

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 21 年度 第 2 四半期受付分

(平成 21 年 7 月 ~ 9 月)

(社) 生命保険協会
生命保険相談所

1. 平成 21 年度第 2 四半期の苦情受付状況

平成 21 年度第 2 四半期の苦情受付件数は 1,833 件で、前期 (1,813 件) よりやや増加したが、前年同期比では 85.9% と大幅に減少しており、20 年度第 3 四半期以降、落ち着いた水準で推移している。

月別の推移を見ると、7 月 690 件、8 月 547 件、9 月 596 件となっており、前期の 6 月から 7 月にかけて苦情件数が増加したが、8 月、9 月には減少を示した。

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 607 件 (占率 33.1%) と最も多くなっており、前期より 27 件、4.7% 増加している。次いで「新契約関係」が 487 件 (同 26.6%)、「保全関係」が 469 件 (同 25.6%) となっており、いずれも前期より減少している。以下、「収納関係」は 142 件 (同 7.7%)、「その他」は 128 件 (同 7.0%) で、「その他」は前期より 40 件、45.5% 増と大幅に増加している。

内容別に見ると、引き続き『入院等給付金不支払決定』が 268 件 (同 14.6%) で最も多い。次いで、『説明不十分』(207 件、同 11.3%) が 2 番目に多いが、前期に比べ件数、占率とも減少している。このうち金融機関代理店による募集に関する件数は、前期に比べ大幅に減少し、最も多かった 20 年度第 3 四半期の半分以下となった。

以下、『入院等給付金支払手続』(116 件、同 6.3%)、『解約手続』(108 件、同 5.9%) の順となっているが、前期第 5 位の『配当内容』(77 件、同 4.2%) は前期に比べ 15.4% 減少し、『満期保険金・年金』(60 件、同 3.3%) も 13.0% 減少し、ともに順位を下げた。特に、『配当内容』は前年度同期比 62.1% で、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た。

一方、『不適切な募集行為』(84 件、同 4.6%) は前期に比べ 31.3% 増加しているが、数年前から十数年前の契約についての申し出が多くある。また、『死亡保険金等支払手続』(77 件、同 4.2%)、『死亡保険金等不支払決定』(76 件、同 4.1%) もそれぞれ前期に比べ 24.2%、52.0% 増加しており、今後の推移を注視していく必要がある。

苦情項目別件数表

<平成21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	64	103.2	84	113.5					148	108.8
	不適切な告知取得	18	58.1	18	60.0					36	59.0
	不適切な話法	42	131.3	42	127.3					84	129.2
	加入意思確認不十分	43	87.8	46	82.1					89	84.8
	説明不十分	227	116.4	207	105.6					434	111.0
	契約内容相違	5	62.5	5	55.6					10	58.8
	取扱不注意	19	79.2	16	69.6					35	74.5
	契約確認	0	0.0	3	100.0					3	75.0
	契約引受関係	57	126.7	50	98.0					107	111.5
	告知内容相違	4	400.0	3	100.0					7	175.0
	証券未着	2	100.0	2	200.0					4	133.3
	その他	24	240.0	11	68.8					35	134.6
	計		505	109.8	487	98.4					992
収納関係	集金	7	58.3	9	112.5					16	80.0
	口座振替・郵便振込	27	108.0	22	104.8					49	106.5
	職域団体扱	10	200.0	4	80.0					14	140.0
	保険料払込状況	10	43.5	5	55.6					15	46.9
	保険料振替貸付	28	90.3	21	72.4					49	81.7
	失効・復活	31	70.5	51	100.0					82	86.3
	その他	29	85.3	30	93.8					59	89.4
	計		142	81.6	142	91.6					284
保全関係	配当内容	91	79.1	77	62.1					168	70.3
	契約者貸付	26	83.9	30	115.4					56	98.2
	更新	29	93.5	42	95.5					71	94.7
	契約内容変更	90	94.7	88	97.8					178	96.2
	名義変更	34	73.9	30	73.2					64	73.6
	特約中途付加	11	68.8	5	83.3					16	72.7
	解約手続	115	81.0	108	90.0					223	85.1
	解約返戻金	74	115.6	69	84.1					143	97.9
	生保カード・ATM関係	7	140.0	5	41.7					12	70.6
	その他	21	131.3	15	65.2					36	92.3
計		498	88.8	469	82.6					967	85.7
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	69	106.2	60	78.9					129	91.5
	死亡等保険金支払手続	62	84.9	77	118.5					139	100.7
	死亡等保険金不支払決定	50	69.4	76	95.0					126	82.9
	入院等給付金支払手続	116	84.7	116	78.9					232	81.7
	入院等給付金不支払決定	270	99.6	268	70.9					538	82.9
	その他	13	54.2	10	40.0					23	46.9
	計		580	90.3	607	78.7					1,187
その他	職員の態度・マナー	17	51.5	25	138.9					42	82.4
	税金	2	22.2	0	0.0					2	11.8
	個人情報取扱関係	47	75.8	67	100.0					114	88.4
	アフターフォロー関係	9	100.0	19	146.2					28	127.3
	その他	13	100.0	17	42.5					30	56.6
計		88	69.8	128	87.7					216	79.4
総計		1,813	92.4	1,833	85.9					3,646	89.0

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7月～9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	77	6	0	/	1	84	保全関係	配当内容	3	1	0	73	0	77
	不適切な告知取得	17	1	0	/	0	18		契約者貸付	8	0	3	19	0	30
	不適切な話法	26	16	0	/	0	42		更新	18	1	1	22	0	42
	加入意思確認不十分	27	16	0	1	2	46		契約内容変更	22	1	4	59	2	88
	説明不十分	150	46	2	7	2	207		名義変更	8	2	2	17	1	30
	契約内容相違	2	0	0	1	2	5		特約中途付加	1	1	1	2	0	5
	取扱不注意	7	2	3	3	1	16		解約手続	31	14	11	51	1	108
	契約確認	0	0	0	3	0	3		解約返戻金	14	3	5	47	0	69
	契約引受関係	6	2	3	39	0	50		生保カード・ATM関係	1	0	0	3	1	5
	告知内容相違	0	0	0	3	0	3		その他	1	1	4	8	1	15
	証券未着	0	0	0	2	0	2		計	107	24	31	301	6	469
	その他	5	3	2	1	0	11		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	8	0	1	50	1
計	317	92	10	60	8	487	死亡等保険金支払手続	11		1	4	56	5	77	
収納関係	集金	5	3	0	1	0	9	死亡等保険金不支払決定		1	2	1	71	1	76
	口座振替・郵便振込	9	1	0	12	0	22	入院等給付金支払手続		19	1	18	78	0	116
	職域団体扱	0	1	0	3	0	4	入院等給付金不支払決定		36	11	5	215	1	268
	保険料払込状況	3	1	0	1	0	5	その他		0	0	0	10	0	10
	保険料振替貸付	0	0	2	19	0	21	計	75	15	29	480	8	607	
	失効・復活	10	3	1	36	1	51	その他	職員の態度・マナー	18	4	3	0	0	25
	その他	6	0	2	22	0	30		税金関係	0	0	0	0	0	0
計	33	9	5	94	1	142	個人情報取扱関係		26	4	4	32	1	67	
							アフターフォロー関係		6	3	1	9	0	19	
							その他		1	1	0	15	0	17	
							計		51	12	8	56	1	128	
<p>「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。</p>								<p>総 計</p>							
		583	152	83	991	24	1,833								

<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、従来同様、「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』が 268 件（占率 14.6%）で最も多い。具体的内容としては、「告知義務違反による解除」が最も多く、前期に比べほぼ同件数となっているが、今期は「入院日数分の給付金が支払われない」という申し出が増加した。

<入院等給付金不支払決定>

- ・入院給付金を請求したところ、告知義務違反で契約解除された。加入時に営業担当者から告知しなくて良いと言われた。
- ・手術給付金を請求したところ、手術を受けたのは事実であるのに、約款規定に該当しないとの理由で不支払になった。
- ・ガンと診断されているのに、支払対象外のガンであるという理由でガン給付金が支払われない。
- ・入院給付金を請求したところ、他社からは全日数支払われているのに、入院日数の一部しか支払われない。
- ・事故で障害が残ったため、障害給付金を請求したが、約款規程の障害状態に達していないとの理由で、支払われない。

第 2 位は、「新契約関係」の『説明不十分』（207 件、同 11.3%）で、前期に比べ 1 割近く減少した。具体的内容としては、銀行等窓販を含む新契約時の申し出や、転換自体の説明がなかったという申し出は減少している。

<説明不十分>

- ・契約内容が加入時の説明内容と異なっていた。契約を取り消して保険料を返して欲しい。
- ・銀行窓口で変額年金に加入したが、元本割れ等契約上のリスクについての説明がなかった。契約を無効として保険料を全額返金して欲しい。
- ・高齢者が変額年金を勧められ契約しているが、保険商品の内容・リスクについて理解していない。契約を無かったことにして欲しい。
- ・契約転換との説明もないまま契約転換されていた。転換前の元の契約に戻して欲しい。
- ・契約転換したが、転換のデメリットの説明がなく、転換前契約より不利な契約内容となってしまった。転換をなかったことにして前の契約に戻してほしい。

第 3 位は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金支払手続』（116 件、同 6.3%）で、前期と同じ件数であり、具体的内容としては支払確認に関する申し出が多い。

<入院等給付金支払手続>

- ・給付金の請求書類を提出し確認が必要と言われてから、相当の期間が経過したが、未だに支払われない。
- ・給付金を請求したところ、確認するので承諾書が欲しいと言われたが、何故必要なのか説明がない。
- ・手術を受けたので、給付金の請求書類を取り寄せようとコールセンターに電話したが、請求書類を送ってくれず、請求することさえ出来ない。
- ・給付金の支払い対象になるか営業担当者(コールセンター)に照会したところ、対象外と言われたが、後になって支払対象であることが分かった。

第4位は「保全関係」の『解約手続』(108件、同5.9%)で、前期よりやや減少しているが、具体的内容としては「解約を申し出ても手続きしてくれない」という申し出が多い。

<解約手続>

- ・営業担当者に解約を申し出たが、手続きを引き延ばして応じてくれない。本社に電話しても、担当者につなぐだけで、解約手続きが進まない。
- ・解約請求書を郵送するように頼んでも応じてくれない。
- ・解約を申し出たが手続きが遅れてしまい、その間に保険料が引き去られてしまった。保険料を返してほしい。
- ・コールセンターに解約を申し出たところ、担当者を訪問させると言われた。郵送で手続きしたいと申し出ているのに、手続きしてくれない。

第5位は「保全関係」の『契約内容変更』(88件、同4.8%)で、前期とほぼ同じ件数だが、前期より順位を1つ上げている。具体的内容としては、旧大和生命の保険契約が内容変更のうえ移転されたことに伴う申し出が増加したが、手続きに関する苦情は減少した。

<契約内容変更>

- ・保険会社が破綻し、新しい保険会社から契約内容のお知らせが届いたが、保険金額の減額については、どうしようもないのか。
- ・契約者保護機構で90%保護されていると思っていたが、満期保険金が70%以下になってしまった。何故こんなに下がったのか。
- ・死亡保険金の大幅な減額を申し出たが、規定により一定金額までしか減額出来ないと言われた。

第6位は「新契約関係」の『不適切な募集行為』(84件、同4.6%)で、前期より3割増加し、順位を3つ上げている。

<不適切な募集行為>

- ・母が私を契約者、子供を被保険者として、私に無断で契約していた。契約は無効ではないのか。
- ・営業担当者から名義貸しを頼まれ困っている。何とかして欲しい。
- ・5年前に父が私を被保険者として保険に加入していたが、私は知らなかった。私の署名は担当職員が代筆したようだ。契約を取り消して欲しい。

第7位は「保全関係」の『配当内容』(77件、同4.2%)と「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金支払手続』(77件、同4.2%)である。『配当内容』は前期に比べ15%ほど減少し、順位を2つ下げている。一方、『死亡等保険金支払手続』は2割以上増加し、順位を3つ上げている。

< 配当内容 >

- ・保険が満期になり受け取った額が、契約時提示された設計書記載の額に比べてあまりにも少な過ぎる。設計書に記載された金額を支払って欲しい。
- ・契約時の設計書の内容と現在の予想支払額が大幅に違う。営業担当者に聞いても説明が要領を得ず、納得いく説明がない。
- ・終身保険の保険料払込満了後、5年毎に支払われる生存給付金が支払われない。

< 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、印鑑証明や古い戸籍の提出が必要だと言われた。何故そこまで必要なのか。
- ・保険金を請求したが、確認が必要と言われ、相当の期間が経過しているのに、未だに支払われない。
- ・高度障害保険金の請求を申し出たが、該当しないとわれ、請求書類を送ってくれない。

第9位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』(76件、同4.1%)で、前期より5割以上増加し、順位を3つ上げている

< 死亡等保険金不支払決定 >

- ・国の身体障害1級に認定されたのに、約款の高度障害状態に該当しないとわれ、高度障害保険金が支払われない。
- ・死亡保険金を請求したが、告知義務違反があるとわれ、保険金が支払われない。
- ・災害保険金を請求したところ、約款上非該当だとわれ、災害保険金が支払われない。

第10位は「保全関係」の『解約返戻金』(69件、同3.8%)で、順位を3つ下げている。

< 解約返戻金 >

- ・何年も保険料を払い続け解約したが、払い込んだ保険料に比べ返戻金があまりに少ない。
- ・解約する前に担当者に聞いた解約返戻金額と、実際の金額が大きく異なっていた。

