

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 20 年度 第 2 四半期受付分

(平成 20 年 7 月 ~ 9 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1 . 平成 20 年度第 2 四半期の苦情受付状況

平成 20 年度第 2 四半期の苦情受付件数は 2,135 件で、第 1 四半期 (1,963 件) より 172 件、8.8%増加している。

これは、7 月 3 日に金融庁から生命保険会社 10 社に対し、保険金等の支払漏れ等に関する業務改善命令が出されたことにより、7 月に保険金・給付金関係の苦情が多く寄せられたことによる。(月別の苦情件数は 7 月 856 件、8 月 614 件、9 月 665 件となっている。)

なお、9 月には米国の保険金融グループに対する公的資金融資関連の報道を受け、生命保険会社の経営状況および生命保険契約者保護に関する一般的な照会が多く寄せられた。

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 771 件 (占率 36.1%) で最も多く、上記の業務改善命令の影響を受け、『入院等給付金不支払決定』の件数が前期より 4 割近く増加したことに伴い、その占率は大きく上昇した。「保全関係」が 568 件 (同 26.6%) で 2 番目に多く、前期とほぼ同件数で占率は低下した。以下、「新契約関係」は 495 件 (同 23.2%)、「収納関係」155 件 (同 7.3%)、「その他」146 件 (同 6.8%) となっている。

内容別に件数を見ると、『入院等給付金不支払決定』が 378 件 (占率 17.7%) で引続き最も多く、前期より 107 件、39.5%増加した。2 番目は『説明不十分』(196 件、同 9.2%) で前期とほぼ同件数だが、占率を下げている。次いで、「入院等給付金支払手続」(147 件、同 6.9%) が前期よりやや増加し、3 番目になっている。

以下、『配当内容』(124 件、同 5.8%) は前期よりやや増加して 4 番目に多くなり、次いで『解約手続』(120 件、同 5.6%) が前期より約 15%減少し、順位も前期の 3 位から 2 つ下げ 5 番目となった。

その他、『解約返戻金』(82 件、同 3.8%) に関する苦情が前期に比べ 3 割近く増加し、10 番目から 7 番目に上昇した。

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								
新契約関係	不適切な募集行為	62	53.4	74	69.2					136	61.0
	不適切な告知取得	31	155.0	30	200.0					61	174.3
	不適切な話法	32	97.0	33	150.0					65	118.2
	加入意思確認不十分	49	132.4	56	175.0					105	152.2
	説明不十分	195	81.9	196	110.7					391	94.2
	契約内容相違	8	53.3	9	81.8					17	65.4
	取扱不注意	24	133.3	23	164.3					47	146.9
	契約確認	1	50.0	3	150.0					4	100.0
	契約引受関係	45	93.8	51	150.0					96	117.1
	告知内容相違	1	33.3	3	60.0					4	50.0
	証券未着	2	28.6	1	25.0					3	27.3
	その他	10	26.3	16	59.3					26	40.0
	計		460	80.0	495	110.0					955
収納関係	集金	12	50.0	8	266.7					20	74.1
	口座振替・郵便振込	25	192.3	21	161.5					46	176.9
	職域団体扱	5	29.4	5	38.5					10	33.3
	保険料払込状況	23	82.1	9	60.0					32	74.4
	保険料振替貸付	31	79.5	29	161.1					60	105.3
	失効・復活	44	53.0	51	130.8					95	77.9
	その他	34	89.5	32	91.4					66	90.4
	計		174	71.9	155	114.0					329
保全関係	配当内容	115	43.4	124	69.7					239	54.0
	契約者貸付	31	91.2	26	74.3					57	82.6
	更新	31	60.8	44	95.7					75	77.3
	契約内容変更	95	95.0	90	80.4					185	87.3
	名義変更	46	143.8	41	186.4					87	161.1
	特約中途付加	16	133.3	6	46.2					22	88.0
	解約手続	142	80.7	120	75.5					262	78.2
	解約返戻金	64	51.2	82	102.5					146	71.2
	生保カード・ATM関係	5	125.0	12	400.0					17	242.9
	その他	16	48.5	23	76.7					39	61.9
計		561	67.4	568	83.8					1,129	74.8
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	65	70.7	76	91.6					141	80.6
	死亡等保険金支払手続	73	102.8	65	98.5					138	100.7
	死亡等保険金不支払決定	72	36.7	80	73.4					152	49.8
	入院等給付金支払手続	137	84.6	147	108.9					284	95.6
	入院等給付金不支払決定	271	36.1	378	75.1					649	51.8
	その他	24	42.9	25	46.3					49	44.5
	計		642	48.4	771	81.2					1,413
その他	職員の態度・マナー	33	86.8	18	64.3					51	77.3
	税金関係	9	50.0	8	80.0					17	60.7
	個人情報取扱関係	62	95.4	67	97.1					129	96.3
	アフターフォロー関係	9	81.8	13	216.7					22	129.4
	その他	13	20.3	40	125.0					53	55.2
計		126	64.3	146	100.7					272	79.8
総計		1,963	61.9	2,135	90.5					4,098	74.1

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20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	64	6	1		3	74	保全関係	配当内容	8	0	1	115	0	124
	不適切な告知取得	25	2	1		2	30		契約者貸付	10	0	4	12	0	26
	不適切な話法	25	8	0		0	33		更新	15	2	3	24	0	44
	加入意思確認不十分	38	15	0	1	2	56		契約内容変更	31	1	4	50	4	90
	説明不十分	157	28	2	4	5	196		名義変更	13	0	2	22	4	41
	契約内容相違	6	0	0	3	0	9		特約中途付加	3	0	0	3	0	6
	取扱不注意	19	3	0	1	0	23		解約手続	49	5	10	53	3	120
	契約確認	0	0	1	2	0	3		解約返戻金	28	1	8	45	0	82
	契約引受関係	3	5	1	42	0	51		生保カード・ATM関係	6	0	1	4	1	12
	告知内容相違	1	2	0	0	0	3		その他	4	1	2	15	1	23
	証券未着	0	0	0	1	0	1		計	167	10	35	343	13	568
	その他	3	2	1	9	1	16		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	11	0	4	60	1
計	341	71	7	63	13	495	死亡等保険金支払手続	8		0	7	46	4	65	
収納関係	集金	8	0	0	0	0	8	死亡等保険金不支払決定		3	0	0	76	1	80
	口座振替・郵便振込	2	1	1	17	0	21	入院等給付金支払手続		27	1	27	91	1	147
	職域団体扱	1	1	0	3	0	5	入院等給付金不支払決定		48	12	14	301	3	378
	保険料払込状況	3	0	0	6	0	9	その他	1	0	1	22	1	25	
	保険料振替貸付	8	1	1	19	0	29	計	98	13	53	596	11	771	
	失効・復活	11	1	3	36	0	51	その他	職員の態度・マナー	11	2	5	0	0	18
	その他	6	0	1	25	0	32		税金関係	3	1	0	4	0	8
計	39	4	6	106	0	155	個人情報取扱関係		36	7	4	19	1	67	
							アフターフォロー関係		5	2	2	4	0	13	
							その他		2	0	4	33	1	40	
							計		57	12	15	60	2	146	
<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>															
総 計									702	110	116	1,168	39	2,135	

