場合は、050-3786-0773(有料)へお掛けください。 |
| ④弊社へのお問い合せ・ご相談・苦情 | SBI損害保険(株)<br>お客様相談室 | フリーコール 0800-8888-836<br>受付時間　平日 9:00～17:00(土日祝日・12/31～1/3を除く) |

契約概要　保険商品の内容をご理解いただくための事項

注意喚起情報　ご契約に際して保険契約者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項

しおり　このマークがある項目の詳細については、「ご契約のしおり」に記載されています。「ご契約のしおり」は弊社ホームページに掲載しております。なお、冊子をご希望の場合にはSBI損保サポートデスクまでご連絡ください。

SBI損害保険株式会社

# 1 契約締結前におけるご確認事項

## (1) 商品の仕組み

契約概要

この保険は、**被保険者**(※)が、日本国内において、**がん**と診断確定され、その**がん**の治療のために入院したり外来診療を受けたりした場合に、下記(2)④に記載の**保険金**をお支払いします。なお、次のいずれかに該当する治療に限ります。

① 公的医療保険の対象となる診療
② **先進医療**に該当する診療
③ 米国国立がん研究所(NCI)のガイドラインに定める診療
④ National Comprehensive Cancer Network(NCCN)のガイドラインに定める診療
⑤ 癌専門医委員会(第三者の医療専門家により構成されるがん治療の有効性を評価するための委員会)において有効と判断された診療

※この保険では、**被保険者**は**契約者**と同一です。

## (2) 補償の内容

契約概要

注意喚起情報

しおり 2.(2)保険金をお支払いする場合とお支払いできない主な場合

この保険の補償内容の概要は次のとおりです。

| | 基本の補償 | | 追加できる補償 |
|---|---|---|---|
| | がん入院保険金 | がん通院保険金 | がん診断保険金(任意付帯) |
| ① 保険金額 | 無制限 | 保険期間通算で1,000万円 | 100万円、200万円、300万円(定額)(※1) |
| ② 支払事由 | 上記(1)に該当し、入院して治療を受けた場合 | 上記(1)に該当し、外来診療での治療を受けた場合 | **がんの診断確定**を受けた場合 |
| ③ **保険金**をお支払いできない主な場合 | ・**がん**の診断の検査を目的とした入院<br>・**がん**の手術により失われた形態・機能を改善する**自費診療**による形成手術を目的とした入院 | ・**がん**の診断の検査を目的とした外来診療<br>・**がん**の手術により失われた形態・機能を改善する**自費診療**による形成手術を目的とした外来診療 | ・2年以内に診断確定した**がん**がある場合 |
| | 保険始期前または支払責任開始日の前日までに、**がんの診断確定**をされていることによって契約が無効となる場合 | | |
| ④ お支払いする**保険金**の額 | 支払事由の治療にかかった費用(※2)および保険金請求のためにかかった診断書等の発行費用をお支払いします。(※3) | 支払事由の治療にかかった費用(※2)および保険金請求のためにかかった診断書等の発行費用をお支払いします。なお、保険期間通算で1,000万円が限度となります。(※3) | がん診断保険金額(定額)をお支払いします。 |

※1. がん診断保険金の保険金額は、申込書または見積画面でご確認ください。がん診断保険金支払特約を付帯しない場合には、がん診断保険金は「なし」となります。
※2. **評価療養**・**選定療養**の特別の療養環境の提供に関する差額ベッド代等の費用は含まれません。また、公的医療保険制度にて保障されるべき額(公的保険診療で可能な診療を**自費診療**にて行った場合の公的保険診療相当分・高額療養費相当額)はお支払いの対象となりません。
※3. 治療費等の実額を支払う他の保険契約がある場合は、他の保険契約を含めて治療費等の実額が限度となり、その額を超えた分はお支払いしません。

[水色の文字]の用語については、表紙 用語のご説明 をご参照ください。

## (3) 付帯できる主な特約とその概要

契約概要

しおり 2.(1)②付帯される特約

がん診断保険金支払特約があり、その概要は「(2)補償の内容」の「がん診断保険金」のとおりです。なお、がん診断保険金支払特約は任意付帯です。

## (4) 契約者・被保険者の範囲

この保険は、**契約者**と**被保険者**を同一としてのお引受けとなります。

## (5) 補償の重複

注意喚起情報

がん入院保険金・がん通院保険金では、他の保険で同種の保険商品(当社以外の保険契約を含みます。)をご契約されている場合に、補償範囲が重複することがあります。

補償が重複すると、対象となる入院等についてどちらの保険契約からも補償されますが、いずれか一方の保険契約からは**保険金**が支払われない場合がありますのでご注意ください。