第11位は、「その他」の『個人情報取扱関係』(67件、同3.7%)で、個人情報の流出や第三者開示に関する申し出が増加し、順位を2つ上げている。

第12位は、「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金』(60件、同3.3%)で、前期より1割以上減少し、順位を4つ下げている。

第13位は、「収納関係」の『失効・復活』(51件、同2.8%)で、失効の予告通知や連絡がなかったという申し出が増加し、順位を4つ上げている。

発生原因別に苦情件数を見ると、「制度・事務」によるものが991件(占率54.1%)と、従来同様最も多く、占率は前期に比べ上昇している。他方、「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735件(同40.1%)で、占率は前期に比べ下降している。

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 21 年度第 2 四半期に裁定申立てがあったのは 29 件で、裁定審査会において受理審議の結果、27 件が受理され、生命保険相談所規程にもとづき 2 件が「不受理」となった。

これにより、本年 4 月からの累計申立件数は 62 件(前年度同期 36 件)となり、前年度同期より 26 件増加した。その申立内容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	計
給付金請求(入院・手術・障害等)	4	9	13
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	5	3	8
契約無効確認・既払込保険料返還請求	9	4	13
配当金(買増保険金・年金等)請求	3	0	3
銀行等代理店販売における契約無効確認請求	8	9	17
その他	2	2	4
受理件数	31	27	58
不受理件数	2	2	4
裁定申立件数	33	29	62

(2) 裁定結果の概要について

平成 21 年度第 2 四半期に裁定審理が終了した事案は 21 件で、「和解による解決」が 3 件、「審理の結果、申立内容を認めるまでの理由がないとして裁定終了としたもの」が 17 件、「保険会社から裁判等により解決を図りたい旨届け出があり、審理の結果、認められたもの(裁定不開始)」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 20-17] 転換契約無効確認請求

- ・平成 20 年 8 月 5 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 22 日 和解成立

< 事案の概要 >

契約転換時における特別条件の内容についての説明が不足していたとして、契約転換を取り消し、元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 11 年に定期付終身保険(同 3 年加入)を転換し、定期付終身保険(夫婦の保険)に加入したが、その際、転換時の体況により特別条件が付いて保険料が割増しされることは承諾して契約した。

ところが平成 19 年に保険会社から通知が届き、特別条件には保険料割増以外に、定期保険特約等(期間 10 年)の自動更新は出来ないこと、疾病給付金の全期間の支給割合削減(8割支給)の 2 点については全く説明がなかったため、知らずに契約してしまった。これらは契約に当たり大変重要な事項であるにもかかわらず、営業担当者が正しく説明しないで、契約者にとって不利となる内容の「承諾書」に署名・押印させたもので、説明責任を果たしていない。きちんと特別条件の内容について説明を受けていれば、転換な

どしていない。転換契約は営業担当者の説明不足による錯誤にもとづく契約であり、転換をなかつたことにして転換前の契約に戻して欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、申立人に書面により所定の説明をしており、転換契約の手続きは有効であり、その後も有効に継続していると認識しており、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 特別条件付加の場合は、定期保険特約の更新扱いが出来ない旨掲載している「ご契約のしおり 約款」を受領された旨生命保険契約申込書に署名・捺印されている。
- (2) 転換契約加入時に、申立人本人が署名押印した「特別条件付承諾書」には、特別条件(割増保険料の払込と疾病給付金の全期間に渡る支給割合削減)が記載されており、承諾書の裏面には「特別保険料徴収法」による条件が付加された場合、定期保険特約等の自動更新は取り扱わない旨記載されている。
- (3) 契約成立後に特別条件を記載し申立人の自宅に送付している保険証券の表面「ご説明」の欄に「特別条件特約が付加されている場合、その条件により更新できない特約がある」旨記載されている。
- (4) 当時の契約取扱者は既に退職しているが、同人に当時の取扱いについて確認したが、不適正な取扱いは確認されなかつた。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理を進めていたところ、保険会社より2つの和解案の提示があり、それぞれの内容について審理し妥当なものと判断した。そこで、2つの和解案を申立人に示したところ、申立人はそのうちの1つを選択し保険会社の和解案(転換契約がなかつたものとして転換前契約に戻す等)を受け入れるとの意向が示されたことから、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

[事案 20-24] 契約転換無効確認請求

- ・平成 20 年 8 月 26 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 28 日 裁定終了

< 事案の概要 >

保険加入の目的は貯蓄であるのに、解約返戻金が払込保険料に比べ少ないので、3回の契約転換を取り消し、転換前の当初契約に戻して欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成3年に加入した定期付終身保険(契約)を、同6年に契約者である自分が知らない(契約申込書に記入していない)ところで定期付終身保険(契約)に転換されていた。

その後、契約 を同10年に定期付終身保険(契約)に転換し、さらに同13年に契約を定期付介護保険(契約)に転換した。その後、同20年4月に契約 を解約したが、解約返戻金の額がそれまで支払ってきた保険料合計額に比べ少なすぎる。

転換後契約(契約)について既に解約手続きをしているが、下記(1)、(2)により、解約を取り消し、今まで行った転換手続についても全て取り消し、平成3年に契約した最初の契約 に復活してほしい。

- (1)平成6年の最初の転換の際、営業担当者によって申込書が代筆され、契約者が申込書に記載したものでなく、無効である。
- (2)その後2回の契約転換の際、被転換契約の積立金が転換後契約の保険料の一部に充当

されること等契約転換に関する説明を受けていない。自分は、貯蓄のつもりで保険契約を締結したものであり、被転換契約の積立金を転換後契約の保険料の一部に充当(保障に補填する)する意思はなく、各転換契約はいずれも詐欺による取り消し、あるいは錯誤により無効である。

< 保険会社の主張 >

下記の理由等により、転換契約の手続きは申立人の了解のもとに行われているものと判断し、平成3年の契約(契約)に戻すことには応じられない。

- (1) 取扱者(退職済)に面談の上、平成6年の転換時の取扱いについて事情聴取を行った結果、「はっきりとは覚えていないが、設計書等必要書類は渡し、転換の説明もしている」とのことであった。
- (2) 申立人は、平成6年(1回目の転換)の申込みが、取扱者から転換であることの説明はなく知らなかったと主張するが、その後10年(2回目の転換)と13年(3回目の転換)に転換しており、その手続き方法は平成6年と同じである。平成10年と13年の転換手続きは理解でき、6年の転換は理解できないという主張は不自然であると考ええる。1回目の転換を知らなかったのであれば、2回目の転換時に申し出があるはずであり、その後の転換には同意していないと考えられる。
- (3) 申立人は、平成6年の申込書の契約者、被保険者の自署欄が取扱者による代筆であると主張するが、告知書面の被保険者欄の字体と酷似している。また、4枚の申込書を見比べると筆跡は同一人のものと考えられる。
- (4) 契約は平成20年に解約されるまで有効に継続し、同17年には入院・手術等の給付金も受け取られている。給付金の請求行為は保障内容の了知が前提であり、入院保障だけを理解しているとは考えられない。申立人は給付金の保障内容と同等レベルで他の保障も了解のうえ継続してきたと考えられる。

< 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等にもとづき検討するとともに、申立人より事情聴取を行い審理した結果、下記の理由により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44条により、裁定手続きを終了した。

- (1) 申立人は、平成6年の転換契約について自ら転換後契約(契約)を締結していないと主張するが、各申込書を比較しても、契約 のみ明確に申立人の署名ではないと判断することは出来ない。加えて、仮に同契約の署名が申立人の委任に基づかず第三者によりなされたものであるとしても、申立人はその後、契約 の存在を前提として契約 を締結しているおり、結果において同契約を許容している(追認している)と言ふべきである。
- (2) 申立人の主張は、契約の転換をしてもそれまでに保険料を支払うことによって積立たもの(準備金)の額は減少しないと思って契約をしたが、実際には減少したのであるから、保険会社はかかる誤解を知っていたが故意にかかる事実を秘匿したことによる詐欺、あるいは事実の錯誤があるとの主張であると理解できる。
本件において、契約当時に申立人にかかる認識があったとの証拠は申立人の供述のみであり、これを裏付ける客観的な証拠(間接事実を含む)は存在しないが、仮にかかる認識があったと仮定しても、取扱営業職員において、かかる誤信の存在を認識し、かつかかる誤信を利用して申立人に契約をなさしめようという積極的意図(故意)が存在したと認定するに足りる証拠はないから、詐欺の事実は認められない。

(3) 保険契約は保障を第一義とするものであり、転換契約の際、一般には保障内容の変更とそれに伴う保険料負担の増減という点が契約者の関心事である。また、一般には保険契約は継続を前提とするものであり、保険の貯蓄性というの、満期時における満期保険金等の金額を意味するのが通常であるから、転換後の解約に伴う返戻金の金額の増減の事実は前記契約の重要な要素ではなく、したがってこの点についての事実の食い違いは、民法 95 条の錯誤とはならない。申立人が強調する「自分は保障には関心がなく貯蓄のみを重視していた」という事情は、申立人の主観的事情に留まるものである。

もっとも、当該主観的事情も、契約意思の決定に際し契約当事者間において要素として表示されれば、これが事実と異なる場合には錯誤により契約の効力に影響を与える（動機の錯誤）。しかし、申立人の事情聴取の結果においても、申立人が当該保険契約時に転換契約後の解約返戻金の額に関心を示し、あるいは当該金額に疑問を抱いた等、契約継続中の「貯蓄性」に関心を示した事実は認め難い。それ故仮に申立人が保険契約による貯蓄性を重視していた主観的事情が存在したとしても、契約時にその意図を表示していたとは推認できない。

本件においては、転換契約後の錯誤による無効の主張を認めるに足りる証拠はなく、申立人の主張は認められない。

[事案 20-31] 入院給付金請求

- ・平成 20 年 9 月 9 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 28 日 裁定終了

< 事案の概要 >

急性肝炎の治療のため約 96 日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 20 年 1 月に医療保険に加入、2 月に出張先で倦怠感および食欲低下を覚えて出張先の A 病院で診察を受けたところ、急性肝炎（診断書上の記載は急性肝炎、カルテ上は C 型慢性肝炎）との診断を受け、同日から同年 5 月下旬まで A 病院に約 96 日間入院した。そこで保険会社に、約款規定上の限度日数 60 日分の入院給付金を請求したところ、保険会社は入院初日からの 10 日分の入院給付金しか支払ってくれず、それ以外の入院は、特に入院して医師の管理を必要とする病状ではない等との理由で、約款の入院給付金の給付要件に該当しないものとして、支払ってくれない。

当該入院は、医師の指導（早急に治療に専念し入院・治療した方が良い）に従ったもので、病状が重いとか軽いとか言われたが、手遅れにならず重くならないように治療すべきではないか。納得出来ないので、残りの入院日数分の入院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の入院については、自宅等での治療が困難であったとは到底言い難く、常に医師の管理下に置かなければならない状況にあったとは言えない。したがって、10 日間（精査治療期として認め得る期間）以外には約款の定める入院に該当しないことは明らかであり、申立人の入院給付金の追加支払いの請求には応じられない。

(1) 入院の経緯

申立人は責任開始時から 1 カ月未満で、自宅近くでの病院でなく出張先のそれも内科

疾患にもかかわらず、外科医院へ入院を開始した。申立人の症状であれば、検査結果を説明して、自宅近くの病院を紹介するというのが、一般的な臨床経過であることを考えると不自然であると言わざるを得ない。

提出された診断書では病名「急性肝炎」というように、あたかも緊急の入院を要する症状であったかのような記載がなされているが、診療録では「慢性C型肝炎」とされており、著しく不自然であると言わざるを得ない。また、入院初日の診療録では、本人からの入院希望があったことが示唆されている。

(2)検査所見

検査結果(肝機能検査等)からは、軽度の異常が認められるのみであり、普通に社会生活を送れるレベルと言えるのであって、入院管理を要する症状は一切示されていない。

(3)治療状況

その具体的治療内容としても、安静と肝庇護剤の点滴・内服・筋肉注射が行われているが、すべて通院での治療が可能なものばかりであり、それを裏付けるように今回請求があった69日間の入院中、初診日以外では医師の診察はわずか9回となっている。そればかりか、4月1日には内服薬について「本人、飲みたくないとのことで処方せず」と、主治医の治療を拒否しており、C型慢性肝炎の治療の基本たるインターフェロン治療をも拒絶している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、入院・手術・通院証明書(診断書)、診療録等の書類審理および申立人の事情聴取等を行い、申立人の入院が約款規定の入院に該当するか否かについて審理を行った。その結果、下記のとおり、検査及び経過観察のために必要な相当期間(10日間)を超える入院給付金請求は認められないので、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、裁定手続きを終了した。

- (1) 本件保険約款では、入院給付金の請求要件を定め、入院について「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」とされおり、当該約款規定に該当して入院給付金の請求権が発生するためには、単に医師の入院指示があったという事実が存在するのみでは足りず、客観的に入院の必要性と相当性が存在しなければならない。
- (2) もちろん、当該患者についてその症状を把握し治療内容を決定するのは主治医であり、主治医の判断は十分尊重されるべきで、主治医の入院指示があれば、事実上、入院の必要性および相当性が存在したものと推定される(同旨東京地裁平成19年5月判決等)が、医師の入院判断は、上記必要性及び相当性のみではない、患者のその他の個人的事情等をも考慮する場合もある。(これは医師の裁量として許されるものである。)しかし、約款の適用は法律问题であり、医師の判断には必ずしも拘束されないから、当該入院の必要性、相当性についての合理的な疑いが存在する場合には、この推定は排除されることになる。
- (3) 本件においては、保険会社の指摘する事実をも考慮すると、以下の点において入院の必要性、相当性には合理的な疑いがあるから、前記医師の入院指示に基づく入院の必要性、相当性の推定は排除されるべきものである。