<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、最も多かった項目は継続して「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』(378 件、占率 17.7%)である。件数は前期より 107 件、39.5%増加し、19 年度第 2 四半期以降の減少傾向が止まり、占率も 3.9 ポイント上昇した。

<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に言ったのに、告知義務違反で契約解除され、給付金が支払われない。
- ・ 手術給付金を請求したところ、約款規程に該当しないとの理由で不支払いになった。他社からは支払われており、納得できない。
- ・ 入院給付金を請求したところ、入院日数の一部が支払われない。他社からは支払われており、理解できない。
- ・ 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できない。
- ・ 交通事故が原因で後遺障害が残った。他の制度では支払われたのに、障害等級に該当しないという理由で障害給付金が支払われない。

第 2 位は「新契約関係」の『説明不十分』(196 件、同 9.2%)で、件数は前期とほぼ同数だが、占率は 0.7 ポイント低下した。

<説明不十分>

- ・ 加入した保険の契約内容が、加入時の説明内容と違っていた。
- ・ 貯蓄のつもりで加入したのに掛捨て部分が多い保険だった。契約をなかった事にしてほしい。
- ・ 転換後の契約内容が思っていたものと異なる、元の契約に戻して欲しい。
- ・ 入院保障を充実したいと思い手続したが、転換について何の説明もなく新しい保険に切り替えられていた。
- ・ 銀行窓口で変額個人年金に加入したが、元本割れ等のリスクについて説明がなかった。

第 3 位は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金支払手続』(147 件、同 6.9%)で、件数は前期より 7.3%増加し、順位を 1 つ上昇させた。

<入院等給付金支払手続>

- ・ 給付金請求手続きをしたところ確認が必要と言われたが、その後相当日数が経過しているのに、未だに支払われない。
- ・ 給付金の請求手続きについてコールセンターに照会したが、説明が要領をえず理解出来ない。
- ・ 父親(被保険者)が入院し給付金を請求したいが、父親本人の意思確認が出来ないため請求出来ない。他に方法がないのか。
- ・ 入院し手術を受けたので保険会社に給付金支払いについて確認したところ、簡単に支払対象外と言われ、請求書類を送ってくれない。

第4位は「保全関係」の『配当内容』（124件、同5.8%）で、前期より7.8%増加し、順位は1つ上昇した。

<配当内容>

- ・保険が7月に満期になったが、受け取った保険金額が加入時提示の設計書記載の金額と差がありすぎる。
- ・設計書記載の金額と現在の予想受取金額が大幅に違う。営業職員等に聞いても十分な説明をしてもらえない。
- ・終身保険の保険料払込満了後、5年毎に受け取れるはずの祝金(買増保険金)が少なすぎる。

第5位は「保全関係」の『解約手続』（120件、同5.6%）で、件数は前期より15.5%減少し、占率も1.6ポイント低下、順位を2つ下げた。

<解約手続>

- ・営業担当に解約を申し出たが、手続きを引き延ばし応じてくれない。本社に電話しても営業職員につなぐだけで解約が進まない。
- ・保険会社の解約手続の遅れが原因で保険料が引き落とされた。遑って解約手続し保険料を返金してほしい。
- ・契約者が知らない間に家族(妻など)が解約してしまった。契約者の知らない解約は許されるのか。

第6位は「保全関係」の『契約内容変更』（90件、同4.2%）で、件数が前期より5.3%減少し、占率も0.6ポイント下がった。

<契約内容変更>

- ・保険金の減額を申し込んだところ希望する金額まで減額出来ない。社内の取扱基準と言うが、納得出来ない。
- ・契約内容の変更（減額、払済保険への変更等）を申し込んだが、何の連絡もなく手続書類も送ってこない。
- ・以前破綻した保険会社に加入した保険が満期になったが、満期保険金が保険証券記載の金額より随分少ない。

第7位は「保全関係」の『解約返戻金』（82件、同3.8%）で、前期より件数が3割近く増加し、占率も0.5ポイント上昇、順位を3つ上昇させた。

<解約返戻金>

- ・払込保険料に比べ解約返戻金があまりにも少ない。理由を聞いても納得いく説明がない。
- ・営業担当から聞いた解約返戻金の金額と実際の金額が大きく異なっていた。
- ・解約返戻金の計算式(根拠)の開示を求めたが、対応してくれない。

第8位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』(80件、同3.7%)で、前期より1割以上件数が増加した。

<死亡等保険金不支払決定>

- ・ 脳梗塞による片麻痺で国の身体障害1級と認定されたのに、高度障害保険金が支払われない。
- ・ 事故で死亡したのに、約款上の「不慮の事故」に該当しないとの理由で、災害死亡保険金が支払われない。
- ・ 死亡保険金を請求したところ、告知義務違反で支払われないと言われたが、納得出来ない。

第9位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金等』(76件、同3.6%)で、件数は前期より16.9%増加し、占率も0.3ポイント上昇した。

<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、払い込んだ保険料よりも少ない。
- ・ 貯蓄のつもりで加入した保険が満期を迎えたが、満期保険金が払い込んだ保険料に比べ少ない。

第10位は『新契約関係』の『不適切な募集行為』(74件、同3.5%)で、前期より2割近く件数が増加、占率も0.3ポイント上昇し、順位を1つ上げた。

<不適切な募集行為>

- ・ 家族が自分の知らないうちに自分を被保険者にして契約に入っていたが、承諾も告知書への署名もした覚えもない。
- ・ 契約者(自分)が知らないうちに家族が契約(転換)していた。契約をなかったことにしてほしい。
- ・ 知り合いの営業職員に頼まれて名義を貸した形で保険に加入したが、後になって保険料を請求された。

第11位以下で今期増加が目立つのは、「保全関係」の『更新』(44件、占率2.1%、第20位 16位)で前期に比べほぼ4割近く増加した。「その他」・『その他』(40件、同1.9%、第30位 18位)も前期に比べ3倍以上増加した。この他、「新契約関係」の『契約引受関係』(51件、同2.4%、第15位 14位)、「収納関係」の『失効・復活』(51件、同2.4%、第16位 14位)も前期に比べ1割以上増加した。

他方、「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金支払手続』(65件、3.0%、第7位 12位)は全体件数が1割近く増加した中、前期より1割以上減少した。

