

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 20 年度 第 4 四半期受付分

(平成 21 年 1 月～ 3 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1 . 平成 20 年度第 4 四半期の苦情受付状況

平成 20 年度第 4 四半期の苦情受付件数は 1,690 件で、第 3 四半期 (1,828 件) より 138 件、7.5%、前年同期比でも 371 件、18.0%減少している。

平成 20 年 11 月以降は苦情件数が落ち着きを見せ、今期の苦情件数は、苦情分類を徹底^(注)した平成 18 年度以降の四半期別件数としては、最も少ない件数となっている。

なお、平成 20 年度における苦情件数は 7,616 件となり、前年度 (10,148 件) に比べ 2,532 件、25.0%減と、大幅に減少している。

(注) 当相談所では、一般相談と苦情の分類を見直し、不満足 of 表明があったものは全て苦情に分類している。

苦情件数を大項目別に見ると、従来どおり「保険金・給付金関係」が最も多く、534 件 (占率 31.6%) となっているが、平成 18 年度以降では最も少なくなっている。次いで「保全関係」が 453 件 (同 26.8%) で、前期からの減少幅が小さく、占率も上昇し 2 番目となった。「新契約関係」は 448 件 (同 26.5%) で、件数、占率とも前期より大きく減少し、3 番目となった。以下、「収納関係」150 件 (同 8.9%)、「その他」105 件 (同 6.2%) の順となっている。

内容別に見ると、『入院等給付金不支払決定』が前期と同じ 235 件 (同 13.9%) で引き続き最も多くなっているが、前年同期比 67.3%で前年度に比べ 3 割以上減少している。前期大幅に増加した『説明不十分』は 204 件 (同 12.1%) で、前期に比べ 52 件、20.3%減少し 2 番目に下降しているが、うち金融機関代理店による募集に関する苦情の占率が、前期に引き続き高くなっている。次いで、『解約手続』(115 件、同 6.8%) が 3 番目に多く、以下『入院等給付金支払手続』(114 件、同 6.7%) 『配当内容』(78 件、同 4.6%) の順となっており、順位に若干の変動はあるものの、上位 5 項目は年間を通じて同じであった。

苦情項目別件数表

<平成20年度>

(単位:件、%)

項目	内容	第1四半期		第2四半期		第3四半期		第4四半期		計	
			前年同期比		前年同期比		前年同期比		前年同期比		前年同期比
新契約関係	不適切な募集行為	62	53.4	74	69.2	69	70.4	57	91.9	262	68.4
	不適切な告知取得	31	155.0	30	200.0	25	78.1	19	61.3	105	107.1
	不適切な話法	32	97.0	33	150.0	44	118.9	38	100.0	147	113.1
	加入意思確認不十分	49	132.4	56	175.0	35	85.4	44	91.7	184	116.5
	説明不十分	195	81.9	196	110.7	256	114.3	204	88.3	851	97.8
	契約内容相違	8	53.3	9	81.8	2	15.4	2	15.4	21	40.4
	取扱不注意	24	133.3	23	164.3	29	181.3	16	84.2	92	137.3
	契約確認	1	50.0	3	150.0	2	-	1	100.0	7	140.0
	契約引受関係	45	93.8	51	150.0	40	148.1	44	93.6	180	115.4
	告知内容相違	1	33.3	3	60.0	3	150.0	2	-	9	90.0
	証券未着	2	28.6	1	25.0	1	50.0	1	100.0	5	35.7
	その他	10	26.3	16	59.3	20	222.2	20	181.8	66	77.6
計		460	80.0	495	110.0	526	105.0	448	89.2	1,929	95.1
収納関係	集金	12	50.0	8	266.7	12	85.7	4	50.0	36	73.5
	口座振替・郵便振込	25	192.3	21	161.5	13	86.7	21	110.5	80	133.3
	職域団体扱	5	29.4	5	38.5	11	122.2	3	60.0	24	54.5
	保険料払込状況	23	82.1	9	60.0	10	62.5	11	44.0	53	63.1
	保険料振替貸付	31	79.5	29	161.1	26	66.7	32	76.2	118	85.5
	失効・復活	44	53.0	51	130.8	49	79.0	49	106.5	193	83.9
	その他	34	89.5	32	91.4	28	58.3	30	115.4	124	84.4
	計		174	71.9	155	114.0	149	73.4	150	87.7	628
保全関係	配当内容	115	43.4	124	69.7	93	57.8	78	69.0	410	57.2
	契約者貸付	31	91.2	26	74.3	22	44.9	24	63.2	103	66.0
	更新	31	60.8	44	95.7	43	97.7	46	82.1	164	83.2
	契約内容変更	95	95.0	90	80.4	80	65.0	75	87.2	340	80.8
	名義変更	46	143.8	41	186.4	35	134.6	36	83.7	158	128.5
	特約中途付加	16	133.3	6	46.2	6	60.0	6	60.0	34	75.6
	解約手続	142	80.7	120	75.5	113	61.1	115	97.5	490	76.8
	解約返戻金	64	51.2	82	102.5	50	59.5	55	101.9	251	73.2
	生保カード・ATM関係	5	125.0	12	400.0	4	40.0	3	150.0	24	126.3
	その他	16	48.5	23	76.7	21	75.0	15	125.0	75	72.8
計		561	67.4	568	83.8	467	64.9	453	85.2	2,049	74.2
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	65	70.7	76	91.6	74	74.0	69	95.8	284	81.8
	死亡等保険金支払手続	73	102.8	65	98.5	69	98.6	53	100.0	260	100.0
	死亡等保険金不支払決定	72	36.7	80	73.4	52	46.0	49	53.3	253	49.6
	入院等給付金支払手続	137	84.6	147	108.9	117	62.6	114	88.4	515	84.0
	入院等給付金不支払決定	271	36.1	378	75.1	235	49.8	235	67.3	1,119	54.0
	その他	24	42.9	25	46.3	19	44.2	14	42.4	82	44.1
	計		642	48.4	771	81.2	566	57.5	534	73.4	2,513
その他	職員の態度・マナー	33	86.8	18	64.3	17	70.8	27	117.4	95	84.1
	税金関係	9	50.0	8	80.0	15	60.0	8	42.1	40	55.6
	個人情報取扱関係	62	95.4	67	97.1	52	98.1	44	91.7	225	95.7
	アフターフォロー関係	9	81.8	13	216.7	17	130.8	15	250.0	54	150.0
	その他	13	20.3	40	125.0	19	59.4	11	34.4	83	51.9
計		126	64.3	146	100.7	120	81.6	105	82.0	497	80.7
総計		1,963	61.9	2,135	90.5	1,828	71.5	1,690	82.0	7,616	75.0

数値の網掛けは上位5項目。

苦情項目別・発生原因別件数(平成21年1月～3月)

	内 容	発生原因					計	項目	内 容	発生原因					計
		営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等				営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等	
新契約関係	不適切な募集行為	48	6	0		3	57	保全関係	配当内容	8	0	2	68	0	78
	不適切な告知取得	16	3	0		0	19		契約者貸付	10	0	2	10	2	24
	不適切な話法	30	8	0		0	38		更新	18	1	3	21	3	46
	加入意思確認不十分	26	15	0	2	1	44		契約内容変更	33	0	4	35	3	75
	説明不十分	129	69	3	1	2	204		名義変更	12	0	7	16	1	36
	契約内容相違	2	0	0	0	0	2		特約中途付加	4	0	0	2	0	6
	取扱不注意	10	4	2	0	0	16		解約手続	44	5	12	49	5	115
	契約確認	0	0	0	1	0	1		解約返戻金	10	0	2	42	1	55
	契約引受関係	6	2	0	36	0	44		生保カード・ATM関係	1	0	0	1	1	3
	告知内容相違	0	0	1	1	0	2		その他	1	1	1	11	1	15
	証券未着	0	0	0	1	0	1		計	141	7	33	255	17	453
	その他	5	3	1	10	1	20		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	10	0	6	53	0
計	272	110	7	52	7	448	死亡等保険金支払手続	5		0	4	44	0	53	
収納関係	集金	3	0	0	1	0	4	死亡等保険金不支払決定		2	0	0	47	0	49
	口座振替・郵便振込	6	0	2	11	2	21	入院等給付金支払手続		23	2	20	69	0	114
	職域団体扱	1	0	0	2	0	3	入院等給付金不支払決定		48	7	11	169	0	235
	保険料払込状況	2	0	0	9	0	11	その他		1	0	0	13	0	14
	保険料振替貸付	5	0	0	27	0	32	計	89	9	41	395	0	534	
	失効・復活	10	1	3	34	1	49	その他	職員の態度・マナー	16	2	8	0	1	27
その他	5	0	1	24	0	30	税金関係		4	0	0	3	1	8	
計	32	1	6	108	3	150	個人情報取扱関係		21	5	2	15	1	44	
							アフターフォロー関係		9	5	0	1	0	15	
							その他		2	0	3	5	1	11	
							計		52	12	13	24	4	105	

「制度・事務」は取扱いに疎漏はないが、
 現行の事務・約款、会社の制度そのものを
 原因とした苦情
 発生原因が営業担当者であり、代理店である
 ことが確認出来ない場合は、営業職員に分類
 している。

総 計	586	139	100	834	31	1,690
-----	-----	-----	-----	-----	----	-------

<主な申出内容>

苦情件数の多い上位 10 項目について、苦情件数の状況と主な申出内容を見ると、今期は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』が 235 件（占率 13.9%）で、全体の件数が前期に比べ減少している中、前期と同じ件数で占率が 1.0 ポイント上昇し、再び第 1 位となった。

<入院等給付金不支払決定>

- ・加入時に病気のことを営業担当者に話したにもかかわらず、告知義務違反で契約を解除され、給付金が支払われない。
- ・手術給付金を請求したところ、手術が約款規程に該当しないとの理由で不支払になった。他社からは支払われており、納得出来ない。
- ・入院給付金を請求したところ、入院日数の一部しか支払われない。理由の説明もなく、納得出来ない。
- ・上皮内ガン（非浸潤性のガン）は支払対象外と言われたが、加入時に説明がなく納得出来ない。

第 2 位は、「新契約関係」の『説明不十分』の 204 件（同 12.1%）で、今期は前期に比べ件数で 52 件、20.3%減少し、占率も 1.9 ポイント低下、順位を 1 つ下げた。

<説明不十分>

- ・加入時の営業担当者の説明と実際の契約内容が異なっていたので、契約を取り消して欲しい。
- ・銀行で変額年金保険に加入したが、元本割れ（運用）リスクについての説明がなかったので、一時払保険料全額を返して欲しい。
- ・高齢の母が銀行員から、定期預金のつもりでと言われ、変額年金保険であるとの認識もなく、勧められるままに加入させられた。
- ・契約転換したが、保険料払込期間が長くなることや終身保険金額が少なくなることの説明がなかった。転換を取り消し、元の契約に戻して欲しい。
- ・医療保障を充実するために保障の見直しを行ったところ、説明もなく、転換させられていた。

第 3 位は「保全関係」の『解約手続』115 件（同 6.8%）で、前期よりやや増加、占率も 0.8 ポイント上昇し、順位を 1 つ上昇させた。

<解約手続>

- ・解約を申し出たところ、書類が届かず、保険料が立替えになってしまった。
- ・コールセンターに解約の申し出をしたが、書類は郵送せず、営業担当者から連絡させると言う。
- ・解約請求書類の郵送を依頼したが、契約者本人以外からの申し出には応じられないと言う。
- ・契約者の知らない間に、妻が解約していることが判った。契約を元に戻して欲しい。