申立人の住居から遠隔地の病院に入院する必然性はない。検査結果の数値においても、一般に入院を必要とする程度ではないと複数の専門医が指摘おり、居住地以外での病院への長期にわたる入院の必要性については重大な疑問がある

C型慢性肝炎の治療としてはインターフェロン療法が有効であるが、医師の勧めにもか

かわらず申立人は居住地で行いたいとしてこれを拒否しながら、長期にわたって出張先の病院に入院していることは、入院の必要性の存在について疑問がある。

C型慢性肝炎の治療には、上記インターフェロン療法以外は投薬と食事療法であるが、いずれも自宅治療でも十分に可能である。

カルテを見ると、入院中の医師の診療は1乃至2週間に1回程度の割合である。

- (4) そうであれば、申立人において約款の要件に該当する入院であることの立証を必要とするが、主治医の保険会社に対する回答書には請求要件に該当する事実を判断するに足りる記載はなく、また保険会社の面談も拒否しているから、同医師によってこれ以上の入院の必要性及び相当性等が存在することを裏付けるべき証拠の提出を期待することは出来ない。また申立人の事情聴取においても、かかる事実を認定するに足りる供述は無かった。

[事案 20-35] 転換契約等無効確認請求

- ・平成 20 年 10 月 1 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 4 日 裁定終了

< 事案の概要 >

営業担当者の勧めで終身保険の分割転換および保障内容変更をしたが、説明が不十分で保障内容が思っていたものと異なっているため、転換前の契約に戻して欲しい。

< 申立人の主張 >

昭和 60 年に加入していた終身保険(死亡保険金 3,000 万円)について、付加していた医療特約が 80 歳満了であるため医療保障も終身にしたいという営業担当者の提案により、平成 15 年 11 月、十分な説明がされないまま、その一部を医療終身保険に分割転換とされ、分割後存続する終身保険については死亡保険金額を 2,500 万円に減額された。

その後、平成 17 年になり、終身保険は死亡後でなければ活用できない保険であるため生前に活用できる年金のほうが良いという営業担当者の提案を受け、分割後存続していた終身保険について死亡保障に代えて、年金受取りの保険に保障内容を変更した。

ところが、同 19 年に給付金を請求したところ、保障内容が営業担当者から説明を受けていた内容と異なっていたことに気が付いた。上記の一部転換および保障内容変更手続きにおいて、以下のとおり十分な説明が行われておらず、誤認、錯誤にもとづくもので無効であり、転換前の元の終身保険に戻して欲しい。

(1) 分割転換契約手続きについて

営業担当者に、本件保険の医療特約のみを解約して医療終身保険に加入したい旨伝えたが、十分な説明がないまま終身保険 3000 万円のうち 500 万円分が分割転換に使用され、分割後存続保険の死亡保険金が 2,500 万円に減額された。

(2) 保障内容変更手続きについて

保障内容変更後の保険とその他の保険を併せた保障内容について、営業担当者より、年金の他に、死亡保険金は 1,200 万円、入院給付金はがん入院の場合には 1 日 3 万円、その他の入院の場合には 1 日 2 万円と説明され、内容変更手続き後もそのような保障が残っていたが、実際には、死亡保険金は 200 万円、入院給付金はがん入院の場合には 1 日 2 万円、その他の入院の場合には 1 日 1 万円であった。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、本件分割転換契約手続きおよび保障内容変更手続きの両手続きについては、申立人が手続きをなすべきか否かを判断するに当り必要な事項の説明を行ったうえで、

申立人の意思により手続きがなされたものであり、特段の問題は認められず、申立人の申し出には応じられない。

(1) 分割転換契約については、勧誘に当って提案書と称する分割転換後の契約内容を示す書面等を提示し、各契約の内容を説明している。なお、提案書は、成約にいたるまでの約半年間の間に、申立人のニーズを踏まえて複数回作成し直され、内容が詰められていったものであり、申立人において契約内容を十分に納得したうえで行われた。

(2) 保障内容変更手続きについては、分割転換後存続契約（終身保険）の保険料払込期間が満了となる2ヵ月位前（平成17年4月頃）に申立人に対し、保険料払込満了の連絡と保障の受取方法について確認したところ、申立人が「自分でかけたものなので自分で使いたい」と述べたことから、全額年金で受取る場合のプランを数パターン作成し申立人に検討してもらうこととしたが、その際、分割転換後存続契約の死亡保険金は年金受取りと引き換えに無くなること等について説明した。

その後、申立人より5年で全額年金で受け取ることと決めたとの連絡があったので、支社の担当職員同行のうえ、死亡保障の全額年金受取りへの変更意思を再度確認し手続きを行ったが、申立人は内容について十分納得している状況で、その際にも「自分がかけていたものなので自分で使いたい」との意向が示された。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および営業担当者から分割転換契約手続きおよび保障内容変更手続きにおける契約・変更経緯および説明状況等について事情聴取を行い審理した結果、下記のとおり、本件申立ては認められないことから、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) 分割転換契約の効力について

申立人の主張は、保険会社が保険の募集に当たり、申立人の保険需要に適合した保険を勧誘しなかったことを問題にするものと解される。

しかし、分割転換契約後の分割後存続保険と分割後転換保険が、申立人にとって、著しく不適合であるとの事情は認められないし、申立人の事情聴取によれば、申立人は、分割転換契約当時、分割後存続保険と分割転換後保険の各内容について了承していたというのだから、分割転換契約後の各保険に納得し、契約したものと認められる。

(2) 保障内容変更手続きの効力について

申立人の主張は、保障内容変更手続きにつき、詐欺による取消（民法96条1項）または錯誤による無効（民法95条）を主張するものと解される。

詐欺による取消について

申立人および営業担当者の事情聴取の結果をもってしても、営業担当者が申立人に対し、保障内容変更手続き後の保障内容について、申立人の主張するような虚偽の説明をしたとは認定出来ない。

錯誤による無効について

ア) 申立人の事情聴取によれば、申立人が理解していた保障内容変更後の年金以外の保障内容は、分割転換後契約による保障の他に、新たに契約した保険によって保障されるというものである。

しかし、新たな保険契約を締結したというのであれば、契約書面の作成を含め、契約に必要な諸手続きがなされた筈であるが、本件では、そのような手続きがなされたとは認められない。また、営業担当者の他にもう一人の支社職員が申立人と面

談し、保障内容変更について再確認がされている。こうした事情からすると、変更契約当時、申立人において錯誤があったと認めることは出来ない。

1)仮に、申立人において錯誤が認められたとしても、この申立人の錯誤が、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。本件における「要素の錯誤」の成否を検討するに、保険商品の選択は、契約者によって相当幅があると言えるから、通常人にとっても、申立人が意図したのと同様の保障内容が残るか否かが、保障内容変更手続をするかを左右する事情とは必ずしも認められない。よって、申立人の錯誤を「要素の錯誤」と認定することは出来ない。

[事案 20-36] 保険料払込免除請求

- ・平成 20 年 10 月 1 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 9 月 30 日 裁定終了

< 事案の概要 >

工作中的事故により両耳の聴力を全く永久に失ったとして、保険料払込免除と事故後の支払済保険料の返還を求め、申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 15 年 7 月、仕事でカラオケ音響機材の修理の際に大音量が耳元を直撃、左耳鳴りが出現し、左聴力低下を自覚したとして、翌月中旬に A 耳鼻咽喉科にて診察を受け、「左急性感音性難聴」と診断された。同月下旬 B 病院に転院したが、同年 10 月頃より右難聴も出現、その後、両耳の聴力が更に低下し、「両高度感音性難聴」と診断された。その後も加療を続けたが、聴力は徐々に増悪し、回復の見込みがなく症状が固定（19 年 7 月頃）し、「両特発性難聴（原因不明の進行性難聴）」との B 病院の診断を受けた。

その障害状態は、保険約款の別表に規定されている保険料払込免除の対象となる身体障害状態(1)両耳の聴力を全く永久に失ったもの)に該当し、聴覚障害の原因もカラオケ音響機器の修理の際に大音量で出力された音を聞いた事故によるものであることから、約款で規定する保険料払込免除事由に該当する。

そこで、将来の保険料の払込免除と上記事故後に支払済みの保険料の返還を求めたところ、保険会社は、保険料払込免除事由には該当しないとして保険料払込の免除を認めてくれない。障害の原因は偶発的な事故であり、保険料の払込免除を認めるとともに、上記事故後に支払った保険料を返還してほしい。

< 保険会社の主張 >

約款の保険料払込免除事由として、「被保険者が責任開始後の生じた別表に定める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 日以内の保険料払込期間中に別表に定めるいずれかの身体障害状態に該当したとき」としている。

しかし、申立人の聴力低下については、当社にて申立人の担当医師 2 名に確認したところ、いずれの医師も聴力低下の原因を「疾病」としており、約款の保険料払込免除には該当しないものと判断している。

したがって、申立人の聴覚障害は、約款の保険料払込免除事由に該当しないので、保険料の払込免除および支払済保険料の返還に応ずることは出来ない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の聴覚障害が約款の別表で定める「両耳の聴力を全く失った」状態に当たり、保険料払込免除事由の身体障害状態に該当することは当事者間においても

争いが無いことから、申立人の身体障害状態が、不慮の事故による傷害を直接の原因とするものかについて審理した。その結果、以下により本件申立ては認められないものとし、生命保険相談所規程第 44 条にもとづいて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) 保険会社の委託会社において、A 耳鼻咽喉科および B 病院の医師に確認した内容によると、いずれの医師も、申立人の聴覚障害は大音量を聞いたこと（外傷性）によるものではなく、原因不明の疾病によるものであるとの意見を述べている。（但し、疾病の原因が不明ということもあり、必ずしも断定的な意見とはいえない。）

また、保険会社において、複数の社内外の医師に確認したところ、「外傷性ではないと言い切れない可能性もある」と指摘する医師もいるが、他の医師は、疾病の可能性を指摘する。

(2) 申立人の主張が認められるためには、申立人の聴覚障害が「不慮の事故」によるものと証明される必要があるが、別表によれば、「不慮の事故」とは「急激かつ偶発的な外来の事故」とされているから、疾病が該当しないことは明らかである。そして、上記医師らの意見を総合すると、申立人の聴力障害は、疾病が原因である可能性が窺われ、「不慮の事故」によるものと認めることは出来ない。

[事案 20-41] 契約者貸付等無効確認請求

- ・平成 20 年 10 月 20 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 9 月 30 日 和解成立

< 事案の概要 >

契約者が知らないうちに妻が無断で契約者貸付を受けたが、これは保険会社が契約者本人の意思確認をしないまま行われたもので、貸付は無効であると申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

私は、自分を契約者・被保険者として昭和 54 年に加入し、その後同 62 年の第 1 回目の転換契約含め計 3 回の契約転換と、特約解約・保険金減額等をしながら継続し、平成 19 年 8 月に解約した。この間、妻が無断で契約者である自分が知らないうちに、契約者貸付（平成 4 年）、生保カード発行（同 6 年）およびカード貸付（同 7 年から計 22 回）が行われていたことが、平成 18 年になって分かり、転換時や保険金減額時、解約時にそれぞれ貸付金の精算金として差し引かれ、その差引き合計額は 139 万円余となっていた。

契約者貸付、生保カード発行手続き等について、契約者である私は全く関知しておらず、貸付申込書等の書面にも署名・押印等をしていない。妻に確認したところ、営業担当者（退職済）のアドバイスで契約者貸付、カード発行の手続きをしたことを認めている。

保険会社は権利者である契約者の意思を確認せず、営業担当者も不適切な手続きに関与しており、契約者貸付、生保カード等の手続きは無効である。契約者貸付等をなかったこととして、契約転換時、解約時に差し引かれた貸付金精算金を返還して欲しい。

< 保険会社の主張 >

契約者貸付手続き等を無効にして、貸付金精算額の返還を求める申立人の請求には、下記理由により応ずることは出来ない。

(1) 以下の ~ を考慮すると、少なくとも昭和 62 年の第 1 回目の転換契約締結時以降は、申立人は自分が契約者であることを認識したうえで、契約後の諸手続きを妻に包括的に

委任していたと考えられる。したがって、本件店頭貸付およびカード申込み手続きについても、実質的には申立人の意思により手続きがなされたものと考えられる。

申立人には生命保険契約申込みの意思はあった。

3回の転換契約の契約申込書の署名はいずれも妻のものである。また、第1回目の転換契約の申込書については、妻によれば「主人からお前が書いてくれと言われたため自分が記入した」とのことである。

保険金変更請求も妻が記入している。なお、本手続きにより貸付金が返済されるものではなく、妻が申立人の意思に反して無断で手続きしたとは考えにくい。

手続きに当たって必要な保険証券の提出と届出印の押印がなされていることから、普段から保険証券と届出印の管理は申立人ではなく妻が行っていたと考えられる。また、当社は、度重なる貸付、返済手続きのたびに手続き結果の通知を契約者宛に送付しているほか、貸付額も記載された総合通知を年1回契約者に郵送している。申立人は少なくともこれらの通知の一つを見れば、貸付金の存在を容易に知ることが出来たにもかかわらず、申立人は平成18年6月頃の通知で初めて貸付金の存在を知ったとしている。この点からすると、申立人は自分で契約を管理する意思が極めて乏しかったと考えられる。