発生原因別に見ると、「制度・事務」によるものが1,168件(占率54.7%)と従来同様最も多く、「保険金・給付金関係」の苦情件数の増加に伴い、前期(51.2%)より16.1%増加した。「営業職員」、「代理店」を合わせた営業担当者に起因するものは812件(同38.0%)で、件数は3.8%増加したが、占率はやや低下した。

2. 裁定審査会における紛争解決支援の状況

(1) 裁定申立受理件数

平成 20 年度第 2 四半期に裁定審査会が受理した申立件数は 21 件であった。これにより、本年 4 月からの累計受理件数は 33 件(前年度同期 18 件)となり、前年度同期より 15 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	4	8
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	3	4	7
契約無効確認・既払込保険料返還請求	3	11	14
配当金(買増保険金・年金等)請求	1	1	2
解約取消請求	1	0	1
その他	0	1	1
合計	12	21	33

なお、平成 20 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」となったものは 2 件(注)である。

(注) 1 件は不法行為に基づく損害賠償請求で裁定審査会の判断のおよぶところではないため裁判所における訴訟等の手続きで解決を図ることが適切であると判断したもの、他の 1 件は、申立時点で確定していない将来の支払保証を求めるものであることから、裁定対象案件としては不相当であると判断したものの。

(2) 裁定結果の概要について

平成 20 年度第 2 四半期に裁定審理が終了した事案は 16 件で、「和解による解決」が 1 件、「申立てに理由なしとして裁定終了としたもの」が 15 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 19-7、19-8] 転換契約無効確認・遡及減額請求

契約者兼被保険者の夫婦 2 名からの同様の事実経過にもとづく同一保険会社への申立て

・平成 19 年 6 月 7 日 裁定申立受理

・平成 20 年 7 月 23 日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約転換を取り消し転換前契約に戻し、転換前契約の更新時に遡って減額更新をしてほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 4 年に加入していた定期付終身保険(以下、「前契約」)について、定期保険特約の更新時(同 14 年 1 月)の前から同特約の減額要請をしていたにもかかわらず、営業担当者 A が手続きを怠ったため同特約が減額されずに更新されてしまった。同 14 年 2 月

に営業担当者B(Aの上司)が自宅を訪れ、妻を通じて「更新後2年間は減額できない」と虚偽の説明を受け、減額することが出来なかった。

さらに、更新時から2年以上経過した平成16年9月に定期保険特約の減額手続きを依頼したところ、積立終身保険(以下、「現保険」)に契約転換されてしまった。当時、転換の説明を受けていたが、新規加入は断わったうえで前契約の減額を依頼したのであって、契約転換したつもりない。

契約転換を取り消して前契約を有効にし、同14年1月まで遡り、前契約の定期保険特約を減額してほしい。

< 保険会社の主張 >

契約転換(平成16年10月)を取り消し前契約に戻し、前契約の更新時(同14年1月)に遡り保険金を減額してほしいという申立人の要求には、下記により応ずることは出来ない。

(1) 前契約の更新時における減額について

当方関係者から事情聴取を行った結果、記憶が不確かな部分もあるが、以下のとおり、申立人が主張するような虚偽の説明をした事実は存在しないと判断する。

更新前の同13年11月頃に営業担当者が更新内容の検討依頼を電話連絡したが、減額の申し出は受けていない。また、同年12月の申立人からの照会受付時には、減額更新手続きがスケジュール的に間に合わなかったため、更新後の減額手続きをお願いしたと思われる。

営業担当者が申立人宅を訪問したのは平成14年2月ではなく15年1月で、その際「定期保険特約の更新後2年間は減額出来ない」という説明はしていない。

(2) 現保険への転換について

当方関係者から事情聴取を行った結果、現契約(転換後契約)の募集手続きは、申立人の意思にもとづき十分に説明したうえで、申込書類に署名・押印いただき正当になされたものと判断する。また、申立人は転換後に給付金請求、保険金の減額等の転換を前提とした、もしくは契約内容の追認にもとづく諸手続きを行っていること等から、申立人は契約転換を明確に認識していたと思われ、現契約は有効に成立している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出された書類、申立人および営業担当者の事情聴取の内容により、前契約の更新時および現契約への転換時の手続きについて審理した。その結果、下記のとおり、本件申立てには理由がないので、生命保険相談所規程第40条にもとづき、裁定書によりその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 前契約更新時(平成14年1月)の定期保険特約の減額について

(1) 保険会社による減額手続きの懈怠の有無について

申立人夫婦は、平成14年1月の定期保険特約の更新前から、減額を望んでいたことは窺えるが、申立人の提出書面および事情聴取の結果によっても、保険会社が申立人の減額要請を無視し手続きに応じなかったと認定することは困難であり、他に申立人の主張を裏付ける証拠はない。また営業担当者の事情聴取の結果によっても、

申立人の主張する事実を認定することは出来ない。

(2) 営業担当者による虚偽説明の有無について

申立人は、平成 14 年 2 月に営業担当者 B が申立人宅を訪れ、妻に対し「定期保険特約の更新後 2 年間は減額できない」旨説明したと主張するが、主張を裏付ける証拠はない。他方、保険会社提出の担当者の手帳によると、同 15 年 1 月の欄には申立人宅を訪問した事実はあるが、同 14 年 2 月に訪問した事実はなく、同担当者の事情聴取の内容と概ね符合する。手帳の記載は、本件紛争前から記載され作為が入る余地は窺えなかった。以上から、担当者が同 14 年 2 月に申立人宅を訪問し、妻に虚偽の説明をしたという事実を認定することはできない。

2 . 転換契約(平成 16 年 10 月)の無効について

事情聴取での申立人(夫)の説明は記憶が曖昧で内容が明確でなく、一方、申立人(妻)の説明内容は明確ではあったが、客観的な事実と符合しない内容を含み、申立人夫婦の事情聴取の結果をもってしても、転換契約が無効であるとの確信を得ることは出来ない。

なお、申立人が署名・押印した書面は、冒頭に大きい太文字で「生命保険契約申込書兼告知書」と書かれており、生命保険契約の書面であることは容易に識別でき、定期保険特約の減額に関する記載は全く見当たらないことなどから、同書面を減額手続の書面と勘違いするとは考え難い。また、契約転換手続きと併せて、契約者貸付金の清算も行われており、同貸付金の清算目的で契約転換がなされたものと推認できる。さらに、申立人は給付金請求や現契約の減額手続等、契約転換が有効に行われたことを前提にした手続きも行っている。

これらの事情も併せ勘案すると、本件の契約転換が無効であると認定することは出来ない。

[事案 19-9] 減額無効確認・新契約取消請求

- ・平成 19 年 6 月 7 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 7 月 7 日 和解成立

< 事案の概要 >

営業担当者の誤った説明により、終身保険を減額し新しい契約に加入したとし、減額の取消しと新規契約の無効を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