## (6) 保険期間と補償の開始時期、契約の自動更新

契約概要

注意喚起情報

しおり 2.(3)支払責任開始日
4.(3)契約の更新

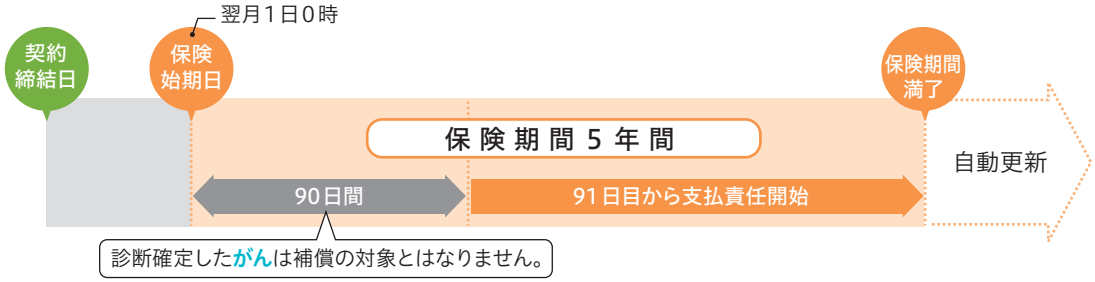
この保険の保険期間は5年です。保険始期は契約締結日(※1)の翌月1日0時となります。

補償の開始は支払責任開始日からとなります。支払責任開始日は初回契約(※2)の保険始期日から91日目です。

なお、支払責任開始日より前に診断確定した**がん**は補償の対象とはなりません。

※1.申込人(**契約者**)からの保険契約の申込みに対して、弊社が引受けを承諾して契約が成立した日となります。
申込書の郵送による申込みの場合で口座振替の支払方法を選択されるときは「(9)保険料のお支払方法」をご確認ください。

※2.自動更新した契約は、始期から保険責任が開始します。




次のいずれかに該当する場合を除き、保険期間満了時に自動更新します。

- 保険期間満了の2か月前までに**契約者**から自動更新しない旨のお申出があった場合
- 契約年齢(始期日時点での**被保険者**の満年齢)が91歳以上の場合
- 未払いの**保険料**が保険期間満了時にある場合
- 弊社が保険期間満了の2か月前までに自動更新しないことを**契約者**に通知した場合
- 弊社がこの保険の販売を停止した場合

なお、自動更新後の**保険料**は、更新契約の契約年齢により再計算しますので、更新前の**保険料**とは異なります。また、弊社が、普通保険約款・特約、保険料率等を改定した場合、改定日以降を始期日とする更新契約には、その始期日における普通保険約款・特約、保険料率等が適用されます。そのため、更新契約の補償内容や**保険料**が更新前の保険契約と異なることや、契約を更新できないことがあります。あらかじめご了承ください。

## (7) 医療相談サービスのご案内

この保険の**契約者**は「医療相談サービス」をご利用いただけます。このサービスの内容につきましては、「サービスガイド」をご参照ください。

※このサービスは弊社の提携会社である(株)保健同人社が提供いたします。このサービスの内容は、予告なく変更・中止することがありますので、あらかじめご了承ください。

## (8) 保険料

契約概要

**保険料**は、**契約者**(**被保険者**と同一)の年齢・性別、払込方法、保険始期日によって決定されます。詳しくは弊社Webサイトまたはパンフレット等をご覧ください。また、実際の**保険料**については、見積画面や申込書にてご確認ください。

## (9) 保険料のお支払方法

契約概要

しおり 3.保険料のお支払いについて

保険料の払込方法・支払方法は、下表のとおりです。
なお、この保険には、保険料払込免除制度はありません。

| | インターネットによる申込みの場合 | | 申込書の郵送による申込みの場合 |
|---|---|---|---|
| 払込方法 | 月払 | 年払 | 月払・年払 |
| 支払方法 | クレジットカード払<br>口座振替 | クレジットカード払<br>コンビニエンスストア払<br>口座振替 | クレジットカード払<br>口座振替（※） |