- (2) また、仮に妻に委任する意思がなかったとしても、上記(1)および下記 ~ を考慮すると、妻に委任していた外観が存在することにつき申立人には帰責性があると考えられる。一方、当社は本件店頭貸付およびカード申込手続きについて、申立人からの請求である、または妻に手続きを委任していた、と信じる相当の理由があると考えられる。

本件店頭貸付については、請求書には保険証券に印字された届出印が押印され、保険証券および届出印が押印された委任状が提出された。

本件カード申込手続きについては、請求書には保険証券に印字された届出印が押印され、保険証券が提出され、カード申込書の筆跡と保険証券の署名の筆跡が一致している。

第1回目転換契約(昭和62年)の申込書については、契約者である申立人の指示で妻が記入したと考えられる。その一方で、店頭貸付手続きおよびカード申込手続きが、申立人の意思によらず、無断で行われたことを疑うべき特段の事情はなかったと思われる。

< 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申立書、答弁書等書面にもとづいて検討を行っていたところ、保険会社より和解案の提示があったが、申立人は同和解案を拒否した。

裁定審査会としては、本件は夫婦間における出来事であり、表見代理の成否等が問題となり得る事案であること、また諸手続きが行われてから相当期間が経過していること等を考慮すると、保険会社が提示した和解案(すべての貸付手続きがなされずに平成19年に解約手続きがなされたと仮定した場合において、申立人が受け取れたはずの解約返戻金を支払う)は妥当なものであると考え、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、同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、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

(参考) 表見代理

「表見代理」とは、本人の代理人のように行動した者に実際は代理権がなかったけれども(無権代理)、取引の相手方から見るとあたかも代理権が存在しているかのように見える場合において、代理権が存在するものと信じて取引した者を保護する制度である(民法109条,110条,112条)。

[事案 20-49] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成 20 年 11 月 12 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 28 日 和解成立

< 事案の概要 >

告知義務違反により契約が解除され給付金が支払われなかったが、加入時における募集人の告知に関する不適切な説明(取扱い)が原因であり、契約を無かったことにして支払済保険料全額を返還してほしい。

< 申立人の主張 >

ガンに対する保障を充実することを目的に、募集人(退職済)の勧めもあり、他社保険を解約し平成 18 年 12 月に生活習慣病入院保険に加入した。1 年ほど経過した同 20 年 1 月に、以前から通院治療していた白内障の手術を受け、同年 3 月に給付金を請求したところ、告知義務違反により契約解除となり、給付金が支払われないばかりか、加入後に払い込んだ保険料も全く戻らないとの通知が届いた。

下記のとおり、加入時において募集人の告知に関する説明が不適切であったことが原因であり、納得出来ない。払い込んだ保険料全額(15 万円余)を返還して欲しい。

- (1) 加入手続き(H18 年 11 月)時に告知した際、募集人に 5 ~ 6 年前に白内障と診断されていることを話したところ、募集人は「私も白内障で加入出来ているから大丈夫。告知は必要ない」との説明があった。
- (2) 募集人は、治療歴を知ったときはきちんと告知させ、白内障については不担保になること等について説明するべきなのに、募集人はこのような重大なことを怠っている。
- (3) 保険会社は、募集人からの加入時における告知の取扱いに関する事情報告書のみで判断しており、募集人に対する事実確認が十分になされていない。

< 保険会社の主張 >

申立契約を告知義務違反による解除としたことは、下記により正当である。また、契約を解除とした場合は約款規定により解約返戻金を支払うことになるが、同契約には解約返戻金がないため払戻金はない。したがって、支払済保険料の返還を求める申立人の請求には応じられない。

- (1) 被保険者(申立人)は告知前に、長期間かつ継続的に A 眼科クリニックにて、白内障による通院・投薬治療を受けていた事実が判明しており、告知書の告知項目(「最近 3 ヶ月以内に、医師の診察、検査、治療、投薬を受けたことがありますか」、「過去 5 年以内に、別表の病気で、医師の診察、検査、治療、投薬を受けたことがありますか」)の不告知が認められること。
- (2) 申込みの際して、白内障の現症による通院・投薬の告知があれば、部位不担保等を付加する対象となることから、不告知の事項が「重要な事実」であること。
- (3) 申立人は、長期間にわたり、告知日の前後を通じて継続的な通院、投薬を受けていたことから、疾病の自覚を持ち合わせていたはずであり、告知項目の質問を読むという僅かな注意を払えば、告知が可能であったことから、申立人に重過失が認められる。
- (4) 当社において、取扱い募集人に対し事実関係の確認を行った結果、申立人が主張するような、不告知教唆や告知妨害等の不適切な事実関係は認められず、被保険者(申立人)の重過失を軽減するような会社過失は認められない。

< 裁定の概要 >

申立人および保険会社双方から提出された申立書、答弁書等の書面審理を行うとともに、申立人に対して加入時における告知の状況等について事情聴取を行ったところ、申立人の申出内容は信憑性が高く作為的なものはなかったものと判断され、また、眼の不担保扱いによる申立契約の継続を希望するとの意向が示された。

これを受け、保険会社との意見交換を行い、申立人からの事情聴取の状況について報告のうえ、和解案の検討を促したところ、保険会社より「契約時に遡っての眼の部位不担保および和解成立時点までの未払保険料の全額支払いを申立人が了承することを条件に、告知義務違反による契約解除を取り消し、契約の継続に応じる」との和解案が提示された。

裁定審査会において、保険会社の和解案を審理した結果、妥当な内容であると判断、申立人に同案を提示したところ、申立人の同意が得られたので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 20-51] 契約転換無効確認請求

- ・平成 20 年 11 月 19 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 9 月 30 日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約転換時に、転換契約であることや転換契約のデメリット等の説明がなかったとして、転換をなかったとして、元の契約に戻してほしい等の申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

結婚したことを機に、定期付終身保険（平成 5 年加入）に妻の医療保障を付けることを勧められ、同 10 年に従来から加入していた保険を現在加入の新しい保険契約（ファミリー保障特約等付の定期付終身保険）に契約したが、次のような説明義務違反があった。転換契約を取り消し転換前契約に戻したうえで、転換時に遡って妻のファミリー保障特約を中途付加して欲しい。

- (1) 転換という手続きをとることを説明せず、またその意味、内容、デメリット等の説明義務を怠った。
- (2) 「妻の医療保障を付け加える」について、転換以外にも妻の医療保険の設定が可能であったにもかかわらず、その事について説明がなかった。
- (3) 転換にともない、終身保険金額が 1,000 万円から 700 万円に減額されること、更新期間が 15 年から 10 年に短縮されること、予定利率が下がることなど、転換に伴う契約者にとってのデメリットについて説明がなかった。
- (4) 死亡保障額が 3,500 万円から 4,000 万円に 500 万円増額されるという間違った説明がなされ、自分も説明どおりに認識し、契約を結ぶ決定要因となったが、実際は転換前の加入していた契約全体の保障額も 4,000 万円、虚偽の説明であった。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、転換手続きは契約者本人によるものであり、設計書にもとづく説明を了解されたものであり、契約転換は有効であり、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 営業担当者は、契約者の意向が「妻の入院日額が、転換前契約へのファミリー保障特約の中途付加では不十分である」ということから、設計書に基づいて転換制度を中心に説明を行ったと記憶している。
- (2) 申立人の希望するファミリー保障特約の中途付加制度では取扱い出来ず、転換制度を利用して申立人の保険の主契約日額を増額することが必要であることを設計書により説明し

たものものと、営業担当者は記憶している。

- (3) 営業担当者は、設計書を使用して当該転換契約の保障内容を説明しており、設計書には「比例転換方式利用」と明記されているため、当該設計書の説明において「転換契約ではない(新規契約として)」として説明を行うことは不可能である、としている。
- (4) 終身保険(主たる保険契約)金額が700万円に減額されたことについては、営業担当者が一方的に決定した保険金額ではなく、30枚以上の設計書を作成し保障内容・保険料に関して契約者の了解を得ながら決定した金額であったと、営業担当者は記憶している。
- (5) 予定利率に関しては、契約者に「利回り等」であるかの誤解を与える可能性があるため説明を義務付けておらず、質問等があった場合に説明することとなっている。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面、申立人および営業担当者からの事情聴取の内容にもとづき審理を行った。申立人の主張は、法律的には、要素の錯誤(民法95条本文)による種類転換(申立契約)の無効もしくは詐欺による取り消し(民法96条)を主張するものと解し、判断を行った。

その結果、下記のとおり、本件申立ては認められないので、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

1. 錯誤無効について

保障内容等の観点から見ると、申立契約の申込み時において、申立人に「要素の錯誤」があったと認めることはできない。

- (1) 営業担当者が「転換」となる旨の説明を行ったか否かについて、申立人と営業担当者の供述が対立しているが、申立人からの事情聴取によれば、申立契約の保障内容自体についての不満はない旨述べている。また、終身保険金額が1,000万円から700万円に減額されること、更新期間が15年から10年に短縮されることについても認識していたことも認めている。
- (2) また、営業担当者は昭和50年代から申立人の所属する職域団体を担当しており、あえてトラブルを招くような勧誘を行うとは考えにくい、設計書には「ご利用制度欄」に「契約転換制度 比例転換方式」との記載があり、保険申込書にも「契約転換制度」の欄があり「比例転換方式」と印字され、「被転換契約」欄には転換前の2契約の証券番号が記載されていること、申立人は新聞社に勤務し、当時30歳代前半の年齢であり、十分な理解力と判断力を有していた人物と認められること、などから考えると、営業担当者が「転換」という説明を全くしておらず、申立人も「転換」であることを全く認識していなかったとは考え難い。
- (3) 妻の医療保障について、申立人の意向に沿う入院給付日額にするためには、転換前契約のまま申立人本人の入院給付日額を増額することが出来ず、ファミリー保障特約の「中途付加」という方法は選択できず、「転換」という方法によるしかなかった。
- (4) 営業担当者が行ったとされる、死亡保障が3,500万円から4,000万円に増額されるといふ説明自体が間違っていたわけではない。
- (5) 予定利率の説明はしていなかったことを営業担当者も認めているが、転換契約(平成10年)当時は、予定利率の説明まですることは一般的には行なわれていなかったことが窺われる。申立人は、予定利率が変更されたことにより、保険の価値が下がったと述べるが、保険は保障内容を考慮せずに予定利率でのみ評価されるべきものではない。
- (6) 「転換」であれば契約をしなかったという申立人の主張は、いわゆる「動機の錯誤」

に当たるから、その動機が何らかの形で表示されていることが必要となる。しかし、本件では、申立人の主張する動機が表示されたことを窺わせるような事情はない。そうすると、「転換」であれば契約をしなかったという申立人の主張を錯誤の問題として取り上げることはできない。(予定利率の問題も同様である。)

2. 詐欺による取消しについて

「詐欺」(民法96条1項)とは、違法と評価されるような方法(欺罔行為)により、表意者を錯誤に陥れ、それによって意思表示をさせることであるが、募集人において欺罔行為があったと認めることは出来ない。

<参考>「動機の錯誤」

「動機の錯誤」とは、表示に対応する意思(契約をしようとする意思)はあるが、具体的な意思決定をする際の動機あるいは過程に思い違いがあること。判例は、動機が何らかの形で契約の相手方に表示されている場合には錯誤となり、さらに当該錯誤が法律行為(契約)の要素に当たるときは意思表示が無効となるとしている。

[事案 20-53] 入院給付金請求

- ・平成20年11月19日 裁定申立受理
- ・平成21年9月30日 裁定終了

<事案の概要>

左拇指骨折により病院にて入院治療を受けたが、入院の必要性がないという理由で入院給付金が支払われなかったことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年4月、自宅で戸棚を移動中に誤って左手親指を戸棚に挟みケガをした。翌日、A病院整形外科にて受診し左手拇指末節骨骨折、開放骨折および骨髄炎と診断された。その3日後、B整形外科内科病院にて受診したところ、骨髄炎を放置すると親指切断になるとのことで同病院に即入院し、4月5日から5月21日まで47日間入院治療を受けた。さらに、同月21日に点滴による薬剤性肝炎になり、C病院で21日から28日の間入院治療を受け退院した。(申立人はC病院退院後にB病院に戻り8月3日まで再入院)。

C病院退院後に、加入している3つの医療保険にもとづいて入院給付金を請求したところ、C病院での入院については入院給付金が支払うが、B病院での入院については、入院の必要性がないという理由で支払ってくれない。B病院の医師の指示に従った入院であり、自分が好んで入院したわけでもなく、また意図的に事故を起こしたわけでもない。B病院での入院に対する入院給付金(47日分)を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記理由等により、申立人の入院給付金等請求にかかる入院は、約款上の入院(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、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)に該当しないため、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立人は4月2日にA病院にて受診した際、入院適応と判断されず、1日受診したのみで治療が終了している。
- (2)申立人が入院したB病院における診断も、入院開始時において「左拇指開放骨折」、その後「アトピー性皮膚炎」、「両足白癬症」との診断であり、他に合併症や入院治療を必要とする傷病は認められなかった。