4 年前(平成 15 年)、「加入していた定期特約付終身保険の終身保険部分は死亡しないと貰えないのか」と担当者に質問したところ、終身保険は「死亡しないと受け取れない」、「自分で使うことは出来ない」等の趣旨の説明があった。

そのため、将来の生活設計上、年金や医療等に主眼を置いていたため、終身保険部分を含め同保険の保険金を減額し、担当者の勧める介護、特定疾病、重度慢性疾患付きの新しい保険に加入した。

ところが最近になり、終身保険が保険料払込満了時点で死亡保障に代えて年金受取りに変更可であることを知ったが、4 年前の減額時には全く説明がなかった。説明があれば、終身

保険の減額などしなかった。担当者を問い質したところ、「今は知っているが、当時は終身保険の保険料払込満了後に年金受取へ変更出来る制度を知らなかったので説明していない。申し訳ない」と謝り、説明しなかったことを認めた。

保険会社に対し、減額前の状態に戻すとともに、新しく加入した保険契約を無効とし既払込保険料を返還するように申し出たが認めてくれない。減額前の状態に戻すことにより生ずる精算金は支払う用意があるので、認めてほしい。

< 保険会社の主張 >

下記理由等により、終身保険の減額、新しい保険への新規契約はいずれも有効であり、申立人の主張には応ずることは出来ない。

- (1) 終身保険は、被保険者が死亡した場合に保険金が支払われるという性質の商品であり、死亡しない限り支払われないという担当者の説明に誤りはない。
- (2) 終身保険を年金支払に移行する保障内容変更制度について担当者は説明していないことは確認しているが、同制度はそもそも終身保険の保障内容を変更することにより年金受取りを可能にする制度であり、終身保険の保障内容について尋ねられた際に、同制度について担当者が触れなかったことが説明義務違反に当たるものとは思われない。
- (3) 申立人によれば、終身保険の一部を生存中に年金として受け取ることが出来るものとは知らなかったとのことだが、同制度については「ご契約のしおり - 定款・約款」にも記載されており、保険証券にも明示されており、事前に知りうる余地は十分にあったものと思われる。
- (4) そもそも本件は、申立人から「大きな保障は必要ない」、「介護保障を充実させたい」旨の要望があったものであり、終身保険の減額、新しい保険への新規加入は申立人の意思に沿って、正当に手続きが行われたものである。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、双方から提出された申立書、答弁書等の書類をもとに審理を進めるとともに、減額、新規加入時の説明状況等について営業担当者から事情聴取を行った結果、申立人からの終身保険に関する質問に対し、適切な説明がなされなかったことについて営業担当者も認め、担当者の誤った説明により申立人は、本件保険には保障内容変更制度がないと信じ、終身保険を減額し、新たな契約に加入したと認められた。

そこで裁定審査会では、申立人には「動機の錯誤」があったものと考えられ、当該錯誤がなければ、申立人のみならず一般人も本件意思表示をしなかったであろうと考えられるため、本件保険の減額及び新たな契約は無効と判断する余地があり、要素の錯誤に該当するとの見解をまとめ、保険会社に対し和解につき検討を要請したところ、保険会社から「減額取消時に発生する減額処理時の返還金および追加保険料の一括返金を条件に、終身保険部分の減額手続きを取り消し、減額前の状態に戻す。新規契約については無効としない」とする和解案の提示があった。

審査会から申立人に同和解案を提示したところ、応じる旨の意思表示があり、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 19-11] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成 19 年 7 月 6 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 7 月 23 日 裁定終了

< 事案の概要 >

提示された設計書の内容とは異なる別の契約内容で契約させられたとして、契約の取消しおよび既払込保険料の返還を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和 55 年に加入した保険(60 歳保険料払込終了の定期付終身保険)について、加入時に渡された設計書が 60 歳保険料払込終了のものではなく 65 歳払込終了の設計書であることが、保険料払込終了直前の平成 16 年になって初めて分かった。

また、保険料払込終了時に支払われる「ボーナス(配当買増保険金)」も設計書記載の金額に比べ、実際の受取額が極めて少ないことが判明した。

加入当時、営業担当者は「65 歳払込終了では定年後も支払いがあり、60 歳払済にしてもそんなに保険料は変わらない」と、言葉巧みに保険料払込終了年齢を 65 歳から 60 歳に変更させ、設計書と異なる別の契約内容で加入させられた。

当方としては、判断する資料は、配当金も含め設計書の記載内容が全てであるにもかかわらず、その設計書が別のものであった。配当金によるもので確定したものでないと言うが、「ボーナス」に魅力を感じ契約したのに、設計書自体が間違っていたことは、到底容認出来ない。

保険会社も設計書が間違っていたことを認めているのだから、契約を取り消して支払った保険料を、利息を付けて返還してほしい(当方もこれまで受け取った給付金等は返還する)。それが困難なら、65 歳まで保険料を支払うので提案された設計書(65 歳保険料払込終了)どおりの金額を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、申立人の(1)契約取消しと利息を付けた払込保険料の返還、(2)設計書記載どおりの「ボーナス」の支払い要求には応じられない。

(1) 契約取消しと利息を付けた払込保険料の返還について

当時の営業担当者(退職済)にも確認したが、30 年近く前のことでもあり当時の状況は判然としない。しかし、当該契約は、60 歳払込終了の終身保険の形態で、保険料や付加された入院特約も設計書の内容と相違する内容であり、当該設計書が当該契約に対応する設計書として使用されたものであるかどうかは不明であり、当該契約は当該設計書の内容にて契約をいただいていたので、契約取消しをすることは出来ない。

(2) 設計書記載どおりの金額の支払い要求について

当該設計書の「ボーナス」の金額欄には、当社の別商品を仮定して計算した配当金額に基づく金額が記載されていたことについてはお詫びしたいが、上記のとおり、当該設計書の内容にて契約いただいていたとは直接的に判断出来ないことから、当該設計書を根拠とした申立てには応じられない。

また、仮に当該設計書を根拠に加入を決断したとしても、設計書に「ボーナスお

よび特別配当金は、営業案内にも説明のとおり、今後変動することがあります。したがって、将来の支払額を約束するものではない旨記載されており、記載金額が「仮定として計算した配当金に基づく金額」とであると、理解いただけるものと判断している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書等にもとづき審理したが、保険会社による配当金額の誤記載の事実を重視し、法律解釈を申立人に有利な方向で緩和し和解の斡旋を行ったが、申立人がこれを拒否した。そこで、裁定審査会では厳密な法律解釈に基づき以下のとおり判断した。