第4位は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金支払手続』（114件、同6.7%）で、前期に比べ件数は若干減少したが、占率は少し上昇した。

<入院等給付金支払手続>

- ・給付金を請求したところ確認が必要と言われ、その後相当日数が経過しているが、未だに支払われない。
- ・給付金請求手続きについて照会したが、きちんと説明してくれないので、理解出来ない。
- ・給付金支払可否について営業担当者に確認したところ、支払われないと言われたが、コールセンターに照会したら、支払対象だと言われた。どちらが正しいのか。

第5位は「保全関係」の『配当内容』（78件、同4.6%）で、前期に比べ件数は15%以上減少し、占率も0.5ポイント低下した。

<配当内容>

- ・加入時に提示された設計書記載の積立配当金に比べ、実際の受取金額があまりにも少なすぎる。
- ・年金年額が加入時の提示金額より少ないが、その理由・根拠について聞いても、納得いく説明をしてくれない。
- ・終身保険の保険料払込満了時に祝金（配当買増保険金）が受け取れると期待していたが、全くないと言う。

第6位は「保全関係」の『契約内容変更』で75件（同4.4%）、前期に比べ件数は少し減少したが、占率は前期と同じであった。

<契約内容変更>

- ・定期付終身保険の定期保険特約部分の解約（減額）をしたいと申し出たが、社内規程で取扱い出来ないと言われた。
- ・払済保険への変更について照会したが、きちんとした対応（説明）をしてくれない。
- ・以前破綻した保険会社に解約返戻金を照会したところ、保険証券記載の金額より大幅に少ない。説明を求めても、詳しいことを教えてくれない。

第7位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金等』（69件、同4.1%）で、件数はやや減少したが、占率はほぼ前期と同じであった。

<満期保険金・年金等>

- ・こども保険の満期時受取額が、加入時の設計書記載の金額に比べ著しく少なく、払い込んだ保険料を下回っている。
- ・認知症の母が受取人になっている満期保険金を請求したところ、成年後見人を立てるように言われた。

第8位は「新契約関係」の『不適切な募集行為』(57件、3.4%)で、前期に比べ件数が2割近く減少し、占率も低下した。

<不適切な募集行為>

- ・妻が自分を契約者にして契約を勝手にしていた。契約者本人は同意していないので、契約を無効にしてほしい。
- ・親が契約者となり、自分を被保険者とする保険を掛けていた。自分は知らない契約であり、無効である。

第9位は「保全関係」の『解約返戻金』(55件、同3.3%)で、前期に比べ件数が1割増加し、占率も上昇し、順位を3つ上昇させた。

<解約返戻金>

- ・長年加入していた定期付終身保険を解約したが、解約返戻金が払い込んだ保険料総額に比べ、少なすぎる。
- ・解約返戻金の計算根拠を確認したところ、詳細内容は開示しないと言う。納得のいく説明が欲しい。

第10位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金支払手続』(53件、同3.1%)で、件数が前期に比べ2割以上減少し、占率も0.7ポイント低下、順位を2つ下げた。

<死亡等保険金支払手続>

- ・保険金請求手続きを申し出たところ、相続人全員の印鑑証明が必要だと言われた。何故そこまで必要なのか。
- ・保険金の支払いを請求したが、その後相当の日数が経過しているのに、未だに支払われない。

第11位は、「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』と「収納関係」の『失効・復活』が同じ件数で49件(同2.9%)となっている。『死亡等保険金不支払決定』は減少傾向が続き、今期も前期より5.8%減少し、18年度以降で最も少ない件数となった。一方、『失効・復活』は、前期と同じ件数で、その占率を徐々に高めている。

以下、「保全関係」の『更新』が46件(同2.7%)、次いで「新契約関係」の『加入意思確認不十分』、「新契約関係」の『契約引受関係』、「その他」の『個人情報取扱関係』が同じ44件(同2.6%)となっており、『更新』、『加入意思確認不十分』、『契約引受関係』は、それぞれ前期に比べ7.0%、25.7%、10.0%増加している。

発生原因別に苦情件数を見ると、「制度・事務」によるものが834件(占率49.3%)と、従来同様最も多いが、その占率は半分以下となった。

「営業職員」と「代理店」を合わせた「営業担当者」に起因するものは725件(同42.9%)で、占率は前期とほぼ同じであった。

このうち、「代理店」に起因する苦情件数は139件(同8.2%)で、前期に比べ占率は1.3ポイント下がったが、前期に引き続き、金融機関代理店による募集に関する苦情が多くあった。

2. 裁定審査会における紛争解決支援の状況

(1) 裁定申立件数

平成20年度第4四半期に裁定申立てがあったのは21件で、裁定審査会において受理審議の結果、21件すべてが受理され、生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となったものはなかった。

これにより、平成20年度における申立件数は82件(前年度40件)、このうち受理件数は74件(同36件)となり、前年度より38件増加した。また、生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となったものは8件(同4件)であった。

受理された申立内容等は、以下のとおりである。

申立人からの裁定申立内容	第1 四半期	第2 四半期	第3 四半期	第4 四半期	計
給付金請求(入院・手術・障害等)	4	4	6	10	24
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	3	4	2	1	10
契約無効確認・既払込保険料返還請求	3	11	6	6	26
配当金(買増保険金・年金等)請求	1	1	1	2	5
解約取消請求	1	0	0	0	1
契約者貸付無効確認請求	0	0	1	0	1
その他	0	1	4	2	7
受理件数	12	21	20	21	74
不受理件数	1	2	5	0	8
裁定申立件数	13	23	25	21	82

(2) 裁定結果の概要について

平成20年度第4四半期に裁定審理が終了した事案は17件で、「和解による解決」が4件、「申立てに理由なしとして裁定終了としたもの」が12件、「審査会が適正な判断をすることは困難であり、裁判手続きによることが相当であると判断し、裁定打切りとしたもの」が1件であった。

番号は事案番号であり、当該期間に審理が終了した事案を掲載。

[事案 19-23] 契約転換無効確認請求

- ・平成19年11月2日 裁定申立受理
- ・平成21年2月3日 和解成立

< 事案の概要 >

転換後契約の契約成立日の説明が不十分であることから、転換後契約を無効とし転換前保険に復旧したうえで、あらためて契約転換をしてほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成19年6月初旬、「加入している定期付終身保険の定期保険特約が同年11月に更新時期を迎え保険料が高くなる。同じ位の保険料で医療保障の充実した保険に変更しないか」と、営業担当者から契約転換を勧められ、6月21日に契約用紙に記入した

ところ、更新時期まで転換前の保険を継続するつもりでいたのに、転換契約の成立日が、転換前保険の特約期間が満了した後の同年11月1日ではなく、翌月の7月1日になっていた。

営業担当者からは、転換申込みをすると翌月1日が転換契約日になるとの説明がなく、保険会社は、保険設計書の中に「契約基準日7月1日」との記載があると言うが、契約上重要な契約始期について口頭による説明が無いのは、重要事項の説明不十分に当たる。転換契約を無効とし、転換前保険に復旧し、あらためて転換前保険の更新時期である同年11月1日を契約成立日とする契約転換を認めて欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、契約転換は有効であり、申立人の申出に応じることは出来ない。

(1) 約款では、契約成立日を保険契約上の責任開始日の属する月の翌月1日としている。本件の転換はキャッシュレス転換(*)であり、転換申込みも告知も平成19年6月21日であることから、同年6月21日に第1回保険料の払込みがあったとみなされ、6月21日が責任開始日となり、契約成立日は翌月の1日である7月1日となる。

以上のことは、申立人が受領した冊子「ご契約のしおり - 定款・約款」の約款に記載されており、また簡単な説明も同冊子に記載されていることから、説明不足はない。

*「キャッシュレス転換」とは、転換後契約の第1回保険料を現金で払い込まず、転換前の契約の下取り価格を活用して保険料に充当する方法。

(2) 申立人は、これまで昭和57年、平成元年、同9年と3回転換を行っており、いずれの転換契約の成立日も、転換申込みと告知を行った翌月1日となっていることから、申立人は、今回の転換契約の成立日が、転換申込みと告知を行った翌月の7月1日になることを当然知っていたはずである。

< 裁定の概要 >

申立人および保険会社から提出された申立書、答弁書等の書面にもとづいて、契約成立日に関する保険会社側の説明不十分、「要素の錯誤」の成否等について審理を進めていたところ、保険会社より、「転換契約は有効のままとするが、契約者が転換契約を平成19年11月より開始と思っていたとの主張に配慮し、平成19年7月から10月までの転換前契約と転換後契約の差額保険料を解決金として支払う」という和解案の提案があった。

裁定審査会において同案について審理し妥当なものと考えられたことから、同案を申立人に伝えたと、申立人が同意し和解が成立、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 19-35] がん給付金請求

- ・平成20年2月27日 裁定申立受理
- ・平成21年2月5日 和解成立

< 事案の概要 >

悪性新生物に該当するとして、がん診断給付金、がん入院給付金の支払いを求め申立

てがあったもの。

< 申立人の主張 >

会社の定期健診で異常がみつき、A内科で検査を受けた後、B大学病院に入院し、直腸腫瘍(非浸潤性)について粘膜切除術(内視鏡)を受けた。退院後、加入していたがん保険にもとづき、がん診断給付金とがん入院給付金を請求したところ、約款上の「悪性新生物」に該当しないため、いずれも支払うことが出来ないと言う。

しかし、診察したA内科医師が「悪性」と言っており、納得が出来ない。がん診断給付金およびがん入院給付金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

B大学病院より入手した回答書および添付資料にもとづき検討した結果、下記のとおり、申立人の疾病は、当社がん保険の保障対象外であり、がん診断給付金、がん入院給付金の支払請求に応ずることは出来ない。

(1)申立契約において『がん』は、約款により、世界保健機関(WHO)修正国際疾病、傷害および死因統計分類の基本分類において悪性新生物(がん腫、肉腫および白血病等)に分類されている疾病と規定され、「悪性新生物」について、大腸(直腸含む)においては「直腸および直腸S状結腸移行部の悪性新生物」とされている。

(2)上記「直腸および直腸S状結腸移行部の悪性新生物」における、「悪性新生物」とは、新生物(腫瘍)のうち、浸潤を伴い、転移の可能性を伴うものを言う。他方、浸潤が伴わない新生物は、「上皮内新生物」ないし「良性新生物」と呼ばれ、「悪性新生物」とは明確に区別される。医学書においても、浸潤性の、粘膜下層に至った腫瘍が悪性腫瘍(悪性新生物)と説明されており、世界保健機関(WHO)修正国際疾病、傷害および死因統計分類の「直腸および直腸S状結腸移行部の悪性新生物」に言う「悪性新生物」は、浸潤を伴い転移の可能性を伴うものを言うことは明らかである。