(3)入院中の主な治療は、左拇指をシーネ固定して骨髄炎の防止を行ったにすぎず、診療録の記述も週1回から2回程度でしかない。また、日常動作についても左拇指が自由に動かないことを除いては通常通りと認められ、更に、入院期間中の外出が、入院日数47日中合計17日と頻度が高かった。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の入院(B病院における4月5日から5月21日までの47日間の入院)が、保険約款の入院給付金の支払要件である「入院」の規定に該当するか否かについて申立書、答弁書、医師の意見書等にもとづき、審理を行った。その結果、以下のような事実を総合すると、本件入院は、約款で定義する「入院」には当たらないと言わざるを得ないことから、本件申立ては認められないと判断し、生命保険相談所規程第44条にもとづいて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)申立人は、B病院での入院に先立ち、4月2日にA病院にて受診した際、「入院適応」と判断されず、1日受診したのみで治療が終了している。
- (2)看護記録によれば、申立人は、入院当日(4月5日)から7時間近い外出をしており、その後も入院期間中頻繁に外出・外泊を繰り返している。
- (3)入院期間中の治療内容は、シーネ固定処置、点滴(抗菌薬)、経口薬の服用等であるが、前述のとおり、申立人は入院当日を含め頻繁に外出・外泊を繰り返しており、これらの治療は特に入院して行わなければならないものとまでは考えられない。

[事案 20-54] 配当金請求

- ・平成21年1月8日 裁定申立受理
- ・平成21年7月28日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約時に提示された設計書記載の生存保険金(配当金)を支払って欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成59年10月に定期付終身保険に加入した際、営業担当者より提示された保険設計書には、「保険料払込満了時に老後設計資金(生存保険金)約475万円」と記載されていた。また営業担当者からも同様の説明を受けた。しかし、平成19年9月に65歳時で保険料払込が満了した時、保険会社より実際に支払われる生存保険金は約87万円で、契約当初に提示のあった金額と余りにもかけ離れていることが分かった。経済情勢は理解できるが、どうしてもっと前に大幅に減ることを連絡してくれないのか、納得出来ない。加入時に約束した金額(475万円)に対し、最低でも80%、380万円は支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1) 契約締結当時の営業担当者(退職済)は、本件契約の勧誘時に設計書記載の累計生存保険金につき、これらの金額が必ず受け取れるとか、絶対に出る等と説明したことはない。そして同設計書には、「配当数値について、記載の配当数値(老後設計資金等)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、将来の支払額を約束するものではありませんのでご注意ください」と記載があり、保険会社としても設計書の諸数値を支払うことを約束していない。
- (2) 本件契約において社員配当金は、契約成立後3年目から支払われる可能性のあるもので、

生存保険の買増しに充てられることが約款上規定されている。本件契約において割り当てられた社員配当金は、昭和 61 年から平成 7 年までは、各年、社員配当金の割当ておよび支払いがあり、それぞれ生存保険の買増しに充てられ、その買い増しに充てられ、買い増しされた累計生存保険金額は保険料払込期間満了時に約 87 万円となった。その後、日本経済の全般的な状況(バブル経済崩壊後の運用状況の低迷、特にゼロ金利政策の長期継続等)によって、本件契約(終身保険の予定利率は 5%と非常に高い水準にあることも影響している)に対して割り当てられた社員配当金は、平成 8 年以降 20 年 10 月 1 日までは全くなかった。この間、社員配当金による保険料の支払いがない以上、買い増される累積生存保険金も増加しなかった。

- (3) 申立人は、最低でも「80%、380 万円」の支払いを求めているが、数字的割合を問わず、額の如何にかかわらず生存保険金を支払うことは、契約者に対する不公平な取扱いとなって不当である。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、保険会社および申立人から提出された書面にもとづいて審理した結果、下記により設計書記載の生存保険金額を支払うことが、申立契約の内容になっていると認めることは出来ないことから、生命保険相談所規程第 44 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) 申立契約の定款・約款によれば、申立契約の生存保険金は、毎年の社員配当金をもとに買増した累計生存保険金を、保険料払込満了時に支払うものとされ、その後も、同様に社員配当金で買増した累計生存保険金を、5 年毎に祝金として支払うものとされているが、確定金額を支払うものとはされていない。従って、保険設計書に記載された累計生存保険金額は、あくまでも保険設計書作成当時の実績に基づき算定された数値であって、保険設計書に記載された確定金額を支払うことを内容とするものではない。
- (2) 保険設計書には、同書に記載された老後設計資金を支払うことを約する文言はなく、かえって、「配当数値について」と題し、「記載の配当数値(老後設計資金、長寿祝金)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」との注意文言が記載されている。
- (3) 営業担当者が、保険設計書の記載と異なり、保険設計書に記載された金額の支払いが確定していると申立人に思い込ませるような言動をしたと認める証拠は窺われない。

[事案 20-55] 配当金請求

- ・平成 21 年 1 月 16 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

営業担当者の作成した文書を信じて契約したものであり、同文書に記載された配当金による買増生存保険金を支払って欲しいとして申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和 59 年に営業担当者の勧めにより定期付終身保険に契約転換したが、契約時の説明に際して何の説明書類も提示されず口頭による説明のみであった。そこで、説明内容を文書化したものを求めたところ、営業担当者の手書きによる説明書のみが郵送されてきたが、その内容は「保険料払込みが終わった時点(55 歳)において一時金として約 686 万円、その後 5 年ごとに 126 万円(60 歳)、137 万円(65 歳)、167 万円(70 歳)……と受け取れます」との記載があった。

その内容は口頭で説明された内容と同じであったことから、契約申込みをした。

ところが、最近になり保険料払込満了時の案内が保険会社から届いたが、払込満了時点(平成 20 年 12 月)での受取金額が 100 万円にも満たない金額で、加入時に営業担当者が書面で提示していた金額(約 686 万円)に比べ、余りにも少なすぎる。保険会社は、営業担当者が契約時に、同金額は配当金によるもので変動する旨記載した保険設計書にもとづいて説明していたはずだと言うが、そのようなものは受け取っておらず、交付されたのは郵送されてきた営業担当者作成の文書のみであった。営業職員から郵送された書面を信じ契約を締結したのだから、営業担当者提示の文書に記載された金額を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、営業職員が作成した文書に記載された金額の支払いを求める申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 当社では、顧客に保険商品を説明する際には、営業案内、保険設計書を提示し保険商品の内容を十分理解いただいたうえで加入いただいている。取扱い営業担当者に確認したところ、本件契約転換に際しても、「申立人と申立人の母に対し保険設計書を使用して説明し、後日、転換後契約と転換前契約とでどこが違うのか分かる資料が欲しいと言われ文書を作成・郵送したものであり、保険設計書を使用せずに、当該文書だけを使った募集はしていない。」とのことであった。
- (2) 申立人は、営業職員が郵送した文書が保険設計書であり、この文書で本件保険契約を締結したと言うが、同文書の内容は抽象的であり、この記載だけで契約締結に至ったとは到底考えられない。営業担当者が保険設計書を交付し、これにもとづいて本件保険の内容を説明し、それを補足する資料として保険設計書記載の金額を転記して当該文書を作成・郵送したと考えるのが自然である。
- (3) 買増生存保険金の原資は、契約締結後の将来の配当金であり、その額は確定していない。保険設計書記載の買増生存保険金の金額は保険設計書作成時点の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、保険会社がその支払いを約束したのではなく、その点については、契約締結時に交付する、営業案内、保険設計書等において、「記載の配当数値は今後変動することがあり、将来の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」と記載している。

< 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を認めることが出来ないため、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) 保険契約は附合契約(注)であり、予め定められた約款に基づいて契約内容が決められているものであって、同一種類の契約では契約者毎に異なる内容の契約をすることは無い。申立人の主張する金額(買増生存保険金)は、約款等によれば、社員配当金をもって生存保険を買い増し、一定の年限がきたらこれを生存保険金として給付するものであるから、景気変動等により原資となる配当金が契約当時の予想と異なれば、当然に変化するものである。従って、契約時の配当予想金額に基づく説明の金額に保険契約上の生存保険金の金額が拘束されるものではなく、保険契約上、設計書記載の予想金額を請求することは出来ない。

(注) 「附合契約」とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項(約款)を、相手方が包括的に承認することによって成立する契約のこと。相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されている。

- (2) 申立人の主張は、営業担当者の作成・郵送した文書をもって契約内容となるとの主張であるが、前記のとおり附合契約においてはかかる主張は認められないし、仮に当該文書をもって保険会社の営業担当者が保険内容を約束したものであるとしても、営業担当者に契約内容の決定や契約締結の権限がないことは法律上明らかであるから、当該文書をもって、保険契約上の権利として当該文書記載の金額を請求することは出来ない。

[事案 20-56] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成 21 年 1 月 16 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

銀行員から勧められ保険料一時払の変額保険(終身型)に加入したが、思っていた契約内容と違うので、契約を取り消して払い込んだ保険料を返して欲しい。

< 申立人の主張 >

銀行員から定期預金より有利であると勧められ、平成 18 年 12 月に保険料一時払(一時払保険料 1,000 万円)の変額保険(終身型)に加入したが、下記の理由により、保険契約を取り消し、払込保険料を返還して欲しい。

- (1)10 年満期の保険と思い、10 年経てば一時払保険料 1,000 万円が戻ると考えていたが、契約は終身保険タイプの変額保険(基本保険金額 1,000 万円)で、10 年経過した時点で一時払保険料が戻るものでなかった。同契約は 10 年満期で、その時点で一時払保険料 1,000 万円が戻るものと誤信して契約したものであり、当該保険契約は民法 95 条の錯誤により無効である。
- (2)従来から取引があり、自分の生活環境・家族構成を知る当該銀行が自分にとってベストの商品であると勧められ、それをそのまま信用して契約したが、自分が死亡しないと確実に元本が戻らず、自分が生きている間に生きたお金として使えない保険商品は、子供のいない妻と 2 人暮らしの自分にとってベストの商品とは言えない。この保険の内容であれば、他の商品を紹介すべきであり、企業利益優先の姿勢等に不信感を覚える。

< 保険会社の主張 >

申立契約は、下記のとおり、申立人の知識、経験、財産状況または保険契約締結の目的に照らして適合性に反するものではなく、募集人が誤説明・重要事項の不説明等を行い、誤導した事実も認められず、また、申立人が商品内容を誤解されていることを客観的に認識できる状況が認められない。また、申立契約は、申立人において一般的に見てメリットを看取り得るものであり、申立人の客観的ニーズにも合致しえる商品と思料する。よって、申立人の契約取消し、保険料返還の請求に応ずることはできない。

- (1) 契約締結に至る保険募集の過程において、募集人は、申立契約が 10 年満期であるとの誤った説明は行っておらず、また、募集人が商品説明に用いた商品パンフレットにも、終身保障であることが明記され、かつ家族に資産を「のこす」ことを主眼とした説明がなされている。また、申立人からは商品内容について誤解されていることを、募集人が認識しうる具体的な言動は示されていない。
- (2) 当該銀行および募集人は、申立人の資産、家族構成等の情報を申立人より取得しており、申立人に子がいないことは知っていた。一方で、申立人には配偶者がおり、配偶者に資産を残すことは、申立人と同様の年齢、家族構成等の状況にある者の一般的ニーズとして存在することから、申立人に対しても配偶者への資産承継が可能な申立契

約を提案した。この配偶者への資産承継という申立契約の特徴については理解いただいていたと認識している。

- (3) 過去に株式、投資信託といったリスク性商品への投資経験もある申立人に対し、申立契約のリスクについてパンフレットを用いて説明している。申立人からは、過去の運用実績について質問がなされており、申立人はリスクについて理解していたと認識している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等にもとづき検討するとともに、申立人および代理店銀行募集人(銀行員)から事情聴取を行い審理した結果、下記理由により、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 44 条により、裁定手続きを終了した。

- (1) 保険契約の締結にあたり説明に使用されたパンフレットには、保険の仕組みが大きく図示され、終身保険であることが明示されており、どこにも 10 年満期を推測させる記載はない。確かに同書類には、10 年以上経過した場合には解約に際し、解約控除率が 0 % になるとの記載はあり、申立人は同記載をもって保険期間は 10 年であると認識したと言うが、同記載は明確に解約控除率に関する記載であり、これをもって 10 年満期であると認識することは通常ありえない。

その他、両当事者の事情聴取の結果においても、本件契約を 10 年満期の保険であると、申立人が契約当時に誤信したと推測させる事実は存在しない。

- (2) 本件保険は、確かに被保険者が生存中に金員を取得するには解約の方法を取らざるをえず、その場合には解約控除及び投資利益の変動によるリスクが存在するが、一方、遺産の保全という意味においては、死亡保険金の最低金額の保証、投資利益が存在する可能性及び税金の計算方法等によるメリットがある。従って、明らかに申立人に不適切な保険契約とは言えない。

また、いかなる保険契約を締結するかは、契約者に最終的な選択の権限と責任があり、契約者の明示した条件に合致しない保険を合致するように装ったり、明らかな虚偽や不適切な説明をしたと認められる事実がない限り、契約者の主観的な要望に合致しなかったからといって、保険契約を無効とする法律上の根拠はなく、本件においても、本件保険契約の効力を左右する法律上の理由は見出し難い。

[事案 20-59] 入院給付金請求

- ・平成 21 年 1 月 26 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 28 日 裁定終了