- (1) 設計書記載の配当金の金額は、契約の内容となるものではないから、契約者（申立人）は、その記載どおりの金額の支払いを請求する権利はない。
- (2) 民法95条の「錯誤」による法律行為の無効は、表意者において契約等の法律行為につき、重大な要素に錯誤がある場合にはこれを無効とするものであるが、本件では、下記のとおり、配当金額の誤記をもって要素の錯誤とすることは出来ない。したがって、契約の無効を理由に保険料の返還を求めることは出来ない。

65歳払込終了の設計書は確かに配当金の計算を誤っているが、実際に契約した60歳払込終了の設計書までも、計算を誤っているか否かは不明である。

仮に、申立人の主張するとおり、同設計書が作成されていなかったとした場合、60歳払込終了と65歳払込終了の契約では、支払保険料、運用期間等に大きな差があり、単純に比較して配当金の額を推測出来るものではないから、客観的に見れば、申立人において予想配当金の額の多寡が、本件契約をする動機形成の機序となっていることは外形上明らかではなく、当該契約をする動機として表示されているとは到底言えない。

よって、申立人の主張には理由がないので、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。

【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。

[事案 19-13] 契約転換無効確認請求

- ・平成19年6月14日 裁定申立受理
- ・平成20年8月26日 裁定終了

< 事案の概要 >

転換のための手続きであることや、手続き時の契約者貸付に関する十分な説明がなかったとして契約転換の無効を求め、申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和63年に加入していた定期付終身保険10年更新型(契約者=申立人の妻、被保険

者=申立人)について、更新時期が1年半後となった平成9年3月頃、営業職員から「更新時期になると保険料が大幅アップになるから、早めに手続きした方が年齢が若い分保険料が安くて有利」との説明を受け、翌月に更新手続きをした。

その際、「貸付の書類は手続き上だけです」と説明され、妻が転換前契約から150万円の契約者貸付を受ける手続きをさせられ、説明もないまま、うち100万円は転換後契約の定期保険特約の一時払保険料に充当され、残り50万円は転換後契約の年払保険料に充てられた。(同手続きと同時に契約者を妻から自分(夫)に変更)

その後平成16年になり、同9年に行った手続きが更新手続きではなく、新しい契約に転換されていたことが分かった(転換後契約も定期付終身保険10年更新型)が、同手続き時には、以下のとおり、不利益な事項に関する説明が一切なく、営業担当者も説明に誤りがあったことを認めている。平成9年時の転換手続きを取り消し、元の契約に戻してほしい。

- (1) 平成9年の手続きを行ったのは、営業担当者から更新手続きであると説明され、更新と認識し行ったもので、契約を新しく切り替える(契約転換)との説明はなかった。
- (2) 平成9年の契約(新契約)は、昭和63年の契約(元契約)に比較して、全ての面で契約者にとって不利な内容に変更されているが、その不利な事実について説明がなかった。
- (3) 手続きの一環として契約者貸付を受けたが、契約者貸付の事実およびその用途について説明を受けていない。また、契約者貸付の用途も、貯蓄性を重視しているのに、100万円を新契約の定期保険特約の一時払保険料に充てられ、50万円が新契約の年払保険料に充当されているが、元契約も年払いで保険料期間が半年しか経過していなかったため、1年間に2度も年払保険料を払うこととなった。
- (4) 終身保険の保険料の払込期間も、70歳から75歳に5年間も延長された。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の契約転換の取消しの要求には応ずることは出来ない。

- (1) 営業担当者に確認した結果、平成9年の手続き(契約転換手続き)に際して、申立人が主張するような不十分な説明および虚偽の説明等による不適切な募集を行った事実はなかったと認識しており、転換契約は有効に成立した。
- (2) 被転換契約(旧契約)からの貸付についても、貸付金を転換後契約の各保険料に充当することについて説明を行ったうえで、契約者本人(申立人の妻)に契約者貸付請求書に署名・押印いただいた。
- (3) 苦情申出時期に至るまで約7年もの間、契約内容について特段の申出がなく、その間毎年、契約内容を通知しており、契約内容を確認する機会は十分にあった。またその間、契約内容の変更、給付金請求手続き、指定代理特約の中途付加など、契約内容の追認に基づく手続きが行われており、今般の申出経緯・内容は極めて合理性を欠くものと思われる。

< 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の事情聴取を行い審理した結果、申立人の主張はいずれも認めることは出来ない。また、申立人の主張どおり、転換契約を無効として転換前契約に戻した場合、転換前契約は当然ながら戻し

た時の契約内容はそのままであり、更新もそれに従うことになるので多額の未払保険料が発生する。これは申立人の意図するところではないと思われることから、申立てには理由がないと判断し、生命保険相談所規程第40条により、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、平成9年の手続きは保険契約の更新であり、契約転換とは知らなかったと主張するが、申立人の妻はかつて当該保険会社の営業担当者として勤務しており、基礎的な保険の知識は有していたものと推測される。また、更新手続きは保険期間満了時に行われるものであり、期間満了の1年半前に行われることはないことは、申立人の妻は知っていたと推認される。さらに、新契約と旧契約の商品名とは異なり保障内容も異なることから、単なる更新手続きではなく、従来とは異なる契約であることは容易に判断出来る。したがって、営業担当者が更新と偽って契約転換をさせたと認定することは困難である。
- (2)申立人は、転換後の契約がそれ以前の契約より不利であることの説明がなかったと主張するが、いかなる点で不利であるかという具体的な主張は、保険料期間満了前の契約転換について保険料の二重払いがあることを除き明確ではないが、申立人の妻には予想できたものと推認でき、具体的金額を示した説明がなかったからといって、直ちに欺もう行為になるとは認定出来ない。
- (3)申立人は、契約者貸付の必要もないのに、説明もなく契約者貸付をさせられてしまったと主張するが、貸付請求書に署名したのは申立人の妻であるが、本件各手続きは申立人も事情聴取の際に認めているように、申立人とその妻が同席して共同でなされたもので、申立人が借入手続きを全く知らなかったと推測出来ない。そして、同請求書には明らかに「契約者貸付請求書」の記載があり、貸付金額も明示されており、かつ申立人の妻はこれに署名押印しているのであって、契約者貸付が申立人らの意思に反するとは推定することは出来ない。

[事案 19-21・19-22] 高度障害保険金請求

本件は、同一被保険者の個人保険契約、法人保険契約について、それぞれ被保険者および被保険者が代表取締役を務める法人からの申立てである。

- ・平成19年10月14日 裁定申立受理
- ・平成20年9月29日 裁定終了

< 事案の概要 >

脳梗塞による後遺症のため、失語症、右片麻痺、言語機能障害などになり高度障害状態になったとして、高度障害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 >

平成15年3月、被保険者が脳梗塞のため倒れ、後遺症で失語症と右片麻痺になったため言語機能に障害が残った。また、心身の状態が常に介護を要する状態になったため、同年5月に各保険契約の高度障害保険金の支払いを請求したが、高度障害状態には該当しないとして支払いを拒否された。以後、同16年、同18年にも当時の障害診断書等を添付のうえ高度障害保険金を請求したが、いずれも高度障害状態には該当しないと支払いを拒否さ