(3)申立人について、B大学病院により確定された診断内容は「直腸腫瘍」で、腫瘍細胞が粘膜内にとどまり、粘膜筋板を超えての浸潤が見られず、「悪性新生物」に該当する余地はなく、適切な切除さえなされていれば、転移・再発の可能性もない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書にもとづいて審理を進めていたところ、保険会社が本件については和解の方向で解決を図りたいとの意向が示され、生命保険相談所規程第38条第1項にもとづき、当事者双方に裁定書による和解案を提示するとともに、その受諾を勧告し双方の合意を得たので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 20-8] 減額無効・新契約取消請求

・平成20年5月30日 裁定申立受理

・平成21年3月6日 和解成立

< 事案の概要 >

営業担当者の誤った勧誘による減額、転換がなされたことにより、死亡保険金が少なくなったとし、減額・転換前の死亡保険金を支払ってほしいと、夫と子供から申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 18 年に妻（母）が死亡したが、妻（母）が被保険者として加入していた保険の内容を確認したところ、平成元年に加入していた終身保険（「契約 1」、死亡保険金 1,000 万円）が、

- (1) 平成 14 年に保険料払込が満了になった直後、死亡保険金が 170 万円に減額され、減額返戻金を元に一時払終身保険（「契約 2」、同 359 万円）に新規に加入していた。
- (2) さらに、減額された終身保険は、平成 16 年に終身医療保険（「契約 3」、死亡給付金 14 万円）に転換させられ、死亡保険金が大幅に減額されてしまっていた。

これらの死亡保険金を減額した妻（母）の行為は、営業担当者の言葉巧みな説明に騙され、不利益に対して説明が無いまま、減額や転換がなされたことによるものである。上記（1）（2）の減額・新契約加入および契約転換を取り消して、元の契約を継続していた場合に受け取れた死亡保険金額を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

- (1) 申立人からの苦情申し出を受け、事実関係の調査をしたが、契約 1 の減額請求書は、契約者が作成し、契約者は保険金額の減額それ自体は理解していると考えられた。また、契約 2 の申込書も契約者により作成され、その保険金額および保険料額等の内容は理解しているものと考えられた。

一方、契約 1 の減額手続きと契約 2 の加入申込手続きを中心的に行っていたと考えられる契約 1 の契約者の妻（契約 1・3 の被保険者、契約 2 の契約者）は既に死亡し、同手続き時の事情を聴取することが出来なかった。また、同手続きに関与した営業担当者 A は退社し、連絡先が不明の状況であり、契約 1 の減額および契約 2 への新規加入の関連性や、これらの手続きの動機・理由等の事情は不明であった。

しかし、上記のとおり、申立人側は、契約 1 の減額および契約 2 の加入について理解していたと考えられること、契約者の妻は同手続き後死亡に至るまで、契約 3 への加入等当社営業担当者と接触する機会が多数回あったが、同手続きについて何ら苦情を申し出ていなかったことから、同手続きには何らかの合理的理由があった可能性も否定できないこと等を考慮し、減額の取消し等申立人からの申し出に応ずることはなかった。

- (2) 今般、申立人から裁定申立てがなされたことを受け、再度、退社した営業担当者 A の所在調査を行い、同人からの事情確認が行うことが出来た結果、下記の事実関係が判明した。

契約 1 の保険料払込満了の際に、契約者の妻より「もう高額な死亡保障は不要、病気が心配で医療保障は残しておきたい」との希望があった。そこで、営業担当者 A は災害割増特約以外の特約を残し、死亡保障を減額することを提案し、了承された。

減額に伴い、減額返戻金が支払われるところ、契約者の妻は、契約 1 の減額返戻金の使い途はないとのことなので、貯蓄性と保障性を兼ねた契約 2 に加入してもらうことになった。

（減額後の）契約 1 から契約 3 への転換については、入院給付金日額の増額、1 泊 2 日入院からの給付金支払い等医療保障の更なる充実を図ることを動機として、

加入を希望したと考えられる。

このうち、契約3については、その加入に合理性が見られ、営業担当者Bに特段の瑕疵はないと判断出来たが、契約1の減額および契約2の新規加入については、契約1の責任準備金に関する営業担当者Aの誤認識にもとづく誘導により行われたものと判断出来たことから、解決案(契約1の減額の取消し、契約2の解消等)を提示したい。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人からの裁定申立てを受け、保険会社に対し答弁を求めたところ、上記のような解決案が示された。そこで、保険会社からの解決案の内容について審理した結果、妥当なものと判断出来たことから、同案について申立人へ意向を確認したところ、了承するとの回答があったことから、和解契約書の締結をもって、円満に解決した。

[事案 20-9] 契約転換取消確認請求

- ・平成 20 年 6 月 5 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 2 月 16 日 和解成立

< 事案の概要 >

保険契約の転換の取消しと保険料全額の返還を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成3年に保険(以下「契約A」)に加入していたが、平成8年に受取人の名義変更を依頼したにもかかわらず、それまでの契約Aが転換され、保険料払済の終身保険(契約B)に種類変更されるとともに、保険料月払いの終身保険(「契約C」)に新規加入したことになるが、転換時には、自ら記載した書面が転換契約に関する書面であることの説明がなかったため、自分が認識しないまま取り扱われたものである。

さらに、平成12年には、上記契約Aと契約Cを終身保険(「契約D」)に契約転換をしたことになっているが、当時、自分は海外赴任中で日本におらず、契約者である自分の認識がないまま、父親が代筆してなされたものである。

したがって、平成8年および12年のいずれの契約も無効であり、契約A、契約Bおよび契約Cの払込保険料全額を、それぞれ法定利息を付けて返還してほしいと保険会社に申し出たところ、保険会社は、契約Aについては払込保険料全額の返還、契約Bについては解約返戻金(平成12年時点)の支払い、契約C(保険料払込済み)については契約を復旧・継続させると言っているが、当方の申出内容とかけ離れており、納得出来ない。

< 申立契約 >

契約

契約年月 平成3年3月
保険種類 家族収入保険

契約

契約年月 平成8年5月
保険種類 終身保険(保険料月払)

契約

契約年月 平成8年5月
保険種類 終身保険(保険料払込済み)

契約

契約年月 平成12年1月
保険種類 終身保険

< 保険会社の主張 >

平成12年加入の転換契約(契約D)は、海外赴任中の契約者である申立人の意思を

確認することなく、申立人の父親が代筆していることを知りながら契約を成立させたことから、以前から提案のとおり、契約転換を取り消し、払込保険料全額の返還に応じ、契約転換前の契約状態に復旧することとしたい。しかし、契約 から、契約 の転換取消しと契約 の新規加入取消しについては、下記により応じることは出来ない

平成 8 年 3 月 5 日申込日の転換手続きのための「生命保険契約申込書兼保険種類変更請求書」が残っており、また、同年 3 月 7 日告知日の「告知書」と同日申立人勤務先にて実施した当社社医の診査による保険契約加入の検診書が残っていることから、申立人主張の「受取人名義変更」とは考えられない。

なお、受取人の名義変更は、平成 3 年 10 月に手続きされていることが判明しており、申立人は、名義変更手続と転換手続きを混同しているものと思料される。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類にもとづき審理するとともに、申立人からの事情聴取等を行い検討を進めたところ、保険会社より、裁定申立て前から申立人に提示されていた和解案（契約 については払込保険料全額を返還し、契約 については解約返戻金を支払い、保険料払込済みの契約 については契約を復旧・継続させる）が、改めて提案された。

裁定審査会では、下記により、同和解案にて解決するのが妥当であると判断し、生命保険相談所規程第 3 8 条第 1 項にもとづき裁定書による和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ同意が得られたことから、和解契約書を締結し、円満に解決した。

(1) 転換契約(契約 、新規加入契約)の効力について(平成 8 年)

申立人が自署または記載した書面は、冒頭に、他の文字より大きい太文字で「生命保険契約申込書兼保険種類変更請求書」、「告知書」と印刷されており、生命保険契約の書面であることは容易に識別でき、申立人はその書面に自署または記載をしている。また、社医による「検診書」の記載内容は、申立人が診査を受けた事実を窺わせるものであり、転換契約がなされた事実が推認される。

一方、申立人からの事情聴取において、申立人は、保険契約をした記憶はないと説明するが、当時の記憶は明確でなく、前記書面の存在に関して合理的な説明はなされなかった。したがって、転換契約を否認する申立人の事情聴取の結果をもってして、転換契約の無効を認定することはできない。

(2) 転換契約(契約)無効の取扱いについて(平成 12 年)

当初より保険会社は、転換契約(契約)を取り消し転換前の契約状態に復旧することに応じていたが、この場合、保険会社は申立人に対し保険 の払込保険料全額を返還し、申立人は保険会社に対し復旧された契約 について、転換時から現時点までの保険料を支払うべきことになり（契約 は保険料払込済み）実際には、その精算差額分の授受がなされ、申立人が求める契約 、 の払込保険料全額の返還が認められることにはならない。

これに対し保険会社は、申立人の意向に配慮し、契約 については払込保険料全額を返還し、契約 については転換時点での解約を認め転換時からの保険料支払いを求めず、解約返戻金を支払う旨申し出ている。これにより、上記の保険料精算は不要と

なり申立人の受領額を増やす結果となり、申立人にとって有利な申出と言えるため、申立人が要求する法定利息を付加する必要はないと考えられる。

[事案 20-11 据置金利利息支払請求]

- ・平成 20 年 6 月 18 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 1 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

子ども保険の 3 年毎に支払われる育英資金について、契約当時の固定金利で複利運用した据置金額の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

下記の 2 つの子ども保険(契約 1、契約 2)の、3 年毎に支払われる育英資金の据置利率については、加入時に、営業担当者から「固定金利で運用される」との説明を受け加入した。ところが、実際は変動金利で、育英資金積立額が、設計書記載の金額に比べ満期時の受取額が大幅に少なく、実際の受取金総額が払込保険料を下回った。育英資金の据置利率が変動金利で運用され、その結果、受取金総額が払込保険料を下回ることもあり得るとの説明があれば、当該保険に加入しなかった。また、約款にも、育英資金の据置利率が変動する旨の記載がされていない。設計書記載どおりの育英資金積立額を支払ってほしい。

契約 1 (昭和 62 年契約)

育英資金の積立金が年利 7 %の固定金利で複利運用される約束であったのに、それが履行されずに変動金利で運用された結果、育英資金積立額が 151 万円となっているので、約束どおりに運用(契約後 3 年目以降支払われる育英資金を年 7 %の固定金利で複利運用)された場合の育英資金積立額約 278 万円の支払いを求める。

契約 2 (平成 2 年契約)

育英資金の積立金が年利 6 %の固定金利で複利運用される約束であったのに、それが履行されずに変動金利で運用された結果、育英資金積立額が約 1 8 9 万円となっているので、約束どおりに運用された場合の育英資金積立額約 2 9 6 万円の支払いを求める。

< 保険会社の主張 >

下記の理由により、契約 1、契約 2 についての申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 募集担当者に確認したところ、申立人に対し育英資金の据置利率について固定金利であると説明を行った事実はなく、申立人の主張するような固定金利で運用する旨の約束をしたことはない。
- (2) 育英資金の据置利率が変動する可能性がある旨を設計書兼パンフレット、ご契約のしおり、約款で説明している。
- (3) 保険約款上、育英資金の積立金については「会社の定める利率」による利息を付けることになっており、それは据置利率を保険会社に変更できると解釈され、本件については、訴訟において同様の判断をいただいている。
- (4) 契約 1 の満期(平成 17 年 12 月)から 2 年ほど経過した契約 2 の満期(平成 19 年)になるまで、契約 1 の満期時受取額について特段の申し出がなかった。これは、当該契約の育英資金の据置利率が変動することを認識し、認容していた事を裏付ける