< 事案の概要 >

交通事故でケガをして 2 回にわたり合計 166 日間入院したが、災害入院給付金等が全く支払われないことを不服として申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年 2 月、オートバイ事故に遭い転倒しケガをして A 病院に入院した。その後、同病院が閉鎖予定のため、3 月 15 日に B 病院に転院し 7 月 31 日まで入院して両股関節捻挫の治療を受けた。その後さらに 8 月 6 日から 9 月 1 日まで再入院、B 病院に合計 166 日間入院し、退院後に同病院に通院した。

そこで、医療保険にもとづき、災害入院給付金、災害退院給付金および災害通院給付金

の支払いを求めたところ、A病院への入院分については支払われたが、B病院への入院(合計166日間)については、保険会社は、約款規定の「入院」には該当しない(通院での治療が可能で入院の必要性がない)として、いずれの給付金の支払いも拒否された。

他の生命保険会社および共済からは満額支払われており、歩行が困難だったために入院治療を受けていたものであり、入院と認めないのはおかしい。B病院での入院全日数(166日)分について、災害入院給付金等を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由等により、B病院での申立人の入院については、保険約款上の支払事由は認められないので、申立人の災害入院給付金等の支払請求には応じられない。

- (1) 当社は本件契約締結に当たり、約定した保険約款にもとづき支払査定を行うもので、契約・約款等が異なる他社の支払査定結果をもって、当社の支払査定結果は左右されるものではない。
- (2) A病院の2月22日の入院診療録の記載では「歩行可能」、3月6日の診療録の記載では「独歩可能」とあり、少なくとも2月22日の時点で歩行が可能になったことは明らかである。したがって、歩行が困難であったと推定される期間は2月20日および22日のみとなり、残余の日数についてはこれに当たらない。
- (3) 入院治療の必要性については、A病院の「説明・同意書(入院・治療計画書)」上、「痛みがとれ歩行可能になったら退院」とあり、推定される入院期間についても約7日間と説明され、申立人もこれに同意し署名している。その後、申立人は歩行可能となり、申立人も納得のうえ同意し、当初の診療計画どおりに、医師より退院が勧告されている。
- (4) B病院には、申立人自身による事実とは異なる申告のみをもって自己判断で入院し、その後、自覚症状のみが延々と継続・変遷拡大する状況で、合理的に説明できる有意な医学的所見等は長期の入院にもかかわらず、確認できなかった。

< 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診断書、看護記録、診療録等にもとづいて、本件B病院での入院が災害入院給付金支払いの対象となる「入院」に該当するか否かについて審理を行った。その結果、下記事実により、申立人においては、通院治療が可能であり、常に医師の管理下において治療する必要があったとは言えず、災害入院給付金の支払対象となる「入院」に該当せず、災害退院給付金および災害通院給付金のいずれの支払事由にも該当しないと判断した。

よって、本件申立てを認めることができず、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、裁定手続きを終了した。

- (1) 申立人は両股関節捻挫と診断され3月15日に入院しているが、入院翌日の診察では、「自分にて移乗可能、神経学的に異常なし、レントゲン検査で明らかな骨傷なし、本人が了解すれば退院はいつでも良い」と診断されており、同月19日の受診時にも、本人が了解すれば退院はいつでも良いと診断されている。
- (2) 担当医師によれば、入院理由は本人の希望によるもので、入院期間が遷延(せんえん)した理由は自覚症状が遷延したことと、本人の入院希望が長期化したためとのことである。
- (3) 入院期間中の治療内容は、鎮痛消炎処置(鎮痛剤、湿布)と起立、歩行訓練であったが、医師の診察は十数回程度しかなかった。また、申立人は、入院期間中に18回外泊し3回外出している。

[事案 20-60] 入院給付金請求

- ・平成 21 年 1 月 26 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 28 日 裁定終了

< 事案の概要 >

交通事故でケガをして 2 回にわたり合計 166 日間入院したが、災害入院給付金等が全く支払われないことを不服として申立てがあったもの。(なお、本事案 [事案 20-59] と同一申立人による同一入院に関する異なる保険会社への申立てである)

< 申立人の主張 >

平成 19 年 2 月、オートバイ事故に遭い転倒しけがをして A 病院に入院、その後、3 月 15 日に B 病院に転院し 7 月 31 日まで入院して両股関節捻挫の治療を受けた。その後さらに 8 月 6 日から 9 月 1 日まで再入院、B 病院に合計 166 日間入院し、退院後に同病院に通院した。

そこで、加入している災害入院特約にもとづき、災害入院給付金の支払いを求めたところ、A 病院への入院分については支払われたが、B 病院への入院 (合計 166 日間) については、保険会社は約款規定の「入院」には該当しない (通院での治療が可能で入院の必要性がない) として、いずれの給付金の支払いも拒否された。

他の生命保険会社および共済は入院治療期間分満額が支払われており、歩行が困難だったために入院治療を受けていたものであり、入院と認めないのはおかしい。B 病院での入院期間全日数 (166 日) 分について、災害入院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、申立人の検査所見、入退院経過、治療内容、医師や看護師とのやりとり、外泊状況からすると、常に医師の管理下に置かなければならない状況にあったとは到底言えないことから、B 病院での入院については、保険約款上の支払事由は認められないので、申立人の災害入院給付金支払請求には応じられない。(なお、B 病院への 2 回目の入院については、入院証明書等の請求書類を受理していないが、当該入院も支払要件を充足せず、支払事由たる入院に該当しない)

(1) 申立人は、A 病院での入院加療の結果、最終的に入院の必要性が皆無な状態に至ったことから、担当医による強い「退院勧告」を受け、その後の通院の必要性もないと言われ、本件傷害については、A 病院退院時点で、もはや継続入院が必要な病状ではなくなったことは明白である。

(2) B 病院での入院状況については、下記により、入院給付金の支払事由たる「入院」に該当しない。

申立人は、B 病院に受診した際に「リハビリをして良くなるまで退院しない」等と、強い入院希望を訴え、入院に強く固執した。

入院翌日の診察の際、担当医師の所見は「退院いつでも 本人 OK なら」とされ、結局、本件入院は本人の意向以外に入院を必要付ける事情はなかったことが容易に分かる。

申立人に対する治療は、鎮痛剤、湿布、リハビリといった程度の処置しか実施されず、医師の診察自体、長期入院にもかかわらず僅か 13 回程度であった。

入院から 1 週間後に退院許可が出されたが、申立人は「退院決まったけど自信ない」「もう少し入院していたい」など、殊更に退院への警戒感を示し、入院の継続を懇願

し、退院が延長されると「退院が延期になり安心している」などと述べているやりとりがあった。

申立人は頻回の外出・外泊を行っている。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、看護記録、診療録等にもとづいて、本件B病院での入院が災害入院給付金支払いの対象となる「入院」に該当するか否かについて審理した。その結果、下記の事実からすると、申立人はA病院を退院した時点では入院治療の必要性はなかったと言え、B病院においては、医師は当初より、申立人の入院の必要性を認めておらず、申立人の希望で入院したものであることが認められる。また、治療内容も、入院を必要とする治療とは認められない。因って、本件申立ては認められないので、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、裁定手続きを終了した。

- (1) 申立人は、両股関節捻挫と診断され入院しているが、入院翌日の診察では、自分にて移乗可能、神経学的に異常なし、レントゲン検査で明らかな骨傷なし、本人が了解すれば退院は何時でも良いと診断されており、同月19日の受診時にも、本人が了解すれば退院は何時でも良いと診断されている。
- (2) 担当医師によれば、入院理由は本人の希望によるものであり、入院期間が遷延した理由は自覚症状が遷延したことと、本人の入院希望が長期化したためとのことである。
- (3) 入院期間中の治療内容は、鎮痛消炎処置（鎮痛剤、湿布）と起立、歩行訓練であったが、医師の診察は十数回程度しかなく、申立人は入院期間中、頻繁に外出・外泊している。

[事案 20-63] 入院給付金支払請求

- ・平成21年2月5日 裁定申立受理
- ・平成21年9月30日 裁定終了

< 事案の概要 >

肝炎と胃炎により128日間の入院治療を受けたにもかかわらず、入院給付金が1日も支払われないことを不服として申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成19年9月～同20年1月まで、A内科医院において肝炎と胃炎により128日間入院治療を受けた。そこで医療保険（平成12年加入）にもとづいて入院給付金の支払請求をしたが、入院を要する治療は行われていないとの理由で、入院給付金が1日も支払われない。後に加入した他生命保険会社からは全額入院給付金が支払われており、納得できない。全入院日数分（せめて何日分かで）の入院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

申立人の入院給付金請求は、下記により、入院時の症状、治療内容、生活状況および退院に至るまでの経緯などに照らしても、医療保険の約款に定める入院給付金の支払対象となる「入院」とは認められず、入院の全期間について支払対象外と判断しており、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 主病の肝炎の病症につき入院の必要性が認められない

一般医師向けの診断における臨床検査のガイドラインである「診断群別臨床検査のガイドライン 2003 ～医療の標準化に向けて～」では、「慢性肝炎又は肝硬変」について、外来慢性肝炎患者で入院を必要とする症状を記述しているが、申立人の症状はそのいずれに

も該当しない。また、本件で行われた治療は肝庇護剤の服用、点滴の2つのみで、入院を必要とする治療が行われていない。

(2) 胃炎の病症につき入院の必要性が認められない

一般医師向けの診断における臨床検査のガイドラインである「今日の治療のためのガイドライン 外来診療 2005」では、「胃炎」について、入院を必要とする症状を記述しているが、申立人の症状はそのいずれにも該当しない。また、本件で行われた治療は、粘膜保護剤の服用、胃腸薬の服用、ビタミン剤の服用等で、いずれも通院のみでも可能であり、入院の必要性は考えられない。

(3) その他事情においても必要性が認められない

入院期間中に外泊が可能であったこと、医師がその外泊を把握・管理していないこと、また申立人の希望によって退院が検討されていること等から、「常に医師の管理下において治療に専念すること」が必要でなかったことが明らかである。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、本件入院が入院給付金の支払いの対象となる「入院」に該当するかについて審理した。なお、申立人の担当医はカルテ開示を拒否しており、保険会社代理人弁護士による弁護士法 23 条の 2 に基づく照会に対しても、照会事項に対する回答を拒否しているため、本件の検討は、主に、保険会社が依頼した調査会社の報告書（以下「調査報告書」という。）に依拠して行うものとした。

審理の結果、下記のとおり、本件申立ては認められないので、生命保険相談所規程第 44 条にもとづき、裁定書にその理由を記載して裁定手続きを終了した。

(1) 申立契約の約款規定について

申立契約の保険約款は、入院給付金の支払要件である「入院」について、「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、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をいいます」と定めている。ここで言う「入院」に該当するか否かについては、入院先の担当医師の意見のみに基づいて判断されるものではなく、医療上の見地から客観的・合理的に判断されるべきものである。

(2) 肝炎について

外来診療における診療ガイドラインが記載された医学実務書によれば、外来にて通院中の慢性肝炎の患者が入院適応となる場合として、肝機能検査の急性の増悪時、インターフェロンなどの積極的な治療開始のためなど、9つの状態を挙げている。申立人において、調査報告書にもとづき、入院適応となる9つの状態について該当する症状があったかについて検討した結果、いずれについても該当しないため、申立人において、肝炎で入院が必要とされる症状があったと認めることはできない。入院中の肝炎の治療内容について、調査報告書によれば、担当医師は肝庇護剤の服用と点滴と回答しているが、これらの治療は、入院によらず通院によっても可能と言える。

(3) 胃炎について

外来診療における診療ガイドラインが記載された医学実務書によれば、胃炎で入院治療が必要な場合として、急性胃炎で経口摂取困難や消化管出血の症状の場合とされている。申立人の症状は、調査報告書によれば、食事については、申立人は「普通食だった」と、担当医師は「支障なし」とそれぞれ回答しており、経口摂取困難の症状があったと認めることはできない。また、消化管出血については、担当医師は「なし」

と回答し、消化管出血の症状があったと認めることも出来ない。従って、申立人において、胃炎で入院が必要とされる症状があったと認めることは出来ない。

調査報告書によれば、入院中の胃炎の治療内容について、担当医師は、粘膜保護剤、胃腸薬、ビタミンDおよび睡眠薬（眠れない時だけ）の服用と回答しているが、これら内服治療は、入院によらず通院によっても可能と言える。

(4)その他

申立人は、他社契約において入院給付金が支払われたことを主張するが、約款に基づく支払可否の決定は、各社ごとの判断によるものであるから、各社の判断に違いが生じることはやむを得ないことであり、当審査会の判断を左右するものではない。

[事案 20-68] 手術給付金請求

- ・平成 21 年 3 月 5 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

眼の手術(後嚢切開術と網膜光凝固術)を左右別々に計 4 回したが、後嚢切開術は観血手術として 60 日の間に 1 回の制限規定を適用せずに、手術給付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 >

平成 19 年～20 年にかけて、両眼の手術を左と右の眼に分け各 2 回、計 4 回(下記参照)受けた。加入している手術特約に基づき手術給付金を請求したところ、手術 については、求める手術給付金額が支払われたものの、手術 については、約款で規定されている手術の種類が異なるとして、当方の求める給付金額を下回る(給付倍率 20 倍でなく 10 倍の)手術給付金しか支払ってくれない。また、手術 、手術 については、約款で規定されている「60 日の間に 1 回」という制限規定に該当するとして、手術給付金をまったく支払ってくれない。(その結果、支払総額は 10 万円)