れた。同一病院の同一医師作成の障害診断書を添付し請求した他生保会社からは、平成 16 年に高度障害保険金が支払われている。約款規程の内容が同じであり、納得出来ないので高度障害保険金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

申立人らは、過去数度にわたり高度障害保険金の支払いを求めてきたが、いずれの時期の請求においても下記のとおり、本件各保険契約の約款に定める高度障害状態に該当せず、高度障害保険金の支払事由が認められないことから、申立人の請求には応じられない。

(1) 障害診断書(15年2月作成)、同(16年3月作成)、同(18年6月作成)にもとづく請求について

各時期に提出された障害診断書では、食物の摂取状況については「食器・食物を選定すれば自力で可能」、排便・排尿の状況に関しても「特別の器具により、自力で排せきできる」と診断されているなど、約款所定の高度障害状態のうちの「言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの」、「中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」に該当しない。

(2) 他生保会社宛障害診断書について

他生保会社宛障害診断書(15年6月作成)と、当社宛障害診断書(同15年5月作成)では、言語機能の障害の程度、排便・排尿の状況等において診断結果が異なること、その後の当社確認では被保険者の自力歩行等が確認されるなど、同人の状態は約款所定の高度障害状態には該当しない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、障害診断書等の書類にもとづいて被保険者の障害状態が各保険約款別表および備考に定められている高度障害状態(「言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの」、「中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」)に該当するか否かについて審理した結果、以下の理由により、本件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条を適用し、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) 保険会社宛提出された障害診断書では、約款所定の高度障害状態に該当すると認定出来ない。

(2) 他生保会社宛障害診断書では、確かに言語機能喪失、排便・排尿が自力では不可能との診断がなされ、被保険者が高度障害状態に該当することを窺わせる内容とも言えるが、保険会社は、同診断書提出を受け、再度、提出時点の状態について主治医へ確認等を行ったところ、主治医から、言語機能は「言語にて意思疎通が可能な場合がある」、排便・排尿の状況は「車椅子でトイレまで移動、車椅子から洋式便座への移動は手摺を持ち、自力で移動、自力排泄可能、後始末も左手で可能、など、介助不要」との回答を得られたことから、他社宛障害診断書をもって、高度障害状態に該当するとは認定出来ない。

- (3) 申立人は、他社の契約においては高度障害保険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。

(参考) 高度障害保険金に関する約款規程(抜粋)

別表 対象となる高度障害状態

対象となる高度障害状態とは、つぎのいずれかの状態をいいます。

- (2) 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- (3) 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

備考

1. 常に介護を要するもの

「常に介護を要するもの」とは、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・入浴のいずれもが自分ではできず常に他人の介護を要する状態をいいます。

3. 言語またはそしゃくの障害

- (1) 「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、つぎの3つの場合をいいます。

語音構成機能障害で、口唇音、歯舌音、口蓋音、こう頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込がない場合

脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意志の疎通が不可能となり、その回復の見込がない場合
声帯全部のてき出により発音が不能な場合

- (2) 「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは、流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込のない場合をいいます。

[事案 19-29] 3 大疾病保険金請求

- ・平成20年1月15日 裁定申立受理
- ・平成20年8月26日 裁定終了

< 事案の概要 >

罹患した病変(尿路上皮癌)が、支払対象外の「上皮内癌」に分類されることを不服とし、3大疾病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 >

平成19年8月、大学病院において「膀胱腫瘍」との診断を受け、病理組織診断名「尿路上皮癌」(TNM分類は「Ta」)という検査結果であった。

そこで、3大疾病保障定期保険特約にもとづき3大疾病保険金を請求したが、保険会社は「上皮内癌」であるので、約款規程により支払うことは出来ないと通知してきた。しかし、診断書には「上皮内がん」という項目に が付いておらず、納得出来ない。詳細な理由説明を求めたところ、会社から「非浸潤癌は『疾病、傷病および死因統計分類提要』において上皮内癌に分類されている」との回答があった。しかし、自分の罹患した病変(尿路上皮癌)が、「なぜ非浸潤癌と言えるのか」「なぜ上皮内癌に該当するのか」について、約款・ご契約のしおりにもとづいた明確な説明がなく、理解出来ない。約款・ご契約のしおりにもとづいた合理的な説明をして欲しい、説明が出来ないのであれば3大疾病保険金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

申立人の疾患の診断名は「Urothelial carcinoma (尿路上皮癌)」で、TNM分類の「T a」は乳頭状の非浸潤癌である。本件3大疾病保障定期保険特約では、別表によって定義づけられる悪性新生物に罹患したと診断確定されたときに、3大疾病保険金が支払われるが、別表には、表によって定義づけられる疾病とし、かつ『疾病、傷病および死因統計分類提要(昭和54年版)』に記載された項目中、表の基本分類番号に規定される内容によるものと定められている。別表の表には、悪性新生物について「悪性腫瘍細胞の存在、組織への無制限かつ浸潤破壊的増殖で特徴付けられる疾病(ただし、上皮内癌(以下略)を除く)」と定められている。

また、医学的には、上皮内がんには非浸潤癌が含まれると解されていることから、申立人の疾患「乳頭状の非浸潤癌」は3大疾病保険金の支払事由には該当しない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書および本件約款規程などにもとづいて審理した結果、約款規程(対象となる悪性新生物につき、別表の表の1で「悪性腫瘍細胞の存在、組織への無制限かつ浸潤破壊的増殖で特徴づけられる疾病」とし、同条但書で「上皮内癌」等が除かれている)を合理的に解釈すれば、3大疾病保険金の請求要件としての悪性新生物は、上皮に留まらず内部に浸潤する悪性新生物(癌)の診断確定を受けたものを意味し、上皮内に留まりそれ以上に浸潤しない悪性新生物(癌)はこれに該当しないことになる。また、「ご契約のしおり」にも、上皮内がんとは非浸潤がんであるとの説明がなされており、これは同様の趣旨であると考えられる。

また本件においては、病理組織学的検査によって病理組織診断名が「尿路上皮癌」であり、TNM分類でT a(非浸潤癌を意味する)とされているのであるから、同保険金請求要件に該当しないことは明らかである。

よって、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にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

[事案 19-32] 契約転換無効確認請求

- ・平成20年1月23日 裁定申立受理
- ・平成20年9月29日 裁定終了

< 事案の概要 >

転換後契約が説明を受けた内容と異なっていたことから、契約転換を取り消して元の契約に戻してほしいとして申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成18年11月、営業担当者の勧めで昭和62年加入の終身保険(死亡保険金1,800万円)の一部を転換して、死亡保険金を1,200万円に減額し、600万円部分を別の保険に契約転換した。保険証券が届き、契約内容をよく確認したところ、営業担当者から説明された内容と下記の点で異なっていた。営業担当者の説明を信じ加入したが、話が違うので、契約転換を取り消して契約を元に戻してほしい。