ものと思料する。

< 裁定の概要 >

本件について、申立人および保険会社から提出された書面により審理を行った結果、以下により契約1および契約2に関する本件申立てには理由がないものと認め、生命保険相談所規程第40条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

- (1) 契約1、契約2いずれの保険約款にも、育英資金については「 会社が定める利率による利息をつけてすえ置いておき、 」という趣旨の規定が定められている。保険契約は、いわゆる「附合契約」(注)であるから、契約締結当時、保険契約者が当該規定を知っていたかどうかにかかわらず、保険契約は保険約款により成立する。

(注) 「附合契約」とは、契約当事者の一方が決定したところに、他方が、知、不知を問わず拘束を受け、事実上従わざるを得ない契約をいう。

- (2) 「会社が定める利率」については、パンフレットに「記載の育英資金の積立額および積立配当金は、当社所定の利率で計算しておりますが、この利率は今後変動することがあります」と記載され、また「ご契約のしおり」には、年7%(契約1)、年6%(契約2)という利率の記載の後ろに、いずれも「(現行利率)」という記載がある(契約2は、「この利率は、経済情勢により変動することがあります」との記載もある)ことも考慮すると、経済情勢に応じて会社が利率を定めることができる(変更することができる)という趣旨と解される。
- (3) 申立人は、募集担当者から「年7%または年6%の固定金利で複利運用する旨の説明を受けた」と主張するが、これを裏付ける客観的証拠はなく、また、上記パンフレットや「ご契約のしおり」中に上記のような記載が存在することを考えると、募集担当者がそのような説明をしたとは考え難い。
- (4) 申立人は、変動金利であっても「元本割れ」は納得がいかないと主張するが、申立人が問題とする育英資金積立額自体が元本割れしている事実は認められない。すなわち、契約1、契約2いずれについても、育英資金の積立金元本(育英資金は、3年後から満期まで毎年15回支払われ満期まで積み立てられる)に対し、満期時における育英資金積立額自体は積立金元本を上回っている。なお、申立人は受取金総額が支払済み保険料総額を下回ることを「元本割れ」と理解しているようであるが、保障部分を含む生命保険契約においては、そのような現象が生じることもやむを得ないところである。

[事案 20-14] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成20年7月15日 裁定申立受理
- ・平成21年1月27日 裁定終了

< 事案の概要 >

銀行員に勧められ、保険料一時払の変額個人年金保険に加入したが、積立金の変動について説明がなかったため、契約を取り消し一時払保険料を返金してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年に、銀行の 5 年定期預金が満期を迎え、再度定期預金をしようと思い銀行支店に出向いたところ、債券で運用するので安全である等の説明を受け、銀行員から勧められた商品（変額個人年金保険との認識はなかった）を契約した。

ところが、半年後に保険会社から送付されてきた「ご契約状況のお知らせ」を見たところ、積立金額、解約返戻金が、一時払いで払い込んだ保険料に比べ大幅に減少していた。契約時に、解約した場合は契約費用として 6 % だけは引かれること等の説明はあったが、積立金の変動については、チェックシートを読み合わせしただけで、一切の説明がなかった。

本件保険契約は、契約者にとって重要な「積立金の変動リスク」についての、募集人の説明義務懈怠によるもので、契約の重要な部分に錯誤があり無効である。支払済み（一時払）の保険料を、契約時から返金時まで年 5 % の利息を付けて、返金して欲しい。

< 保険会社の主張 >

募集人（銀行員）は、申立契約の商品概要、積立金の変動リスクを含めた重要事項について適切に説明しており、虚偽の説明あるいは誤解を招くような断定的判断の提供は行っておらず、申立人も積立金の変動リスクを含めた重要事項について認識している。従って、申立人に「重要な部分につき錯誤」はないものと考えられ、申立人の請求には応じられない。

募集人は、申立人に対して商品概要および積立金の変動リスクを含めた本件契約の重要事項について各種募集資料を使用・交付して、適切に説明したと述べている。

申立人は、意向確認書を募集人と読み合わせたうえで、意向確認書の中の項目「運用実績に応じて積立金額、解約返戻金額等が変動すること、また積立金額、解約返戻金額等が一時払保険料を下回る可能性があることを確認するとともに、了解いただきましたか」の「はい」という欄にチェックし、署名している。

募集人が申立人に対して説明の際に使用・交付した各種募集資料にも、積立金の変動リスクを含めた重要事項について説明した記載があること。

申立人には、投資信託、債権、株式、変額個人年金等への投資経験があることから、申立人が本契約における積立金の変動リスクを含めた重要事項を認識していなかったとは考えられない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書面をもとに審理を行うとともに、申立人、募集人（銀行員）双方から契約時の説明状況・内容等について事情聴取を行い審理した。その結果、下記により、契約申込み当時、申立人が主張するような錯誤に陥っていたものと考えすることは出来ず、仮に、錯誤に陥っていたとしても、申立人には重大な過失があると言わざるを得ず、申立内容には理由がないことから生命保険相談所規程第 40 条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1) 申立人は申立契約が変額個人年金保険であるという認識がなかったと言うが、「申込書・告知書」と「意向確認書」の表題には、いずれも「変額個人年金保険」と大きめの文字で記載されており、署名・捺印する者の目に入らないはずがなく、「変

額個人年金保険」であるという認識がなかったという申立人の主張は、俄かには信用することは出来ない。

- (2) 申立人には既に投資信託・株式・変額個人年金保険への投資経験があったこと、意向確認書の特にご確認いただきたい事項中の「積立金額・解約返戻金額が変動すること、また一時払保険料を下回る可能性があることを確認し了解したか」という質問事項に対し、申立人自身が「はい」にチェックを付けていること、パンフレット等の書類には、各箇所でも繰り返し、本件契約に関するリスクについて記載されていること等の事実を総合考慮すると、申立人は、申立契約がリスクの高い商品であることは十分に認識していたと考えざるを得ない。
- (3) 申立人は、積立金変動に関する説明がなかったと主張するが、変動することについてはパンフレット等の書類の中に記載されており、意向確認書の中で申立人自身が確認・了解しており、積立金変動に関する説明がなかったとする申立人の主張はにわかには信用することが出来ず、積立金変動についても説明を受けたことが推認される。

[事案 20-18] 配当金請求

- ・平成 20 年 8 月 6 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 2 月 24 日 裁定終了

< 事案の概要 >

2 つの終身保険に加入していたが、保険料払込満了時の満期一括受取金が設計書記載の金額に比べ少ないとして、設計書記載金額の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

下記のとおり、加入した 2 つの終身保険について、65 歳の保険料払込満了時の満期一括受取金(責任準備金 + 配当金買増による累積生存保険金等)が、配当金の減少等により、保険設計書に記載されている金額に比べ大幅に少なくなっていることが、保険料払込満了時(65 歳時)の平成 14 年になって初めて分かった。

配当金が何年もゼロが続いたのであれば、事前に設計書に記載されている金額と実際に支払われる金額が変わる事を、契約者に分かるように知らせるべきである。また、設計書上の配当金と、それにもとづく生存保険金が確定しているものでないことの表示も小さい文字で片隅に記載しているが、もう少し大きな文字で契約者に分かるように記載すべきであり、設計書に記載されている金額の支払いをそれぞれ求める。

契約 1 について

昭和 60 年に加入した終身保険の保険設計書中の保障設計プラン(保険料払込満了時 70 歳)に、満期一括受取金として約 3,664 万円と記載されているが、保険会社は配当金が少なくなったことを理由に 1,596 万円しか支払われえないと言う。保険料払込満了時を平成 10 年に 70 歳から 65 歳に変更していたものの、少なくとも同受取金は 3,000 万円あるはずだから、3,000 万円以上の支払いを求める。

契約 2 について

昭和 58 年に加入した終身保険の保険設計書中の保障設計プラン(保険料払込満了時 65 歳)に、保険会社の営業職員(故人)が直筆で「65 歳払込満了時には必ず 2,495

万円+下取部分上乘せが精算される」と記載している。保険会社は、営業職員による直筆の記載があるのに、配当金が少なくなったことを理由に1、234万円しか支払われないと言うが、設計書に記載されているとおりの額の支払いを求める。

< 保険会社の主張 >

下記により、契約1、契約2についての申立人の請求に応ずることは出来ない。

契約1について

設計書記載の満期一括受取金とは、保険料払込満了時に、契約1を年金移行した場合の一括受取金(年金原資)を指すと思われるが、同受取金の内訳は「累積生存保険金」と責任準備金の合計である。設計書には一括受取金約3、664万円、内訳として累積生存保険金約1、935万円、責任準備金約1、729万円と記載されているが、このうち責任準備金は契約時からその金額は確定しているものの、累積生存保険金はその原資が契約締結後の将来の配当金に基づくものであるためその額は確定しておらず、設計書記載の金額は直近の年度の配当率にもとづき算出した参考金額であり、支払いを約束したものでない。このことは、設計書の右下に「記載の配当数値は、当商品の営業案内の説明のとおり、今後変動することがあり、将来のお支払額をお約束するものではありませんのでご注意ください」との注意書きが記載されている。

契約2について

設計書記載「65歳払込満了時には必ず2、495万円+下取部分上乘せが精算される」の65歳払込満了時の2、495万円は、同契約の保険料払込満了時の解約返戻金1,076万円、払込満了時の生存保険金855万および保険料前納金の残金562万(同契約の保険料払込方法は全期前納であった)の合計額と思われる。このうち、解約返戻金は契約締結時からその金額は確定しているものの、生存保険金は、その原資が将来の配当金に基づくものであるためその額は確定していない。また、保険料前納金の残額は、契約時の積立利率の数値を用いて計算されているが、積立利率は経済動向により変更されうるものであるため、その額は確定したものでなく、同額の支払いを保証しているものでない。保険料前納金の残金については、当時の保険料前納金の積立利率を用いて計算されているが、積立利率は経済状況により変動するため、保険料前納金残金は契約締結時に確定しているものではない。

< 裁定の概要 >

本件について申立書、答弁書等の書面により審理を行った結果、以下により契約1および契約2に関する本件申立てには理由がないものと認め、生命保険相談所規程第40条にもとづき裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

契約1について

「一括受取金(年金原資)」のうち「老後設計資金」については、記載の金額(約1、935万円)が変動することがあり、その支払いが約束されているものでないことは、保険設計書の記載からも明らかである(ただし、もっと契約者の注意を惹くような記載であるべきであった)。したがって、保険会社が申立人に対し、満期一括受取金として3664万円もしくは3000万円以上の支払いを約束もしくは保証した事実は認められない。