本件手術特約の約款では、手術給付金の支払事由として、手術が別表(「手術給付倍率表」)に定める手術であることを規定しているが、手術 および手術 は、同表記載の「手術番号 68」の「白内障・水晶体観血手術」(給付倍率 20)に該当し、手術 および手術 は、「手術番号 71」の「レーザー・冷凍凝固による眼球手術(施術の開始日から 60 日の間に 1 回の給付を限度とする)」(給付倍率 10)に該当する。

また、右眼と左眼は部位を異にしており、60 日の間に 1 回という制限規定は適用されないものと考えられる。

約款の内容がまったく同じ他社からは、手術 、 については「白内障・水晶体観血手術」として、手術 、 については「レーザー・冷凍凝固による眼球手術」として、4 回分の手術給付金(支払総額は 30 万円)が支払われており、あと 20 万円を追加して支払って欲しい。

申立人(妻)が受けた手術

平成 19 年 12 月 14 日に右後嚢切開術	平成 19 年 12 月 18 日に左後嚢切開術
平成 20 年 3 月 7 日に右網膜光凝固術(特殊)	平成 20 年 3 月 14 日に左網膜光凝固術(特殊)

< 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) の「後嚢切開術」は、後発白内障に対する手術であり観血的に行われることもある

が、観血手術との証明はなされておらず、「手術番号 68 白内障・水晶体観血手術」には該当しないので、レーザーによる手術と判断され、「手術番号 71」の手術に該当する。また、 の「網膜光凝固術」は通常レーザーで行うため、「手術番号 71」の手術に該当する。したがって、本件 から の手術は、全て「手術番号 71」の手術に該当する。

- (2) 「手術番号 71 レーザー・冷凍凝固による眼球手術」については、「施術の開始日から 60 日の間に 1 回の給付を限度とする」制限規定があり、同規定は右眼か左眼かにとられずに適用される。したがって、本件手術については、手術 から 60 日以上経過していない手術 は手術給付金の支払対象となる手術に該当せず、手術 から 60 日以上経過した手術 は手術給付金の支払対象となる手術に該当し、手術 から 60 日以上経過していない手術 は手術給付金の支払対象となる手術に該当しない。

< 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、以下により本件申立ては認められないので、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) 医療法人 A 眼科作成の診断書によれば、本件手術は「眼科レーザー手術」である旨が記載されており、他に手術 、手術 が観血手術であることを窺わせる証拠はない。従って、本件手術は「手術番号 71」の「レーザー・冷凍凝固による眼球手術（施術の開始日から 60 日の間に 1 回の給付を限度とする）」に該当すると認められる。
- (2) 約款の文言上、レーザーの方法による眼球手術は、右眼であるか左眼であるかにかかわらず、60 日の間に 1 回のみ手術給付金を支払うこととなる(制限規定には、眼球が異なれば適用されないとの記載はない)。そして、制限規定の趣旨について、保険会社は、レーザー手術は、従来のメス等を使って人体を切開する手術に比べ、患者への肉体的負担を著しく軽減できることなどの理由から積極的に施行されるようになり、他の手術の手術給付金とのバランスを勘案するために設けられたものであるとするが、こうした趣旨から設けられた制限規定が著しく不合理とまでは言えないから、約款の文言どおりに制限規定を適用することは認められるところと言える。
- (3) 申立人は、他社契約（他社約款も本件約款と同様の内容）において、手術 と手術 は観血手術に該当するとして支払われ、手術 と手術 はレーザー手術に該当するが、それぞれ制限規定が適用されずに支払われていると主張するが、約款に基づく支払いの可否の決定は、各保険会社ごとの判断によるものであるから、各保険会社の判断に違いが生じることはやむを得ない事態であり、当審査会の判断を左右するものではない。

< 参考 > 手術給付倍率表(抜粋)

手術番号	手術の種類	給付倍率
68.	白内障・水晶体観血手術	20
69.	硝子体観血手術	10
70.	網膜剥離症手術	10
71.	レーザー・冷凍凝固による眼球手術（施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。）	10

[事案 20-73] 障害給付金請求

- ・平成 21 年 3 月 18 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 7 月 28 日 裁定終了

< 事案の概要 >

障害状態が保険会社の査定する状態より重度のものであるとして、より高額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 19 年に妻が脳梗塞で入院し手術を受けたが、手術時の脳動脈損傷が原因と考えられる障害が残存した。そこで、障害状態が、約款の「給付割合表第 4 級 20 号」の障害に該当するとして、120 万円の障害給付金（災害保険金額 400 万円の 30%相当額）を請求したところ、保険会社は、残存する障害状態は第 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)ではなく、同給付割合表の第 6 級 38 号(1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を残すもの)の障害に該当（災害保険金額 400 万円の 10%相当額）するとして 40 万円しか支払ってくれない。

下記により、保険会社の決定には納得出来ないため、第 4 級相当の障害給付金(120 万円)を支払って欲しい。

- (1) 保険案内書の給付金割合表には、身体障害の程度と記載されており、加入者は、「各等級の障害の例示として示したものと解釈する。保険会社は限定列挙と主張するが、限定列挙であれば、給付対象となる障害を記載すべきである。
- (2) A 病院 B 医師の作成した診断書（平成 20 年 6 月 17 日付）には、「終身常に日常生活動作が著しく制限される状態である」と記載されている。
- (3) 第 4 級 20 号の「日常生活動作が著しく制限されるもの」とは、備考欄において「食物の摂取、排便・排尿・その他後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のほとんどが自力では困難でそのつど他人の介護を要する状態」という保険会社の解釈説明だが、これは高度障害の項目「常に介護を要するもの」とほとんど同列の状態を指すものであり、他の同級項目と比較して著しく均衡を欠く解釈である。
- (4) パンフレットには、上記備考欄に相当する記載がない。

< 保険会社の主張 >

下記理由等により、第 4 級 20 号にもとづく障害給付金(120 万円)を支払う義務はないので、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立人は、申立人の障害状態が第 4 級第 20 号に該当すると言うが、災害保障特約条項の別表の備考において、「終身常に日常生活動作が著しく制限されるもの」とは、「食物の摂取、排便・食物の摂取、排便・排尿・その後始末および衣服着脱・起居・歩行・入浴のほとんどが自力では困難で、その都度他人の介護を要する状態をいいます。」と定義されているが、申立人の障害状態はこの状態に該当しない。
- (2) 申立人は、本件パンフレットの給付割合表の記載が「身体障害の程度」となっていることを根拠に、給付割合表第 8 号から第 43 号までの各身体障害状態は例示であると主張しているが、災害保障特約条項においては、明らかに限定列挙とされている。また、「程度」の国語的意味からすると、一般人から見て「程度」が直ちに例示を意味するとは言えず、申立人の主張は、申立人独自の見解によるものに過ぎないのではないかと考えられ、本件パンフレットに「身体障害の程度」と記載していることをもって、限定列挙としての取扱いを当社が主張出来なくなるというものではないと考える。

(3)約款・備考欄の「日常生活動作が著しく制限されるもの」の説明文言が本件パンフレットに記載されていないが、災害保障特約条項に規定されている。また、本件保険契約の約款・特約条項は、本件保険契約の契約内容として契約当事者を拘束するものであり、申立人等には冊子が交付されていないものの、保険契約者(所属団体)には交付されている。従って、約款・備考欄の説明文言が本件パンフレットに記載されていないからと言って、約款・備考が本件保険契約の内容でなくなるということにはならない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人提出の障害診断書等にもとづき審理した結果、申立人の障害内容が給付割合表所定の第4級第20号の障害に該当するとする申立人の主張は認められないので、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。

- (1) A病院B医師作成の「障害診断書」には、「食物の摂取」、「排便・排尿」、「衣服着脱・起居・歩行・入浴」、「精神状態(知能を含む)」の各項目について具体的に記載されており、申立人の障害状態が、給付金割合表第4級20号の障害に該当するとは到底言い難い。
- (2) 給付割合表の各等級該当と記載されている障害状態は限定列举であって例示列举と解することは出来ない。
- (3) 確かに、本件パンフレットには給付割合表の備考欄に相当する記述はないが、パンフレットという性格上(制約上)やむを得ないところであり、契約内容はあくまで保険約款に基づいて定まる。保険契約はいわゆる「附合契約」の典型であって、当事者が具体的に約款の内容を知らなくても約款どおりの内容で契約が成立する。また、給付割合表第4級20号の規定内容にも不合理性は見られない。

< 参考 >

附合契約とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項(普通保険約款)を、相手方が包括的に承認することによって成立する契約のことです。相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されています。

[事案 21-6] 疾病障害保険金支払請求

- ・平成21年4月21日 裁定申立受理
- ・平成21年9月30日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款別表に記載する障害状態に該当するとして、疾病障害保険金の支払いを求めて申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成10年から終身保険(疾病障害保障定期保険特約、3大疾病保障定期保険特約等付)に加入していたが、潰瘍性大腸炎により同18年1月に大腸亜全摘術、同年11月に超低位前方切除術、肛門吻合術、同19年4月に人工肛門閉鎖術の手術を受け、この一連の手術において人工肛門を設けた。そこで、疾病障害保障定期保険特約にもとづき、特約疾病障害保険金(300万円)の支払いを請求したところ、保険会社は、約款の別表・備考記載の「直腸および肛門を一魄として摘出した場合をいう」の支払要件に該当しないとして、支払いを拒絶された。

本件約款に規定する特約保険金は、別表に該当したときと規定されているが、別表の

該当部分には、「直腸を切断し、かつ、人工肛門を造設したもの」と規定されており、自分の障害状態は特約疾病障害保険金の支払事由に該当している。約款本文の支払事由には別表は引用されているが、備考は引用されておらず、別表記載の内容に該当するので同保険金を支払って欲しい。

加えて、当該保険金が支払われていれば、その時点で疾病障害保障定期保険特約は消滅しており、当該保険金請求以降に支払った同特約の保険料を返還するとともに、当該保険金が支払われないことを前提に、特約更新時(平成 20 年)に継続しなかった 3 大疾病保障定期保険特約については契約を継続して欲しい。

< 保険会社の主張 >

申立人の主張する支払事由たる状態は、約款別表では、「骨盤内臓器の障害」について、「直腸を切断し、かつ人工肛門を増設したもの」と定め、その備考で「『直腸を切断』とは、直腸および肛門を一塊として摘出したもの」と定めている。

申立人は、一連の手術において、一時的に人工肛門を造設したが、その後人工肛門は閉鎖しており、現在、自然肛門を利用している。肛門を摘出していない申立人の身体状態は、「直腸を切断し」(約款別表)た状態、すなわち「直腸および肛門を一塊として摘出した」(約款備考 [別表])状態になく、保険事故に該当しない。なお、備考 [別表] が別表の内容をなすことは当然である。

以上のことから、申立人の特約疾病障害保険金の支払請求に応じる必要もなく、また、支払義務を前提とするその他の申立事項にも応ずる理由はない。

< 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にもとづいて審理した結果、下記のとおり、本件申立ては認められないと判断し、生命保険相談所規程第 44 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)本件保険約款は別表に該当する場合に疾病障害保険金を支払う旨規定し、かつ、同別表の該当部分には、申立人が指摘するように「直腸を切断し、かつ、人工肛門を造設したもの」とのみ記載されている。しかし、同条項の解釈規定として、備考は「直腸を切断し」とは、「直腸及び肛門を一塊として摘出した場合をいいます」と記載されているから、本件約款は結局保険金支払要件としては直腸の切断のみならず、同時に肛門の摘出までをして人工肛門を造設した状態となったことが必要であると規定している。

つまり、本保険金支払要件は「手術」ではなく、一定の「障害状態」の存在を問題としているもので、かつ他の支払基準と比較してもその状態が継続することを必要としているから、人工肛門を用いることが永続した状態であることを必要とし、肛門摘出も要件としている。

したがって、申立人の状態はまだ上記要件に該当しないから、当該保険金請求権は発生せず、申立人の主張は認められない。

(2)申立人は、上記要件は別表本文ではなく備考に記載されているから、契約としての拘束力がないと主張する。しかし、同備考の位置および内容から見ても、当該備考は別表本文と一体をなすものであり、「分りやすい約款」という要請にしたがってかかる体裁をとっていること、上記のような支払要件の詳細を備考欄で規定しても契約者等には一見して支払要件を構成しているものであることが明白に分ることから、契約者に不利益を強いるものではなく、備考を含めて保険金支払い要件を解釈することに何らの妨げもない。

(3)当該保険金が支払われることを前提にした、疾病障害保障定期保険特約の保険料返還および3大疾病保障定期保険特約の継続に関する申立人の請求は、何ら法律上の根拠も認められないから、その請求には理由がない。

[事案 21-17] 配当金請求

- ・平成 21 年 5 月 22 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 8 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

設計書記載の年金額に比べ実際の年金受取額が少なすぎる。独自に積立配当金、加算年金額を計算したのでその金額支払って欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和 6 2 年(当時 50 歳)に保険料払込期間 10 年の 15 年保証期間付の終身年金(定額型)に加入した。10 年後の平成 9 年(60 歳)より、年額 70 万 2,360 円の年金を受領しているが、加入時の設計書に記載されていた年金額約 76 万円との乖離が大きく、到底納得出来ない。