転換前契約に付加されていた入院特約等が分割後の存続契約では付加されておらず、

営業担当者からその説明がなかった。

転換後契約における死亡時の保障期間が65歳までであるのに、営業職員がその保障が終身であると思わせるような説明をした。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の申し出には応ずることは出来ない。

- (1) 申立人が争点として主張している転換後の入院給付金額については、契約転換に当り営業担当者が交付した説明資料に、新旧の「保障内容比較」が図面付で記載されており、また転換後契約の保険期間が65歳までであることも、説明資料に明らかに記載されている。
- (2) 営業担当者は、本件転換に当り、最初の訪問から約3週間程度かけ4回ほど申立人と面談し、その間、パンフレット、提案書、設計書等を交付のうえ、転換の内容を説明している。交付資料を見れば、転換内容は明らかであり、営業職員がこれらについて説明していない、あるいはこれらと異なる説明をしたことは到底考えられない。
- (3) 申立人は、「転換申込時点で多忙であったことから、内容をしっかり確認出来なかった」と主張するが、営業担当者は訪問から3週間程度かけて、十分な説明資料を示したうえで契約申込みに至ったものであり、申立人が多忙であることを奇貨として、十分に内容を理解させないまま契約を申込みさせたわけでない。

< 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、契約の一部転換について詐欺による取消しを求め（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し、判断を行った。

(1) 詐欺による取消しについて

詐欺が成立するためには、欺罔行為（故意に事実を隠蔽し、または虚構して表示すること）と、故意（相手を欺こうとする意思と、欺くことにより一定の意思表示をさせようとする意思）が必要であるが、当事者双方の事情聴取の結果を含めて、これらを裏付ける証拠はない。

(2) 錯誤無効について

申立人は、営業担当者から口頭による説明がなかったとするが、申立人の要求が認められるためには「要素の錯誤」が認められる必要がある。錯誤無効においては、表意者（申立人）に重大な過失があったときは、自らその無効を主張出来ないとされている。このような観点から申立人の要求について検討した。

(ア) 転換前契約の入院特約等が転換後の存続契約に付されていないことについて

契約転換の勧誘時に、保険会社から提示された「保障の仕組み」には、左半分に転換前契約の保障内容が、右半分には転換後契約（上段）と分割後存続契約（下段）の内容が記載されている。同資料によれば、分割後存続契約には入院特約等が付加されていないことが分かること、分割後存続契約には入院特約等は付加されていないが、転換後契約はこれに代わる保障内容の保険であり、同等以上の入

院給付金が保障されていること、などを総合考慮すると、要素性以前に錯誤の存在自体を認めることが困難である。

(イ) 転換後契約における死亡保障の保険期間が 65 歳とされていることについて

上記「保障の仕組み」には、分かりにくいものの、転換後契約における死亡保険金のうち、三大疾病保障定期保険特約等にもとづく死亡保障は、保険料払込満了となる 65 歳で保障期間が終了することが記載されていること、「保障内容比較」の右半分の下段にはより分かりやすい形で記載されていること、「提案書」ではそのことが端的に（明瞭に）記載されていること、などを総合考慮すると、要素性以前に錯誤の存在自体を認めることが困難である。

(ウ) 上記 2 点について、仮に要素の錯誤が認められたとしても、申立人には重大な過失があったと評せざるを得ないので、申立人は自らその無効を主張することは出来ない。

以上のとおり、本件申立てには理由がないので、生命保険相談所規程第 40 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。

【参考】

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。

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。

[事案 19-33] 特定疾病保険金請求

- ・平成 20 年 2 月 27 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 9 月 29 日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款所定の「浸潤性癌」に該当するとして特定疾病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 >

平成 18 年 8 月頃、左乳部に異常を感じ、がんセンター A 医師により検査診断を受けた。その結果、「浸潤性乳管癌」で悪性のため手術が必要とされたので同年 10 月 31 日に手術を受け、その後 1 ヶ月ぐらいの放射線治療が必要との医師の勧めで、B 病院で同治療を受けた。

そこで、特定疾病保険金を請求したが、保険会社から「術前・術中については『浸潤性乳管癌』とあるが、それは細胞診断によるもので、約款に定める病理組織学的所見(生検)による診断では『非浸潤性乳管癌』であり、約款にいう悪性新生物に該当しないので、特定疾病保険金は支払われない」との通知が届いた。

確かに、術後の診断(10 月 31 日)では『非浸潤性乳管癌』となっているが、術前(9 月 13 日)には『浸潤性』と診断されている。保険会社は、その診断は病理組織学的所

見(生検)ではないと言っているが、同診断書には病理組織学的診断となっている。従って、9月13日の時点で本保険が適用されるべきで、特定疾病保険金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、診断書にもとづき検討した結果、申立人が罹患した悪性新生物は約款規程の支払対象となる「悪性新生物」に該当しないので、申立てに応ずることは出来ない。

- (1) 主治医照会の結果、入院・手術証明書(診断書)の術前・術中欄には確かに「浸潤性」との記載があるが、その診断は細胞診によるものであり、約款にいう病理組織学的所見(生検)に行われたものではない。一方、術後欄の記載は、主治医確認により病理組織学的所見(生検)を行った結果、最終の病理組織名が『非浸潤性乳管癌』となっており、支払事由非該当と判断される。
- (2) 申立人は、「細胞診による判断であれ、術前・術中欄に浸潤性と記載されている以上、支払事由に該当し支払うべき」と主張するが、約款の支払事由はあくまで病理組織学的所見(生検)により、「浸潤性」と診断確定された場合である。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、診断書、医師の回答書面等の書類や医事照会機関への照会結果にもとづいて申立人の罹患した悪性新生物等について審理した結果、以下のとおり申立てには理由がないので、生命保険相談所規程第40条を適用し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) 申立人は、診断書において「術前」(平成18年9月13日)の「病理組織診断結果」は「浸潤性乳管癌」と記載されている、と主張するが、上記診断書の記載につき、がんセンターC医師は、術前の診断は細胞診によるものであり、組織診は施行しておらず、確定診断ではなく、術後の診断は手術標本による鏡検結果である旨回答している。また、同センターA医師は、術前に得られた検体の部分のみが浸潤性であり、術後に診断した部分は浸潤性であったということではなく、術前の細胞診では、細胞の異型が強く、画像上範囲も広いので浸潤性乳管癌と診断したが、術後の病理の結果、非浸潤性乳管癌と診断した旨回答している。
- (2) 保険約款が定義する「組織への無制限かつ浸潤破壊的増殖で特徴付けられる疾病」に該当するかどうかは、その性質上、客観的に判断されるべき事柄であり、術後の病理組織診断によって「非浸潤性乳管癌」と診断確定されている以上、術前のスクリーニング的な細胞診の段階で「浸潤性乳管癌」と診断されていたとしても、特定疾病保険金の支払事由には該当しないという他はない。