※申込書を郵送いただく場合で口座振替を選択されたときは、完備した申込書類一式を弊社にて受領した日によって、保険始期日が以下のとおりとなります。

- 毎月1日から14日までに弊社が受領し契約締結となる場合：受領日の翌月1日
- 毎月15日から末日までに弊社が受領し契約締結となる場合：受領日の翌々月1日

## (10) 満期返れい金・契約者配当金

契約概要

この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

## (11) 保険料の払込時期等

契約概要

注意喚起情報

しおり 3.(3)保険料お支払いのタイミング

保険料は、保険証券記載の払込期日までに払込みください。払込期日より後に支払事由が発生した保険金については、保険料の払込みがあるまで保険金をお支払いできませんのでご留意ください。

なお、原則として払込期日の属する月の翌々月の末日を保険料払込猶予期日としており、保険料払込猶予期日までに保険料の払込みがない場合には、その払込期日に遡って契約を解除いたします。この場合、払込期日後に支払事由が発生した保険金については、お支払いをすることができません。

この保険には、契約の復活制度はありません。

## (12) 解除・無効・失効・取消し

注意喚起情報

**① 解除**

次のいずれかに該当する場合には、弊社は保険契約を解除することができます。

ア. 保険料の払込みがなく、「(11)保険料の払込時期等」に記載の解除に該当する場合

イ. 生年月日または性別の訂正があり、追加保険料が生じたときにおいて、その追加保険料の払込みが所定の期間内になかった場合

ウ. 「2 契約締結時におけるご注意事項(1)告知義務(保険申込書の記載上の注意事項)」の告知事項について事実との相違があり、告知義務違反による解除の要件を満たす場合

エ. 次の重大事由解除の要件に該当する場合

a. 契約者等が、弊社に保険金を支払わせることを目的として保険金の支払事由を生じさせ、または生じさせようとした場合

b. 被保険者等が保険金の請求について、詐欺を行い、または行おうとした場合

c. 契約者が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合

d. a～cと同程度に契約者等に対する弊社の信頼を損ない、保険契約の存続を困難とする重大な事由を生じさせた場合

**② 無効**

次のいずれかに該当する場合には、弊社は保険契約を無効とします。

ア. 保険金を不法に取得する目的で契約をした場合

イ. 保険始期前または支払責任開始日の前日までに、がんの診断確定をされていた場合

ウ. 生年月日の訂正があり、訂正後の契約年齢が引受対象年齢の範囲外となる場合

**③ 失効**

被保険者が死亡した場合には、保険契約は失効します。

**④ 取消し**

契約者の詐欺・強迫によって弊社が契約をした場合には、弊社は保険契約を取消します。

# 2 契約締結時におけるご注意事項

## (1) 告知義務（保険申込書の記載上の注意事項）

注意喚起情報

しおり 1.(1)申込書・告知書の記載

告知事項は公平な引受判断を行ううえで重要な事項となりますので、申込時に告知事項と示されている以下の項目について正しくご回答ください。回答内容が事実と違っている場合には、ご契約を解除させていただくことや**保険金**のお支払いができないことがあります。

ア．**被保険者**の生年月日　イ．**被保険者**の性別　ウ．**がん**・悪性腫瘍・悪性新生物の罹患歴

エ．直近５年の**がん**と関連のある疾病罹患歴　オ．直近２年の健康診断等の検査結果

カ．直近３か月の身体の変調

代理店や弊社営業社員に口頭で伝えても告知したことにはなりませんので、必ず告知書にご記入ください。回答内容によってはご契約できないことがあります。

## (2) クーリング・オフ

注意喚起情報

しおり 1.(3)クーリング・オフ制度

ご契約の申込後であっても申込日から８日以内であれば、弊社への郵便（ハガキまたは封書）の送付によって、ご契約のお申込みの撤回（クーリング・オフ）を行うことができます。

クーリング・オフをした場合には、既に払込まれた**保険料**を返還いたします。ただし、クーリング・オフをしたのが保険期間の開始後の場合には、解除までの期間分を日割にてお支払いいただくことがあります。