保険証券等に記載されている 10 年経過時(年金支払開始時)の解約返戻金等にもとづいて、当方で独自に計算した年金年額 81 万 480 円(少なくとも設計書記載の 76 万円)を支払って欲しい。

$$\begin{array}{rcl} 10,259,200 \text{ 円} & - & 8,640,000 \text{ 円} & = & 1,619,200 \text{ 円} \\ \text{(10 年経過時解約返戻金)} & & \text{(設計書の払込保険料)} & & \text{(積立配当金)} \\ \\ 1,619,200 \text{ 円} & \div & 14.656 & = & 110,480 \text{ 円} \\ \text{(積立配当金)} & & \text{(保険証券に記載)} & & \text{(加算年金)} \\ \\ 70 \text{ 万} & + & 110,480 \text{ 円} & = & 810,480 \text{ 円} \\ & & & & \text{(年金年額)} \end{array}$$

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人主張の年金額支払いの請求には応ずることが出来ない。

(1) 配当金は、約款記載のとおり割当て・支払が行われるものであり、申立人主張による計算方法にて算出されるものではない。本件においては、年金開始時まで積立た配当金 34,608 円で、申立人主張の配当金額とはならない。なお、解約返戻金は、約款記載のとおり、年金開始前に解約した場合の金額であり、申立人の計算した配当金には関係のない金額である。本件における年金年額は、責任準備金 (= 約定の積立金) による基本年金額 (70 万円) と加算年金額* (2,360 円) の合計額である

* 加算年金とは、年金開始日までの配当金を会社の定める利率で積み立てておき、年金開始時に、責任準備金に充当して基本年金額を充当するもの。

(2) 申立人の契約年は昭和 6 2 年であり、当時の予定利率は 6.25% と高率で、その後の経済情勢の悪化により実際の運用実績が予定利率を下回り、利差益が全く生ぜず、むしろマイナスとなり、本件のような予定利率が高い契約については、配当が出来ない状況が続き、平成 4 年度以降配当がゼロという状況になった。このため、設計書に記載されている年金額の一部である加算年金額が、設計書記載の金額と大きく乖離することとなった。

(3) 設計書においても、「記載の加算年金と上乘せ年金については、今後変動(上下)することがあります。将来のお支払額をお約束するものではありません」と記載している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記により、申

立人の計算による 81 万 480 円の年金の支払いは、本件保険契約の内容になっていると判断することが出来ない。したがって、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 44 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)解約返戻金は、約款にも記載されているとおり、年金支払開始前に解約した場合に支払われる金銭であって、加算年金の根拠となる積立配当金とは関係のないものである。

(2)加算年金は、年金支払開始前に毎事業年度毎に割り当てられた社員配当金を年金支払開始日の前日まで会社の定める利率による利息をつけて積み立てて置き、年金支払開始日に責任準備金に充当して基本年金額を増額するもので、その金額は契約時に定まっているわけではない。

(3)申立人の主張が、「積み立てられた配当金額が少なすぎる」との申立であると理解したとしても、配当金は、定款、約款の定めにより毎事業年度毎に割り当てられるものであり、その金額も契約時に定まっているわけではない。

申立契約においては、年金支払開始前の毎事業年度毎に割り当てられた社員配当金の積立額（積立配当金累計額）が、主にバブル経済崩壊後の極度な経済状況の変化の影響を受けたために、当初の予想配当金額（設計書記載の受取額）を大幅に下回ることとなった。

なお、設計書においても、「記載の加算年金と上乘せ年金については、今後変動（上下）することがあります。したがって、将来のお支払額をお約束するものではありません」との記載がある。

[事案 21-26] 死亡保険金支払請求

・平成 21 年 6 月 24 日 裁定申立受理

・平成 21 年 8 月 27 日 裁定不開始

< 事案の概要 >

被保険者が自殺したが、うつ病による精神障害中の自殺であり、約款に定める免責事由の「自殺」に当たらないので、死亡保険金を支払ってほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

夫が保険に加入して 1 年以内の平成 20 年 6 月に自殺（縊死）した。そこで、死亡保険金を請求したところ、保険会社は、約款で 3 年以内の自殺は免責事由となっており保険金は支払えないと言うが、約款に免責事由として規定する自殺は、被保険者が自分の生命を絶つことを認識して、これを目的として死亡の結果を招く行為、すなわち被保険者の自由な意思にもとづき意識的に行われた自殺に限られている。

夫の自殺は、以下の事情を総合考慮すると、被保険者の自由な意思に基づき行われた自殺と解するのは著しく不合理であり、約款規定の支払免責事由の自殺には当たらないので、死亡保険金を支払って欲しい。

(1) 夫は自殺した際、重症うつ病に罹患していたが、自分は医師でカウンセリング、精神療法、認知療法、投薬指示など家庭内および互いの仕事先から電話やメールによって綿密かつ頻回に治療を行っていた。また、仕事上の交流のあった医師から、メールによるカウンセリングや服薬指示が極めて頻回に行われており、医療機関に直接通院した場合と同視しうる精緻な内容であったと言える。

保険会社が「うつ病による通院日数・頻度がさほど多くない」ことをのみをもって、通院日数・頻度を判断するのは、重大な誤りである。

(2) 夫は引越しを機にうつ病を発症して以降、希死念慮が出現するまで症状は急速に悪化

し、出勤困難による休業、欠勤等が続き、貧困妄想からさらに重症化した。事前に死を計画していたとは思えず、死亡時の状況に服薬の痕跡があったことから、昼食後に服薬し、意識が混濁した状況下での結果と推定される。

- (3)うつ病患者が自殺するのは、病初期とうつ状態が危篤な時期ではなく、むしろ回復期の多少改善した時期とされており、したがって、「当日および直前数日間の状態が比較的良好であった」ことをもって、「自殺時に意思決定能力が欠如もしくは減弱していたとは言えない」とするのは、重大な誤りである。
- (4)夫は希死念慮と闘いつつ、自殺行為を回避すべく、自ら積極的に様々な治療を試みていた。うつ病のほかに希死念慮を引き起こす動機は見受けられない。死亡当日に、翌日の勤務時間調整を依頼するメールを送信していることから、死を計画していたとは言えない。文書が遺されているが、字体、文面等からも「遺書」というよりは「走り書き」であり、これをもって、「自殺時に意思決定能力が欠如もしくは著しく減退していたとは言えない」と断じることは出来ない。

< 保険会社の主張 >

本件については、下記の理由により、民事調停ないしは訴訟手続きにより解決を図ることが相当と判断されることから、裁定手続きによることは承認しがたいと考える。

- (1) 被保険者の自殺が約款上の免責事由（自殺）に該当するかにつき、「当時、被保険者が意思決定能力を喪失ないし著しく減弱していたか否か」が争点となっており、申立人側の医師見解と当社側の医師見解を比較検討し、双方の医師に対して質問を行うなどして、いずれが医学的に正しいのかを適切に判断できるだけの高度の医学的知識が必要不可欠である。
- (2) 被保険者の周辺の関係者に対するより詳細な事実確認のための質問、第三者に記録を提出させるための嘱託申立てによる資料収集および中立の医的専門家による鑑定など、厳密な事実の確認が必要である。
- (3) 本件の論点については、最高裁判所の確定判決が存在せず、本件の論点が争われた下級裁判例の中でも、本件のように、症状発症から短期間で、かつ、遺書を残して縊死された事案は見当たらない。

< 裁定の概要 >

本事案については、保険会社より上記のとおり、訴訟により解決を図る旨の「裁定不承認届」が提出された。

裁定審査会では、同不承認届について審理した結果、本件は、事実の認定において厳密な証拠調べが必要と考えられる事案であること、医学的、その他専門的な高度の知識を必要とする事案であることから、訴訟により解決を図ることについて相当の理由があると認め、生命保険相談所規程第 27 条ただし書により、申立人宛にその理由を記載し裁定を開始しない旨通知した。

[事案 21-27] 解約返戻金請求

- ・平成 21 年 6 月 24 日 裁定申立受理
- ・平成 21 年 9 月 30 日 裁定終了

< 事案の概要 >

変額個人年金を解約した際、解約返戻金の計算基準日(解約日)を誤案内されたとして、計算基準日の違いによる解約返戻金の差額の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年 7 月に変額個人年金に加入したが、その後の急激な金融不況で至急解約することを決意し、同 20 年 10 月 7 日に保険会社店頭で解約書類を持参し、解約申込みをした。

その際、保険会社の職員に解約書類を手渡した後で、解約返戻金の算出基礎となるユニット価格の計算基準日（解約日）につき職員 2 名に二度確認したところ、「本日最終ユニット価格（レイト）で計算され解約返戻金が決定します」との回答があったので、安心して解約を行った。しかし、約款上、解約返戻金は「必要書類を会社が受け付けた日の翌営業日末の積立金から滞納控除額を差し引いた金額とします。」と規定されており、解約返戻金は、解約書類を持参した日である 10 月 7 日の翌営業日（10 月 8 日）の積立金価格を基準にして計算された。このため、申立人の受け取った金額は、10 月 7 日のユニット価格を基準とした金額より 39 万円余りも少ない金額であった。

このため、大変な精神的ショックを受けた。誤案内に対する会社の責任として、1 日違いによる解約返戻金受取額の差額 39 万円余を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

当社職員が誤案内したことにより、書類受付日当日を基準に計算した解約返戻金を受け取れるとの誤解を生ぜしめたことについては深く反省し謝罪する。しかし、下記により、実際の計算基準日（10 月 8 日）と誤案内した計算基準日（10 月 7 日）における解約返戻金の差額を支払うことは出来ない。

- (1) 誤案内により、申立人の書類受付日が変わり、受け取れる解約返戻金が少なくなったというわけではない。
- (2) 誤案内した時点では、当日のユニット価格はまだ決まっておらず、10 月 7 日を基準に計算した解約返戻金を具体的な受取額として期待を持ち得ない。更には、解約返戻金の概算額すら案内していない以上、誤案内により受取額に対する期待が害された訳ではないと考える。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記により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 44 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) 保険契約は「附合契約」であり、契約の内容は保険約款に基づいて決まるものである。解約返戻金の基準となる基準日や金額の計算方法についても、約款によって定められており、本件における解約返戻金も約款規定による計算方法により計算された金額は、すでに保険会社より申立人に支払われている。
- (2) 申立人の 2 回にわたる確認にもかかわらず、職員が誤った回答をしたことは、保険会社職員としてはあってはならない誤りであるが、申立人は、当日のユニット価格を聞いて、同日解約するか否かを決めたわけではないから、当該回答が、申立人の「当日に解約手続をする」との判断に影響を与えたわけではない。また、当該回答によって、約款上定められた解約日（解約返戻金の積立金額の基準日）が変更されるという法的な効果が発生したとも解せられない。

したがって、申立人の解約返戻金は、約款に従い、平成 20 年 10 月 8 日のユニット価格を基準とした積立金額で計算されるのが妥当である。

< 参考 >

「附合契約」とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項（普通保険約款）を、相手方が包括的に承認することによって成立する契約のことです。相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されています。

(3)申立不受理の概要

平成 21 年度第 2 四半期において、生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となった 2 事案の概要、不受理の理由は下記のとおりである。

[事案 21-41] 契約解除取消請求

- ・平成 21 年 5 月 27 日 裁定申立
- ・平成 21 年 7 月 28 日 申立不受理決定

< 事案の概要 >

平成 20 年 6 月に診査を受け医療保険に加入した。その後同年 10 月になってから、腰痛に関する告知がもれていたとして、告知義務違反による解除との通知を受けた。しかし、扱者である営業担当者には受療の事実を話しており、診査時にも医師に腰痛の受療について告知している。したがって、告知義務違反による解除は納得できないので、解除を取り消し、そのうえで「保険会社に支援をしてやる必要がなくなった」ので、既払込保険料(半年払保険料約 62,000 円)を返還して欲しい。

< 不受理の理由 >

申立人の申立趣旨は、「既払込保険料の返金を求める」ものであり、その理由については、「解除される理由は認められない」と主張しているが、既払込保険料の返還を求めるのであれば、通常、申立契約が無効であることが前提となる。しかし、申立理由によると、「解除される理由は認められない」旨記載されており、これは契約が有効であることを主張される趣旨と理解できる。そして、契約が有効であるとの主張と解した場合には、申立契約は継続することとなり、既払込保険料が返還されることはない。

以上のように、申立書に記載されている申立の趣旨と、申立の理由の内容が同時に成り立つことはない

上記につき、当審査会から申立人に対し、文書にてあらためて確認したが、申立人から提出された書面からもその趣旨は変わらないものと思料される。

したがって、申立人の請求は、「申立ての内容が、その性質上裁定を行うに適当でない」と認められるとき」に該当すると判断し、生命保険相談所規程第 32 条 1 項(5)により、申立てを不受理とした。

[事案 21-42] 高度障害保険金支払請求

- ・平成 21 年 7 月 1 日 裁定申立て
- ・平成 21 年 7 月 28 日 申立不受理決定

< 事案の概要 >

平成 5 年に交通事故で、頸椎損傷により下半身不随、寝たきり状態になり、身体障害者 1 級の認定を受けている。高度障害保険金の支払いを求めて訴訟を起こしたが、敗訴している。他社からは支払われているので、高度障害保険金を支払って欲しい。

< 不受理の理由 >

本件は、申立人が原告となり保険会社を被告として提起した訴訟が、平成 12 年に第一審で請求棄却、同じ年に控訴審で控訴棄却、同 13 年に最高裁で上告不受理決定となり、司法の場で申立人の敗訴判決が確定している。

司法の最終判断が下されている以上、裁定審査会で審理の対象とすることは出来ないため、生命保険相談所規程第 32 条 1 項(3)にもとづき、申立てを不受理とした。

【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