契約2について

- (1) 保険設計書中の保障設計プランには、営業職員のものと思われる手書きで、「65歳払済の際精算書」のタイトルの下に、65歳時の「上記 + + = 24,950,327円になります。これより外に下取部分も上乘せになります」「一生涯保障(死亡部分)は 1076万6000円」「生存給付金(年金部分) 855万8000円」「5、626、327円」と記載されているが、これをもって保険会社が申立人に対し、「65歳満期には2495万円+下取部分」の支払いを約束もしくは保証したと認めることは出来ない。
- (2) これらの記載は、保険設計書の日付から昭和60年4月になされたものと推認されるが、同契約2の契約日は昭和58年9月であるから、これらの記載をもって、保険会社が申立契約の内容として、申立人の主張するような合意をなしたとする根拠とはならない。そもそも、営業職員には、保険会社を代理して、申立人の主張するような合意をなす権限は与えられていない。
- (3) 設計書記載のうち、「生存給付金(年金部分)」の金額はその性質上変動するものであり、また保険料前納金の金額もその性質上変動するものである。すると、営業職員の手書きによる記載は、昭和60年4月における将来の見通しを説明したものに過ぎないと考えられる。(ただし、設計書には「嘘のような大きなお金が残ります」といった記載があり、契約者に誤解を与えかねないものであり、慎むべきものであった。)

[事案 20-19] 入院給付金請求

- ・平成20年8月6日 裁定申立受理
- ・平成21年2月24日 裁定終了

< 事案の概要 >

前立腺がんの治療のため中国の医療施設において79日間の入院治療を受けたが、入院日数の一部しか入院給付金が支払われないことを不服とし申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成19年5月から8月にかけての79日間、中国遼寧省にある病院に入院し前立腺がんの漢方治療を受けた。そこで、疾病保険と3つのがん保険について入院給付金を請求したところ、点滴・注射を行っていた期間(入院期間の最終10日間)以外の入院については、約款規程上の「入院」に該当しないという理由で、入院給付金が疾病保険(支払限度日数60日)については6日間分、3つのがん保険については10日間分しか支払われなかった。

医師からは、「漢方治療では出来るだけ点滴・注射を行わず、体調を見ながら段階的に治療を進める」と言われており、点滴・注射を行っていない入院期間を入院と認めないことには納得出来ない。点滴・注射を行っていなかった期間(69日間)の入院についても入院と認め、疾病保険(支払限度日数60日)については54日間分の、がん保険については各69日間分の入院給付金を追加して支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

申立人の入院について、入院証明書(診断書)等にもとづいて確認のうえ当社約款に

規定する「入院」の定義に該当するか検討した結果、すでに入院給付金を支払っている10日間以外の入院期間69日間については、下記の理由により、約款に定める「入院」に該当しないため、入院給付金の追加支払いの請求には応じられない。

(1) 入院の該当性について

以下のような申立人の症状や治療内容からすれば、自宅等での治療が困難であったとは言いがたく、すでに入院給付金を支払済みの10日間(この間については、静脈注射あるいは点滴が実施され、疑念の余地は残るものの、必要性にもとづいた入院治療であったと一応認め得る)以外については、約款に定める「入院」には該当しないことは明らかである。

入院していた中国の医療施設については、外来患者受診部を意味する名称が付けられており、中国当局より入院治療が可能な病院として認可が与えられておらず、そもそも入院加療を行いうる施設であったのか、施設の位置づけからして疑念の余地がある。

申立人から提出された医的資料によれば、当該入院中における申立人の病状はまったく安定していたものと認められ、入院管理を要する症状は一切示されていない。具体的治療内容としても、高脂血症に対する低脂肪食の摂食、漢方薬の内服、外用薬の使用は、通常、外来で行われる治療に過ぎない。

(2) 入院給付金の支払限度日数(疾病保険)について

本件入院期間の入院前に、申立人は同年1月～3月にかけて前立腺がんの治療のため国内の病院で54日間入院(「前回入院」)し、54日分の入院給付金が支払われている。本件申立契約のうち、疾病保険については1回の入院について支払限度日数(60日)が設けられ、退院から180日以内の同一の疾病による入院は1回の入院とみなされるが、本件入院についても、約款規程により前回入院と1回の入院とみなされる。本件入院のうち、上記のとおり10日間については「入院」該当性を認め、6日分の入院給付金をすでに支払っていることから、疾病保険について入院給付金を追加にて支払う余地はない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人提出の入院証明書、資料および保険会社提出の資料等にもとづいて、申立人の入院が、約款規程の入院に該当するかどうかについて審理を行った結果、下記により「入院給付金の支払要件となる入院」と判断することは困難であるため、本件申立てには理由がないとして、生命保険相談所規程40条にもとづき裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(1) 入院給付金の支払要件(「入院」の定義)

申立契約のいずれの保険約款においても、「入院」とは、医師による治療が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、一定の要件を備えた病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること、とされている。

(2) 約款所定の「病院または診療所」

いずれの保険約款においても、上記支払要件の「病院または診療所」とは、(ア)「医療法に定める日本国内にある病院または患者を収容する施設を有する診療所」か、または(イ)「これと同等と会社が認めた日本国外にある医療施設」とされて

いる。

申立人の入っていた中国の施設が、(イ)の医療施設に該当するかどうかの第一義的な判断は、保険会社に委ねられていることになるが、その判断は合理的なものであることが必要であると解される。申立人提出の証拠書類からだけでは、(イ)の医療施設に該当すると判断することは困難である。

(3) 医師による治療の必要性

申立人の入っていた中国の施設が、約款所定の「病院または診療所」の要件を満たすとしても、申立人の同施設での治療は、静脈注射あるいは点滴が実施されていた10日間を除くと、食事療法、漢方薬の内服等であり、申立人提出の証拠書類だけでは、医師による治療の必要性、自宅等での治療の困難性、常に医師の管理下における治療に専念の、各要件を全て満たしていると、判断することは困難である。

[事案 20-21] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 20 年 8 月 22 日 裁定申立受理

・平成 21 年 3 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

亡くなった母が自分を被保険者にして加入していた保険契約は、被保険者である自分の同意がなかったこと等により無効であり、払込保険料全額を返して欲しいとして申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 16 年に亡くなった母が、昭和 63 年に自分を被保険者とする生命保険契約(終身保険)を締結していたが、同契約は下記理由により無効であり、法定利息を付けて払込保険料全額を返して欲しい。

- (1) 申立契約の生命保険契約申込書の契約者欄の署名は、亡母の筆跡ではないので、亡母の意思に反する契約をさせられたものと考えられる。
- (2) 申立契約は、他人の生命の保険契約であるから、被保険者である自分の同意が必要とされるが、自分は申立契約の加入に必要な検査のため、強制的に病院に連れて行かれ、意思に反して検査を受けさせられた。また、同契約の生命保険契約申込書の被保険者欄の署名は、被保険者である自分自身によってなされる必要があるが、自分は自署していない。従って、申立契約は、被保険者である自分の同意がないままなされているものである。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 営業担当者は、契約者である申立人の母本人に契約内容を説明し、母が生命保険契約申込書の契約者欄に署名押印している。
- (2) 申立人は、契約の被保険者として同意のうえ検査を受診している。また、被保険者欄の署名押印は契約者である申立人の母が行っている。
- (3) 申立人の母または申立人は契約後、保険契約が有効であることを前提として、保険料の払込方法の変更、4 回にわたる給付金の請求(全て申立人名義の銀行口座へ支払われている)名義変更等の手続がなされている。以上の事実からすると、仮に

申立契約が無効でも黙示の追認があったと言える。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等にもとづいて申立人の主張等について審理した結果、下記により、申立内容には理由がないことから、生命保険相談所規程第44条により裁定書にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(1) 契約者である申立人の亡母の意思に基づかない契約がなされたことを直接証明する証拠はない。申立人の亡母は契約締結後、保険料を継続して支払い、平成7年には保険料の払込方法を変更する手続きをし、また申立人の入院等に際し給付金請求が出来る旨を申立人に伝えていた。これらの事実からすると、申立人の亡母は、申立契約が有効であることを容認していたと認めることが出来る。

申立人の亡母のパスポートに表示された署名と、契約者欄の署名の筆跡が明らかに異なると言える程の違いがあるとは認められず、契約者欄の筆跡が申立人の亡母のものでないと断定することは出来ない。また、仮に、契約者欄の署名が、申立人の亡母以外の者によるものであったとしても、申立契約が申立人の亡母の意思に基づくと認めることが出来る以上、筆跡の違いをもってして、申立人の亡母の意思に基づかない契約と言う事はできない。

従って、申立契約は、申立人の亡母の意思にもとづく契約と認められる。

(2) 契約の締結当時、申立人は22歳の成人男性であり、病院の医師に対して受診を拒めないほどの強制があったと言うには疑問が残り、申立人の説明のみで、申立人の主張する強制の事実を認定することは出来ないと言わざるを得ない。

加えて、申立人は、申立人の母の死亡前に3回、死亡後に1回、申立契約に基づき申立人名義口座で給付金を受領しており、申立人の亡母が死亡後の平成18年には、申立契約の名義変更手続きも行っている。いずれの手続きも、申立人が被保険者である申立契約の存在を容認して行ったものと言うことが出来る。

確かに、被保険者欄の署名は申立人の筆跡とは明らかに異なるが、第三者に署名代行の権限を委ねることが認められるものであり、被保険者である申立人の同意があったと推認できる以上、署名は、被保険者である申立人の意思に基づいて申立人の亡母または亡母以外の第三者が代行したものと推認できることから、筆跡の違いをもってして、被保険者である申立人の同意がない契約と言うことは出来ない。従って、申立契約には、被保険者の同意があったと認められる。

[事案 20-22] 死亡保険金請求

- ・ 平成20年8月26日 裁定申立受理
- ・ 平成21年3月9日 裁定打切り

< 事案の概要 >

自殺免責期間中の自殺だが、うつ病により自由な意思決定が出来ない状態での自殺であり、自殺免責条項の自殺に該当しないとして、死亡保険金の支払いを求め申立てがあったもの。

(注) 本事案は、団体信用生命保険の被保険者(住宅ローン債務者)の遺族の意向を受け、死亡保険金受取人である銀行(同債権者)から裁定申立てがあった。

< 申立人の主張 >

住宅ローンの借換えにより、被保険者は団体信用生命保険(契約者・死亡保険金受取人=銀行)に加入したが、職場の配置転換等が原因でノイローゼ、うつ病となり、加入後1年経過前に自殺した。

死亡保険金を請求したところ、保険会社は「契約から1年以内の自殺により保険金は支払うことは出来ない」と通知してきたが、被保険者の自殺は、うつ病によるもので正常な判断による自殺ではない。

また、商法において、自殺による死亡を保険者の保険金支払義務の免責事由の一つに規定する趣旨は、自殺により故意に保険事故を発生させることは、保険契約上要請される信義誠実の原則に反するものであり、生命保険の不当利得の防止が必要であること等によるものであるが、被保険者の死は、信義誠実の原則に反するものの、生命保険契約を不当な目的に利用し、不法な経済的利得を得んとするものではないことは明らかであり、納得出来ない。