クーリング・オフのお手続きは、お電話や代理店では受付できませんので、弊社宛に必ず郵送にて行ってください。

**宛　先**　〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂１丁目10番８号４階
SBI損害保険株式会社 クーリング・オフ受付係

以下の申込みをクーリング・オフします。
恵寿比　愛
〒106-6018
港区六本木1-6-1 泉マンション1801号
TEL：03-0000-0000
申込日：2016年6月10日
証券番号：000000000000

●クーリング・オフする旨の記載
●**契約者**の氏名および捺印
●**契約者**の住所、連絡先電話番号
●申込日
●証券番号またはお客さまコード（※）
※不明の場合は記載不要です。

## (3) 現在のご契約の解約・減額を前提とした新たなご契約のご注意

注意喚起情報

**① 現在のご契約について解約、減額などをする場合の不利益事項**

a.多くの場合、現在のご契約の解約返れい金は払込保険料の合計額よりも少ない金額となります。

b.一定期間の契約継続を条件に発生する配当の請求権を失うことがあります。

**② 新たな契約（傷害疾病保険）の申込みをする場合のご注意事項**

a.**被保険者**の健康状態などにより、新たな契約をお引受けできない場合があります。

b.新たな契約の保険期間の開始時より前に生じている病気やケガなどに対しては、**保険金**をお支払いできないことがあります。

c.新たな契約の始期日における**被保険者**の年齢により計算された**保険料**が適用され、新たな契約の普通保険約款・特約が適用されます。そのため、新たな契約の商品内容が、現在のご契約と異なることがあります。

d.新たな契約では、**保険料**計算の基礎となる予定利率・予定死亡率等が、現在のご契約と異なることがあります。

# 3 契約締結後におけるご注意事項

## (1) 通知義務

注意喚起情報

| | |
|---|---|
| ① お客さまの情報が変わった場合にご連絡いただく事項について | 改姓・改名や住所・電話番号等の変更があった場合には、SBI損保サポートデスクにご連絡ください。<br>※住所・電話番号についてはお客さまのマイページからも変更が可能です。 |
| ② **がんの診断確定**を受けた時にご連絡いただく事項について | **がんの診断確定**を受けた時は、直ちにSBI損保メディカルセンターにご連絡ください。 |
| ③ **がん**の治療をする前にご連絡いただく事項について | **がん**の治療をする際は、治療開始前にSBI損保メディカルセンターにご連絡ください。特に、**自費診療**の場合には、入院診療計画または外来診療計画を提出いただく必要があります。その書類にて治療内容が「1 契約締結前におけるご確認事項(1)商品の仕組み」の①～⑤に該当するかどうか確認および判断し、該当しない場合には**保険金**をお支払いできませんのでご留意ください。 |

## (2) 解約返れい金等の有無

契約概要

注意喚起情報

しおり 4.(2)解約、解約返れい金

解約返れい金等は、保険始期からの経過年月に応じて所定の方法にて計算した額となり、払い込まれた**保険料**の合計額よりも少額となります。なお、計算結果が0円となる場合があり、そのときは返還額はありません。

ご契約を解約する場合のお手続きについては、SBI損保サポートデスクまでご照会ください。

# 4 その他ご留意いただきたいこと

## (1) 取扱代理店の権限

注意喚起情報

弊社の取扱代理店は保険契約の締結の媒介を行うもので、保険契約締結の代理権および告知受領権はありません。

保険契約は**契約者**からのお申込みに対して弊社が承諾したときに有効に成立します。

## (2) 保険会社破綻時等の取扱い

注意喚起情報

引受保険会社の経営が破綻した場合等、業務または財産の状況が変化したときは、**保険金**、解約返れい金等の支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。この保険は「損害保険契約者保護機構」の補償対象であり、経営破綻した場合の**保険金**、解約返れい金等は90%まで補償されます。

[水色の文字] の用語については、表紙 用語のご説明 をご参照ください。

## (3) 個人情報の取扱いについて

注意喚起情報

①弊社は、お電話またはインターネットを通じてご申告いただいた内容につきましては、申込書に代わるものとして録音・記録・保存を行っています。

②弊社は、お客さまからご提供いただいた個人情報を、以下に掲げる目的および③(3)(4)に必要な範囲を超えて利用しません。

(1)保険契約の申込みに係る引受けの審査、引受けおよび履行
(2)万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金のお支払い
(3)弊社が有する債権の回収
(4)再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知および再保険金の請求
(5)保険契約に付帯されるサービスの提供
(6)保険契約の維持・管理
(7)保険制度の健全な運営
(8)弊社が取り扱う保険商品・サービスに関する情報のご案内
(9)各種イベント・キャンペーン・セミナーのご案内、各種情報の提供
(10)弊社または弊社代理店が提供する商品・サービス等に関するアンケートの実施
(11)市場調査および保険商品・金融商品・サービスの開発・研究
(12)以下のサイトに記載されているSBIグループ企業(以下「SBIグループ企業」といいます。)および弊社提携先企業の商品・サービスに関する情報のご案内
http://www.sbigroup.co.jp/company/group/overview.html
(13)問い合せ・依頼等への対応