死亡時の住宅ローン未償還元金(死亡保険金)1、754万円および保険事故発生日の翌日から60日分の利息7万円を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1) 被保険者は死亡の直前まで通常どおり勤務を継続していたこと、自殺当日の朝も通常通り家を出て、欠勤については職場に連絡を入れていたこと、遺族のことを考えて遺書を残していたこと、自殺の場所・方法の選択についても相応の検討を行って実行したものであって、突発的・発作的なものとは思われないことなどを考え合わせると、被保険者がうつ病に罹患していたとしても、自由な意思決定能力を喪失ないしは著しく減弱させた結果、自殺行為に及んだものとは認められない。
- (2) 本件保険契約に加入する際、被保険者は「過去3年以内に精神病等によって2週間以上にわたって医師の治療・投薬を受けたことがない」との事実と反する告知を行っており、もし、受療歴を正当に告知していれば、本件保険契約に加入することは出来なかったものと思われる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、提出された書類に基づき慎重に審理を進めたが、事故の状況、被保険者の病気等から、被保険者の死亡原因が自殺である可能性を否定することは出来ないものの、この事実の有無の認定をするためには、より詳細な現場の状況、あるいは痕跡、被保険者の行動その他の事実や、刑事記録および同僚や医師らの関係者の証言を必要とする。また、仮に死亡原因が自殺の外形を有しているとしても、さらに行為当時に被保険者が自己の行為の意味を認識できる能力を有していたか否かが問題となり、これを判断するためには、最終的には専門家の鑑定等に委ねざるを得ない。

しかし、当審査会は、証人を尋問する権限や第三者に記録の提出を求める権限はなく、専門家に鑑定を囑託する手続きも存在しないことから、本件は当審査会が担当するよりも裁判手続きにおいて解決することが妥当と判断し、生命保険相談所規程第36条1項(4)にもとづき、理由を付して裁定手続きを打ち切る旨通知した。

[事案 20-23] がん給付金請求

- ・平成 20 年 8 月 26 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 3 月 11 日 裁定終了

< 事案の概要 >

がん保険の「待ち期間(契約後 3 カ月)」について説明があれば、他社契約は解約しなかったものであり、説明がなかったのだから、他社がん保険を解約しなかった場合に受領出来た給付金額を支払って欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

従来から他の保険会社のがん保険に加入していたが、本件保険会社の営業担当者からがん保険の加入を勧められたので、平成 19 年 6 月に他社のがん保険を解約し、その 5 日後に本件保険会社のがん保険に契約申込み(告知)を行った。

その後、同年 8 月に医師から食道がんと診断され 5 日間入院し手術を行い、退院後、給付金を請求したところ、同時期に加入した医療保険からは支払われたが、がん保険は契約後 3 ヶ月経過していないため無効となり、給付金は不支払いとなった。

営業担当者から、勧誘時に「契約して 3 か月以内に悪性新生物の診断確定がなされた時には給付金が支払われない」旨の説明がなかったため、他社のがん保険を解約した。保険会社は、契約の際に説明義務を怠ったのだから、他社の契約を解約しなかった場合に受領出来たはずの金額を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、当社および営業担当者の行為に違法な点はなく、申立人の他社がん保険給付金相当額の支払請求に応ずることは出来ない。

- (1) 他社のがん保険の解約は、申立人の独自の判断によって行われたものであり、当社ないし営業担当者は同保険の解約をいっさい教唆・勧奨していない。それどころか、営業担当者は、他社がん保険の存在を尊重し、当社がん保険の提案を取りやめ、がん以外の保障をカバーする医療保険の提案を行った。
- (2) 申立人が当社がん保険に申し込んだ際、責任開始日に関する説明を口頭・書面(パンフレット、ご契約のしおり、注意喚起情報)にて行っている。
- (3) 申立人は、他社がん保険を解約する前の時点で、営業担当者が責任開始日に関する説明を行わなかったことをも問題視するようだが、(他社がん保険の加入を理由に)保険商品の提案の途中で加入意思が無いことを明確にした顧客に対して、引き続き責任開始日等に関する詳細な説明を継続することは現実的ではなく、またそのような説明を負う義務もない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書類、資料等にもとづき審理した結果、下記のとおり、保険会社には不法行為の事実が認められず、申立人の請求には理由がないものと認め、生命保険相談所規程第 40 条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続を終了した。

- (1) 契約者が保険契約の適否等を判断するために必要な重要事項の説明義務は、全ての段階において課せられているのではなく、一般的に契約の根幹に係わると判断される事項を除き、契約申込みまでに行えば良いと解するべきである。従って、勧誘

- 段階において、重要事項の説明が尽くされていなかったとしても、それをもって直ちに説明義務違反になるとは言えない。
- (2) 保障が開始するまで3カ月の期間(「待ち期間」)が存在することの有無により、契約の意思決定に重大な影響を与えるものではないので、契約の根幹に関わる事項ではなく、通常、勧誘時の途中における当該事実の不告知をもって説明義務違反であると判断することは困難である。
- (3) 本件では、募集時のパンフレットにはガンの場合の保障内容を詳細に記載したページに、「がん保険の保障は、契約日からすぐには始まりませんのでご注意ください。保障が始まるまで3か月の待ち期間(保障されない期間)があります。」との記載があり、契約をしようとする者に「待ち期間」の概略を説明した文章があり、何らの誤解を生じないように配慮されている。たとえ口頭での説明がないとしても、勧誘段階における説明としては十分である。
- (4) 申立人の主張を見ても、保険会社の営業担当者が、他社のがん保険の解約を勧めた事実は何えず、申立人が独自の判断によって解約したものと認められる。どのような保険契約をするか、あるいは終了させるかは、本来契約者自身の判断と責任においてなされるべきであり、解約によってたまたま生じた不利益の責任を他に転嫁することは許されない。

[事案 20-32] 契約内容変更無効確認請求

- ・平成 20 年 9 月 16 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 3 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

加入している定期保険の保険期間が変更されていたが、契約者の意思にもとづいたものでないとして、保険期間変更の無効を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和 63 年 2 月(38 歳時)に、自分が代表取締役を務める有限会社を契約者に、被保険者を自分にして 80 歳満期の定期保険に加入したが、平成元年 4 月に自分の意思に反して、保険期間が 65 歳満期に変更されていたことに、平成 20 年になって初めて気が付いた。

自分は保険期間 80 歳満期の定期保険を、解約返戻金がピークになる加入後 30 年後に解約しそれを退職金にすることを考えていたのに、保険期間が 65 歳満期では 65 歳時に解約返戻金はなく、それ以降の保障も無くなってしまう。

契約内容変更請求書は、白紙の状態で会社のゴム印を捺印したもので、一部筆跡が違うところがあり、自分の意思にもとづいて作成されたものではない。変更後の保険契約は、契約者に何らメリットもなく改悪されたものである。保険期間変更の手続きは無効であり、保険期間を元の 80 歳満期に戻して欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由等により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 保険期間を変更した「契約内容変更請求書」は、申立人自身が、契約者である有限会社の代表取締役兼被保険者本人として作成したものである。仮に被保険者欄の署名

が代筆であったとしても、有限会社の代表者兼被保険者である申立人の意思によるもので、有効である。

- (2) 契約内容変更請求書は平成元年 3 月 27 日付をもって、申立人代表取締役により自ら作成のうえ当社に提出されたものであり、「白紙の状態を押捺した」という申立人の主張は事実と異なる。
- (3) 保険期間の変更(短縮)の結果、返戻金約 11 万円が発生し、申立人指定の預金口座に送金され、申立人自身が受領しており、保険期間の変更について知らないはずがない。
- (4) 「保険期間 80 歳の定期保険を加入後 30 年後に解約する気持ちであった」との主張は、当社の知りえないことであり、仮に契約申込時の意思が申立人の主張するような趣旨であったとしても、平成元年 4 月における契約内容変更請求の有効性を左右するものではない。
- (5) 申立人は、保険期間変更と時期を同じくして、別の保険契約を申し込んでいるが、その保険期間も 65 歳満期としており、そのことは申立人が保険契約の保険期間として 65 歳満期で判断していたと窺うことが出来る。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等にもとづき審理を進めるとともに、申立人から事情聴取を行った。事情聴取において、申立人の言い分は十分に理解出来ないところがあったが、下記の事実を総合考慮すると、「契約内容変更請求書が自分の意思にもとづいて作成されたものではない」という申立人の主張を認めることは出来ず、生命保険相談所規程第 4 4 条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

- (1) 「契約内容変更請求書」における「代表取締役」の署名の筆跡が、申立人自身のものかどうかは判然としませんが、そこに押されている「有限会社 代表取締役」のゴム印と、代表取締役印が有限会社 のものであることは、申立人も認めている。

そして、上記ゴム印と代表取締役印は、普段は申立人とその妻だけがいる会社事務所の(書類棚の)引き出しの中に保管されていたとすると、「契約内容変更請求書」の「有限会社 代表取締役」の記名・捺印は、申立人またはその妻によりなされた蓋然性が高いと考えられる。なお申立人は、事情聴取において、保険会社の営業職員が無断で記名・捺印した可能性を指摘するが、それを裏付ける証拠はない。

- (2) 申立人が保管する生命保険証券には、「裏書事項」として「H1.4. 1 保険期間を 65 歳満期に変更する 新保険料金 19,920 円也」との記載があり、この記載を見れば、保険期間が変更されたことは一目瞭然であり、これに 20 年 4 月頃まで気付かなかったという申立人の言い分は直ちに信用することは難しい。
- (3) 保険会社から毎年申立人に送付される「契約内容のお知らせ」にも、保険期間が 65 歳満了と明記されており、これに気付かなかったという申立人の言い分も直ちに信用することは難しい。

[事案 20-34] 失効取消・死亡保険金請求

- ・平成20年10月1日 裁定申立受理
- ・平成21年2月24日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約者(故人)が知らないうちに保険契約が失効していたとして、受取人である妻から失効を取り消し死亡保険金を支払って欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

亡き夫が平成8年に加入していた特定疾病保障保険(契約者・被保険者=亡夫、死亡保険金受取人=自分)の解約手続きの未了と払戻金を知らせる案内が同19年4月に届き、同保険が失効扱いになっていることを知った。

保険会社に確認したところ、「同契約は同13年2月に、契約者からの解約申出があり同年3月以降の口座振替が中止になり、保険料の未入のため同年5月に失効(保険の効力を喪失)した」と保険会社から言われたが、同保険については保険料の未入も解約の申し出もしていない。また、同13年当時、保険料未入の案内や失効通知も届いておらず、失効しているとの保険会社の説明に納得できない。

夫は、すでに平成15年に死亡しており、保険契約の失効を取り消して、死亡保険金300万円を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人の保険金支払請求に応ずることは出来ない。

- (1) 平成12年12月当時、申立人の亡夫は当社との間で、申立契約の他に別の保険(以下「別保険」という。)を契約しており、両保険とも保険料は口座振替で払い込まれ、同月まで正常に払い込まれていた。しかし、同13年1月分の別保険の保険料が残高不足により未入となったことから、翌月2月15日に、当社が、契約者宛電話にて入金勧奨を行った際に、契約者である申立人の亡夫より、申立契約について解約の申出がなされたことから、同年3月以降の保険料の口座振替を中止した。その結果、同年3月以降の保険料が未入となり、同年5月2日に本件保険は失効しており、効力喪失後の保険事故(死亡)に対し、保険金を支払うことが出来ない。
- (2) 当社のシステム上、平成13年2月15日付で「解約申出ありました」とのメッセージが記録されている。また、5月2日の失効判明後、5月11日に失効判定し契約者宛失効通知を出しており、契約者から復活希望の申出があれば、すぐに対応出来る体制となっていた。
- (3) 申立契約の保険金請求権は、消滅時効により消滅(支払事由の発生した日の翌日から起算して3年を経過したとき)している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社より提出された書類、資料等にもとづき審理した結果、申立契約は、契約者の解約申出により保険会社が保険料の口座振替を中止し、その後失効したものと認めるのが相当であり、失効の効力は認められることから、消滅時効の主張を検討するまでもなく、申立てには理由がないことから、生命保険相談所規程第40条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)申立人より提出された申立契約の保険および別保険の保険料が引き落とされていた銀行預金通帳によれば、申立契約の保険料は同13年2月まで払い込まれているが、同年3月と4月は払い込まれておらず、上記失効の要件は充たされている。
- (2)保険会社のシステム上の記録によると、同13年2月15日に、契約者本人が電話で申立契約の解約申し出た旨の記録が残されている。また、前記銀行預金の通帳によると、同13年1月分の別保険の保険料は、残高不足により引き落としがなされておらず、解約申出を受けるきっかけになった電話は、別保険の保険料が引き落とされていなかったことによる、入金勧奨の電話であったとの保険会社の主張を裏付けるものである。したがって、保険会社による保険料の口座振替の中止は、契約者の解約申出によることが窺われる。
- (3)申立契約の保険料が、同13年3月以降、引き落とされていないことは通帳を見れば明らかであるが、保険料の支払いについて、申立人夫婦は、保険会社と何ら折衝していないこと、被保険者は同15年に死亡し申立契約の内容について、亡夫より知っていたと主張する申立人は、他の保険の死亡保険金などは請求しているが、申立契約の保険金は請求していなかったこと等から、申立人夫婦は、申立契約の失効を容認していたのではないかと思われる。

[事案 20-37] 契約転換無効確認請求

- ・平成20年10月1日 裁定申立受理
- ・平成21年3月5日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約転換時に、約款改正による保障内容の変更事項を説明しなかったとして、転換前の契約に戻してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成12年に加入した保険を同16年7月に契約転換し、新しい保険に加入した(転換前契約、転換後契約とも、特定疾病保障定期保険特約、保険料払込免除特約付)。転換後の、同17年11月に大腸腺腫内癌の手術を受け、特定疾病保険金支払いおよび保険料払込免除を請求したところ、「対象となる悪性新生物(上皮内ガンを除く)」に該当しないとして、保険金支払いも保険料払込免除も認められなかった(仮に、転換契約せず被転換契約が継続していた場合には、申立人の請求は認められた)。

保険会社に確認したところ、平成16年4月2日以降の契約については、悪性新生物の準拠する分類提要は、大腸腺腫内癌を上皮内ガンから除外していた「昭和53年版厚生省分類提要」から、大腸腺腫内癌を上皮内ガンと定義する「平成6年版厚生労働省分類提要」に切り替えられたため、転換後契約において大腸腺腫内癌は支払対象外になったとのことだが、転換時に大腸腺腫内癌の取扱い変更に関する説明は聞いていない。

説明義務違反として転換契約を無効とし、転換前契約に復旧したうえで特定疾病保険金の支払いおよび保険料の払込免除について認めて欲しい。

< 会社の主張 >

以下の理由により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)転換後契約は平成16年8月に契約締結されており、特定疾病保険金支払いおよび

保険料払込免除の対象となる「悪性新生物」は、「平成6年版厚生労働省分類提要」に規定される内容となっている。申立人が診断された「大腸腺腫内癌」は「上皮内ガン」として定義され、「対象となる悪性新生物」の保障対象から除外されている。

(2) 転換前契約の締結当時と転換後契約の締結当時とは、医学の進歩によって、対象となる悪性新生物および対象にならない上皮内ガンの定義が変わったため、当該変更を反映すべく準拠する分類提要を変更したに過ぎず、転換前契約と転換後契約とで、保障対象に関する契約内容自体に変更はない。準拠する分類提要が変更されたことにつき説明をしなかったことが、契約の無効をもたらすと認めることは出来ない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面により審理を行った結果、以下により本件申立てには理由がないものと認め、生命保険相談所規程第40条にもとづき裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(1) 保険会社が申立人に、悪性新生物について準拠する分類提要が変更になったことを説明しなかったことが、直ちに転換契約の無効に繋がるわけではない。

そのため、申立の理由として、錯誤による無効（民法95条）、詐欺による取消（民法96条1項）を主張するものと理解し、審理を行った。

(2) 申立人の錯誤が、民法95条の「錯誤」に該当するためには「要素の錯誤」が認められる必要がある。しかし、「大腸腺腫内癌」が特定疾病保険金及び保険料払込免除の対象となる悪性新生物に該当するか否かが、契約転換を左右する事情とは認められないので、申立人の錯誤を「要素の錯誤」と認定することはできない。申立人の錯誤は、「動機の錯誤」に属するものであるが、「動機の錯誤」が錯誤に該当するためには、当該動機が表示されている必要があるとされている。本件では、契約転換に際し、上記動機が、相手方会社に表示されていたとは認められないので、この点からも、申立人の錯誤を認めることは出来ない。

(3) 詐欺が成立するためには、営業職員による欺罔行為が必要である。本件では、悪性新生物について準拠する分類提要が変更になったことを、保険会社の営業職員が申立人に説明する義務があったと言えるかが問題となる。

準拠する分類提要の変更は、特定疾病保険金支払いの有無、保険料払込免除の可否に関わる事項ではあるが、「大腸腺腫内癌」が特定疾病保険金及び保険料払込免除の対象となる悪性新生物に該当するか否かは、契約締結の動機を直接左右する事項とは言えず、保険契約に関する重要な事項とは言えない。従って、「大腸腺腫内癌」が特定疾病保険金及び保険料払込免除の対象となる悪性新生物に該当すると申立人が誤信していることを奇貨として、敢えて説明しない場合を除き、営業職員には、準拠する分類提要の変更については積極的な説明義務はないと言える。よって、詐欺は成立せず、取消しは認められない。

【参考】

民法95条

意思表示は、法律行為の要素に錯誤があったときは、無効とする。ただし、表意者に重大な過失があったときは、表意者は、自らその無効を主張することができない。

民法96条1項

詐欺又は強迫による意思表示は、取り消すことができる。

[事案 20-40] 災害死亡保険金請求

- ・平成 20 年 10 月 9 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 1 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

医療過誤は不慮の事故に当たるとして、災害死亡保険金の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

夫が、平成 11 年 11 月に食道がん根治手術を、翌月に気管切開術を受けたが、その術中に執刀医が右総頸動脈を誤って損傷し、夫は失血死した。本件については、その後、医療過誤を巡る裁判となり、同 18 年に地裁判決が出て当方が勝訴し、夫の死が医師の過誤によるものと認定された。

そこで、夫の死亡原因となった「医療過誤」は、不慮の事故(付則 1 の分類項目 10「外科的および内科的診療上の患者事故」)に当たると考え、災害割増特約、傷害特約にもとづいて災害死亡保険金の支払いを請求したところ、保険会社は、約款上の不慮の事故には該当しないとして、災害死亡保険金を支払ってくれない。

他の生保会社等からは、裁判所の判決文にもとづいて、不慮の事故に該当すると判断し災害死亡保険金が支払われているので、災害死亡保険金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

災害割増特約、傷害特約においては、災害保険金の支払事由として「被保険者が不慮の事故による傷害を直接の原因として(中略)で、かつ昭和 53 年 12 月 15 日行政管理庁告示第 73 号に定められた分類項目中下記のもの」とするとし、同分類項目 10 において「外科的および内科的診療上の患者事故、ただし疾病の判断、治療を目的としたものは除外します」と規定している。

一方、申立人の言う裁判所判決によると、被保険者は、気管切開中に執刀医のメス操作により右総頸動脈を損傷し、それによって生じた創傷からの出血によって失血死したものと認定されている。

上記認定事実を、約款規程に照らした場合、分類項目 10 の患者事故(医療過誤)に該当するものの、気管切開術は呼吸不全治療を目的として行われたものであり、「疾病の治療を目的としたもの」として除外規定に該当する。

よって、被保険者の死亡は、不慮の事故によるものとは認められないため、災害死亡保険金を支払うことは出来ない。

< 裁定の概要 >

下記により、本件申立てには理由がないと判断出来ることから、生命保険相談所規程第 40 条により、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 本件契約の約款規程によると、災害死亡保険金の請求要件は、死亡原因が「不慮の事故」に起因するものであること、および 当該不慮の事故が同付則分類項目表(昭和 53 年 12 月 15 日行政管理庁告示第 73 号に定められた分類項目中の一部)に定められた項目に該当することである。このうち、本件事故は、上記の要件を満たすものであるが、前記要件のとおり、本件保険契約は、全ての「不慮の事故」について保険金を支払うとの内容ではなく、一定の不慮の事故についてのみ

保険金を支払うと規定し、本件保険約款付則 1 に定める不慮の事故は、限定列举と解することが原則である。すなわち、本約款付則 1 の分類項目 10 は、「外科的及び内科的診療上の患者事故」について、但し書きで「疾病の診断、治療を目的とした」患者事故は除き、傷害に起因する患者事故のみを支払いの対象としている。これは、疾病と傷害との発生件数の相違によるものであり、前記理由により規定自体不当とは言えない。

- (2) 本件事故は、そもそも食道がんという疾病に起因してなされた根治手術によって引き起こされた呼吸困難を緩和する措置として気管切開術により惹起したものであるから、例えその過程において執刀医に過失があっても、当該手術自体は「疾病の診断、治療を目的としたもの」と評価できる。したがって、本保険約款の災害死亡保険金の支払対象外であると判断されるから、本件において申立人には災害死亡保険金の請求権はないと判断せざるを得ない。
- (3) 申立人は、本件事故につき、当該会社以外の保険会社においては、同一内容の約款に基づく保険契約により、災害死亡保険金が支払われたことから、当該会社の判断は不当であると主張するが、各個別の保険会社は、独自の判断において、保険契約の趣旨と契約者の平等に反さない限り、契約者の有利な方向で支払対象を弾力的に運用することも許される。但し、これは各社の政策的な判断によるものであり、ある保険会社がかかる判断をしたからといって、他の保険会社が同一の判断をするべき義務を負うものではない。

<参考> 本件保険約款に定める「不慮の事故」について

- ・ 保険約款災害割増特約第 1 条は、この特約における不慮の事故とは「普通保険約款の付則 1 に定める不慮の事故をいう」と定めている。
- ・ 同付則 1 は、対象となる不慮の事故につき「急激かつ偶然な外来の事故で、かつ昭和 53 年 12 月 15 日行政管理庁告示第 73 号に定められた分類項目とし、分類項目の内容については、「厚生省大臣官房情報部編、疾病、傷害および死因統計分類提要、昭和 54 年度版」によるものとします。」と規定するとともに、分類項目として 10 に「外科的及び内科的診療上の患者事故 ただし、疾病の診断、治療を目的としたものは除外します。」と規定している。

[事案 20-44] 障害給付金請求

- ・ 平成 20 年 11 月 28 日 裁定申立受理
- ・ 平成 21 年 3 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

転落事故による両踵骨骨折のため両足関節に機能障害が残存するとして、特約にもとづく障害給付金の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 18 年の転落事故により、現在、両踵骨骨折後の変形治癒に起因する両踵骨部痛、両足関節痛が残存している。ギプスなしでは歩行が出来ず仕事も出来ないため、生活全ての面で支障を来し、うつ状態になり病院通いをしている。医師の診断書でも、今後の回復の見込みの可能性は全くなく、日々悪化している状態であり、明らかに特約に基づき障害給付金の支給対象となる「機能障害状態」に該当している。そこで、障害給付金