③弊社は以下の場合を除いて、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供しません。

(1)法令に基づく場合
(2)弊社の業務遂行上必要な範囲内で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
(3)SBIグループ企業との間で共同利用を行う場合
(4)損害保険会社等の間で共同利用を行う場合

④弊社は、保健医療等の特別な個人情報(センシティブ情報)を、法令に基づく場合等を除くほか、取得、利用または第三者へ提供しません。

詳しくは、弊社ホームページ(http://www.sbisonpo.co.jp)の「個人情報保護方針」をご覧ください。

## (4) 保険金をお支払いする場合に該当したとき

しおり 5.(1)保険金の請求

保険金の請求を行うときは、普通保険約款・特約に定める書類のほか、「保険金請求の際に必要な書類について」に記載の書類等をご提出いただく場合があります。

注意喚起情報

**指定紛争解決機関　一般社団法人日本損害保険協会そんぽADRセンター**

弊社は、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。弊社との間で問題を解決できない場合には、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。

ナビダイヤル **0570-022808**
受付時間　平日 9:15～17:00
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。(http://www.sonpo.or.jp/)

# 保険金請求の際に必要な書類について

契約者（被保険者）または保険金を受け取るべき方（これらの方の代理人を含みます。）が保険金の請求を行うときは、下表の書類等のうち弊社が求めるものをご提出いただく必要があります。弊社は、保険金請求に必要な書類をご提出いただいてからその日を含めて原則として30日以内に、保険金をお支払いするために必要な事項の確認を行い、保険金をお支払いします。

（＊1）ご提出いただく書類には●を付しています。－が付されている場合は、ご提出いただく必要はありません。

（＊2）治療内容等に応じて、下表の書類以外の書類をご提出いただくようお願いする場合がありますので、ご了承ください。

（＊3）保険金請求権は時効（３年）がありますので、ご注意ください。保険金請求権の発生時期等の詳細は、「ご契約のしおり」にてご確認ください。

## ① 治療開始前の必要書類

| 提出書類 | | 保険金種類 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | がん入院保険金 | がん通院保険金 | がん診断保険金 |
| ア | 弊社指定の様式による医師の診断書および診療明細書 | ● | ● | ― |
| イ | 診療計画書 | ● | ● | ― |

## ② 保険金請求時の必要書類

| 提出書類 | | 保険金種類 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | がん入院保険金 | がん通院保険金 | がん診断保険金 |
| ア | 保険金請求書 | ● | ● | ● |
| イ | 弊社指定の様式による医師の診断書および診療明細書 | ●（※1） | ●（※1） | ●（※2） |
| ウ | 医療機関からの請求書または領収書 | ● | ● | ― |
| エ | 契約者（被保険者）の印鑑証明書 | ● | ● | ● |
| オ | 公的医療保険制度を利用したことを示す書類 | ● | ● | ― |
| カ | 公的医療保険制度の下で、医療機関に対して一部負担金を支払ったことを示す医療機関の領収書 | ● | ● | ― |
| キ | 弊社が契約者（被保険者）の症状・治療内容等について医師に照会し説明を求めることについての同意書 | ● | ● | ● |
| ク | 契約者（被保険者）の戸籍謄本 | ● | ● | ● |
| ケ | 委任を証する書類、委任を受けた者の印鑑証明書（請求を第三者に委任する場合） | ● | ● | ● |
| コ | 診療計画書 | ● | ● | ― |

※１．保険金の請求対象となる治療期間をカバーする診断書
※２．がんの診断確定を示す診断書

「保険金請求の際に必要な書類について」は、保険金を請求するときに必要となる書類についての大切なご案内であり、「重要事項説明書」の一部ではありません。

910-008（16.05）
15-11-0011-001