(年額 50 万円 × 10 回分)の支払いを求めたが、保険会社は、約款規定の機能障害状態に該当しないとして、障害給付金を支払ってくれない。

保険契約に当り、営業担当者は「生活および仕事に支障を来たす場合の保障」との説明を受けたこと等もあり、納得出来ない。

< 保険会社の主張 >

下記の理由により、申立人の障害状態は、約款に定める「機能障害状態」に該当しないので、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立特約の「生活機能障害状態」とは、約款記載の 14 の状態を言い、ケガをして一定の障害状態が残ったとしても、全ての場合に給付金が支払われるわけではない。
- (2) 申立人の場合に問題となる「機能障害状態」は、「両下肢の障害」であり、これは「両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの」を言う。このうち申立人の場合、両下肢とも「その用を全く永久に失った」かが問題となるが、「用を全く永久に失った」とは、完全に運動機能を失ったものを言い、下肢の完全運動麻痺、または 下肢において 3 大関節（また関節、ひざ関節、足関節）の完全強直で、回復の見込みのない場合と定められている。
- (3) 整形外科医院作成の「障害診断書」によると、申立人の左右の足関節の底屈（足関節を足の甲を延ばす方向に曲げることができる角度）は自動で 20 度、背屈（足関節を体の上方向に曲げることができる角度）は自動で 10 度であり、いずれも MMT 評価（徒手筋力テストの評価のこと）は「5」となっており、6 段階評価で「0」が完全強直、「5」が正常とされている。

以上からすると、申立人の底屈は 25 度の可動域制限があるものの 0 度から 20 度まで動かすことが出来、背屈は 10 度の可動域制限があるものの 0 度から 10 度まで動かすことが出来、申立人の障害状態は完全硬直でもなく、MMT 評価も「正常」（= 5）となっており、障害給付金の支払事由である 下肢の完全運動麻痺または 下肢において 3 大関節の完全強直で回復の見込みのない場合に該当しないことは明らかである。

- (4) 本件特約は、被保険者が所定の「機能障害状態」になったときに障害給付金を支払う、すなわち病気や事故で体を壊してその後十分に働けなくなるような状態のときに備えるもので、加入時の当社担当者の説明「生活および仕事に支障を来たす機能障害状態の保障」は正しい。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人提出の障害診断書にもとづき審理した結果、下記により、申立人の両下肢の障害状態は、保険会社の主張のとおり、保険約款上の「機能障害状態」すなわち「両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの」には該当しない。

また、申立人は、契約時に営業担当者より「生活および仕事に支障をきたす場合の保障です」との説明があったとして障害給付金の支払いを求めるが、担当者の説明は、給付金が支払われる場合について平易に説明したもので、契約で定められた保障と異なる保障を約束する趣旨とは解されない。

以上のとおり、申立人には両足関節に機能障害が存在しているが、それだけでは申立

契約に基づく障害給付金の支払対象となる機能障害状態には該当しないと言わざるを得ない。よって、申立てには理由がなく、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

[事案 20-52] 障害給付金請求

- ・平成20年 11月19日 裁定申立受理
- ・平成21年 3月27日 裁定終了

< 事案の概要 >

医療ミス等が原因で脳幹梗塞が発症し後遺症が残り、その障害状態は傷害特約約款の身体障害等級4級に該当するとして、障害給付金の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成7年9月に体調不良を訴えA病院を受診、通院・自宅療養したが、回復が見られず、再度A病院を受診し一過性脳虚血(TIA)と診断された。数日後、A病院に検査入院・精密検査を申し込んだが拒否され、翌日早朝に全身麻痺、危篤に陥る。別の医院で頭部MRI撮影したところ、脳幹部に病巣があり脳幹梗塞と診断された。その後、A病院にて1年6カ月にわたり入院加療、症状が固定し平成9年3月に退院した。後遺症は体幹機能障害3級で、車椅子生活となった。

そこで同9年4月、保険会社に障害診断書を提出し、高度障害保険金を請求したが障害状態未達で支払対象外となった。平成18年以降は、傷害特約にもとづく障害給付金4級20号(中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に日常生活動作が著しく制限されるもの)の障害給付金を何回も支払い請求したが、いずれも疾病が原因であり不慮の事故に該当しない、との理由で支払われない。

しかし、障害の原因となった脳幹梗塞は、A病院が適切な投薬治療を怠ったという医療ミス(手抜き診療)を原因とするもので、約款に規定する「不慮の事故」のうちの「外科的および内科的診療上の患者事故」に該当する。身体障害等級4級の障害給付金(災害保険金額500万円の30%相当額150万円)を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の障害給付金の支払い請求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立契約の傷害特約約款によれば、障害給付金の支払対象となる「不慮の事故」については、「急激かつ偶発的な外来の事故・・・で、かつ、昭和53年12月15日行政管理庁告示第73号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容については、『厚生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、昭和54年度版』によるものとします。」と規定されているが、申立人の申し出は、提出された資料によると、外来性も認められず急激性も認められず、不慮の事故の要件を欠く結果によって生じた障害状態であり、身体障害の状態が約款規程の障害状態に合致するか否か以前の問題であり、支払対象にはならない。
- (2) 本件の障害について障害診断書を見た限り、傷病名は「脳幹梗塞」となっており、その原因については、「不明、(労働災害)、(過労死)」、「勤め先会社の加害」、「労働災害・放置」、「TIA(一過性脳虚血)遺棄・ケア未実施・放置」等の表現で、その都度申請されている。原因が一貫されなくてその都度変更になってくること自体が、

実際は原因が特定されないことの証明もしくは記載事実の信憑性を低めることになると考えられる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人より提出された障害診断書等にもとづき審理した結果、下記により、申立人の身体障害は障害給付金の支払事由に該当しないと判断され、申立てに理由がないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書によりその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1) 申立人は、脳幹梗塞はA病院が適切な投薬治療を怠ったという医療ミスを原因とするものであり、上記分類項目10号に規定されている不慮の事故「外科的および内科的診療上の患者事故」に該当する、と主張する。

しかし、上記分類項目10号には「ただし、疾病の診断・治療を目的としたものは除外します。」との但し書が規定されており、「疾病の診断・治療を目的とした内科的診療上の患者事故」は「不慮の事故」には該当しないと解され、申立人の主張する医療ミスはそれが事実であるとしても、「疾病の診断・治療を目的とした内科的診療上の患者事故」と考えられるので、但し書により約款所定の「不慮の事故」には該当しない。

(2) 仮に、申立人の主張する医療ミス（手抜き診療）が約款所定の「内科的診療上の患者事故」に当たるとしても、約款によれば、当該患者事故により「傷害」が発生し、その「傷害」を直接の原因として障害状態になったことが必要とされ、脳幹梗塞は「疾病」であって「傷害」ではないから、脳幹梗塞を原因として障害状態になったときは、障害給付金の支払事由には該当しない。

(3) さらに仮に、脳幹梗塞が「傷害」に含まれるとしても、申立人は同7年9月8日に体調不良を訴えA病院を受診しているから、別の医院において頭部MRIにより脳幹梗塞と診断されたのが同月26日以降のことであっても、A病院受診時には既に脳幹梗塞が発症していたのではないかとの疑問を否定出来ず、A病院の医療ミスにより脳幹梗塞が発生したと言えるかどうかについては、疑問が残ると言わざるを得ない。

< 参考 > 傷害特約約款による障害給付金の支払事由

障害給付金の支払事由は「被保険者がこの特約の責任開始時以後に発生した不慮の事故による傷害を直接の原因として、その事故の日から起算して180日以内で、かつ、この特約の保険期間中に障害状態になったとき」と規定し、支払対象となる「不慮の事故」については、「急激かつ偶発的な外来の事故」で、かつ、昭和53年12月15日行政管理庁告示第73号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容については、『厚生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、昭和54年度版』によるものとします」と規定している。

【参考】

苦情分類表

項目	内容	概要
新契約関係	不適切な募集行為	募集行為が保険業法に抵触すると考えられるものや契約関係者に契約意思がないもの
	不適切な告知取得	不告知教唆や病中での契約、不正診査（身代り診査等）に関するもの
	不適切な話法	融資話法、乗換募集などに関するもの
	加入意思確認不十分	強引な募集等により契約関係者の加入意思が不十分であるもの
	説明不十分	取扱者（営業職員、代理店）として最小限必要な説明の欠如、商品内容について約款と異なる説明をするなど契約関係者に誤解を与えたもの（重要事項の説明不足、「しおり・約款」の未交付含む）
	契約内容相違	契約関係者の意思と証券内容に相違があるもの
	取扱不注意	取扱者等のミス・遅延などに関するもの
	契約確認	確認制度、確認の方法、確認員の態度に関するもの
	契約引受関係	契約不承諾、条件付など医的選択、販売制限、決定内容に関するもの
	告知内容相違	告知書の写しと告知事項が異なっていることに関するもの
	証券未着	保険証券が着かない、他の住所へ着いたなどに関するもの
その他	上記以外の新契約に係わるもの	
収納関係	集 金	集金手配事務に関するものや集金担当者の集金方法等によるもの
	口座振替・郵便振込	銀行口座引落とし、振込案内に関するもの
	職域団体扱	団体扱契約の保険料収入、および料率変更に関するもの
	保険料払込状況	入金回数相違など払込状況に関するもの
	保険料振替貸付	保険料の振替貸付通知、保険料の振替貸付に関するもの
	失効・復活	失効案内、復活診査、復活謝絶などに関するもの
その他	上記以外の収納に係わるもの	
保全関係	配当内容	配当内容や支払方法・手続等に関するもの
	契約者貸付	貸付手続、貸付金額、利息返済等に関するもの
	更 新	定期保険や定期保険特約等の更新に関するもの
	契約内容変更	払済保険・延長保険への変更、保険金の減額、保険期間の変更等に関するもの
	名義変更	契約者、受取人の名義変更に関するもの
	特約中途付加	特約の中途付加、中途増額に関するもの
	解約手続	解約手続に関するもの
	解約返戻金	解約返戻金の計算誤り・説明相違、解約返戻金水準に関するもの
	生保カード・ATM関係	生保カードの発行や取扱い、ATM利用等生保カードに関するもの
その他	上記以外の保全に係わるもの	
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	満期保険金の支払手続に関するもの（年金、祝金、学資金等を含む）
	死亡等保険金支払手続	死亡（高度障害）保険金の支払手続に関するもの
	死亡等保険金不支払決定	死亡（高度障害）保険金支払非該当の決定に関するもの
	入院等給付金支払手続	給付金の支払手続に関するもの
	入院等給付金不支払決定	給付金支払非該当の決定に関するもの
	その他	上記以外の保険金・給付金支払に係わるもの
その他	職員の態度・マナー	職員や代理店の態度・マナーに関するもの
	税金関係	保険料控除証明、その他税金関係全般に関するもの
	個人情報取扱関係	告知事項や保険金等支払、契約内容の無断開示等に関するもの
	アフターフォロー関係	契約成立後、職員の訪問や会社からの連絡がないこと等に基づくもの
	その他	経営全般等上記以外のもの