[事案 19-36] 契約解除取消請求

- ・平成20年3月17日 裁定申立受理
- ・平成20年8月26日 裁定終了

< 事案の概要 >

告知義務違反との理由で保険契約を解除されたが、加入時に人間ドックの検診結果に

ついて営業担当者に見せており、契約解除の取消し(契約の継続)を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年 4 月に 3 つの保険(特定疾病保険、医療保険等)に加入し、同年 7 月に白血病の診断を受け保険金を請求したところ、保険会社は同年 2 月の人間ドックの検査結果について告知していなかったとして、告知義務違反を理由に契約解除するとの通知を受けた。

しかし、下記理由により告知義務違反の決定には納得出来ないため、保険契約の解除を取り消して、契約を継続してほしい。

- (1) 加入時に、営業担当者から 19 年 2 月実施の人間ドックの検診結果を話し、要経過観察と書かれた診断書を見せていたにもかかわらず、担当者からは、何ら説明や注意を受けていなかったため、告知義務違反であることの自覚はない。
- (2) 加入時の診査の際も、診査医師(嘱託医)からは大まかな問診のみを受け、「要経過観察は指摘されたか」との質問はなく、提出用の告知書の詳細(告知内容)について自分で確認する事が出来ないまま診査を終えており、診査方法に問題があった。

< 保険会社の主張 >

申立人が平成 19 年 2 月の人間ドックの検査を受け、その際「白血球増多、血小板増多」とされ、要経過観察の指摘を受けていた事実は、告知書第 6 項「過去 2 年以内に健康診断または人間ドックを受けて右記の項目で異常(要経過観察、要再検査、要精密検査、要治療を含む)を指摘されたことがありますか」に該当し、申立人が本件契約申込の際にかかる事実を告知しなかったことは、保険約款に定める告知義務違反に該当するものである。

また、申立人の申立理由については下記のとおりであり、申立人の当該契約の解除の取消しに応ずることは出来ない。

- (1) 営業担当者が人間ドック成績書を見たことは事実であるものの、その目的は医師による診査に代わる取扱いの可否等取扱条件を確認するためのものであった。また営業担当者には告知受領権がなく、担当者から口頭で告知事項を告げたとしても告知したことになる旨が記載された重要事項説明書等を交付し説明している。
- (2) 医師報告書には自ら署名しており、また診査医からは告知書記載の告知項目全てを申立人自身に確認いただいている旨の報告を受けている。また、申立人に対しては、告知書の写しを送付し確認していただいているが、告知内容について特段の申し出がなかった。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出された申立書、答弁書および告知書等にもとづいて審理した結果、申立人は人間ドックの結果、告知すべき「異常」が存在することを認識していたことが認められ、かつ当該異常について保険会社に告知しなければならないことを知っていたものと推定され、このような推定を覆すに足りる証拠はないことから、申立人は故意または重大な過失により、告知義務に違反したものと判断せざるを得ない。

- (1) 営業担当者は告知を受領する権限がなく、診査がある場合には告知事項については担当医師に委ねるのが相当であり、営業担当者が人間ドックの結果を記載した書面を閲覧しながら、何ら指摘をしていないことには問題がない。
- (2) 申立人は「告知書」に自ら署名し、当該告知書の署名欄の上部には前記質問事項及び回答欄が記載されていることから、告知書を読む機会がなかったとは考えられない。
- (3) 仮に診査医の質問が申立人の主張するように大まかなものであったとしても、申立人は人間ドック検査の結果である「要経過観察」であることも知っていたものであり、大まかな質問に対しても、「指摘あり」との回答が出来たはずである。上記告知欄に「指摘なし」との記載があるのは、申立人が人間ドック結果を告げなかったものと推定することが合理的である。

よって、本件申立てには理由がないので、生命保険相談所規程第40条を適用し、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続を終了した。

[事案 20-1] 障害給付金請求

- ・平成20年4月22日 裁定申立受理
- ・平成20年7月23日 裁定終了

< 事案の概要 >

障害給付金の支払請求に関し、保険会社の障害等級の判定を不服とし申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

交通事故(平成16年発生)で左上腕骨骨幹部骨折、左橈骨神経断裂、左橈骨神経麻痺、左上腕骨偽関節等を受傷し、現在、左手は神経が切れているため手首から下が動かない障害状態となった。そこで、障害給付金の支払いを請求したところ、保険会社より第4級(25号)に該当と判定されたが、下記により納得出来ない。約款規程を形式的に適用するのではなく、第3級(13号)に判定を引き上げ、障害給付金を支払ってほしい。

- (1) 左手は神経が切れているので、手首から下が動かない。また、上腕部はチタンが入っているが3箇所骨折箇所の接合が十分でなく、左腕上腕部の神経が切れておりピリピリと痺れがある。日に5、6回硬直し痙攣を起し痛みがひどく、左手は付いているだけの状態であり、実質的に用を失っている。
- (2) 自賠責保険による後遺障害判定は第4級となったが、同級は自賠責14階級の92%(労働能力喪失率)適用となっている。この判断に比べ、傷害特約身体障害表第4級の給付割合3割は余りにも低い。そもそも身体障害表(6等級に区分)は、自賠責保険の後遺障害等級表(14級区分)に比べて等級区分が粗く、障害状態の詳細にまで判断出来ず、障害者の後遺症を細部まで補填する仕組みになっていない。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人からの障害等級を身体障害表第4級(25号)から第3級(13号)に引き上げて、障害給付金を支払ってほしいとの要求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立人提出の総合障害診断書によれば、申立人の左上肢3大関節の可動範囲は肩関節120度(伸展度30度,屈曲度90度),肘関節100度(伸展度0度,屈曲度100度),手関節30度(伸展度0度,屈曲度30度)と診断されており、3大関節とも完全強直には当たらない。
- (2) 申立人は左上肢について運動範囲の他の症状として、痺れや痛みがひどく実質的に用を失っていることから約款規程を形式的に適用するのではなく、自賠責保険の例を出して第3級(13号)の適用を主張する。しかし、保険金・給付金の支払いについては約款規程にもとづく公平な取扱いを要するものである。また、社外専門家を含む委員で構成する審査委員会においても当社決定は妥当との結論であった。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人が適用を要求する「身体障害表」第3級(13号)に定める障害状態に申立人の障害状態が該当するか否か(「1 上肢の用を全く永久に失ったもの」に該当するか、もしくは「1 上肢の3大関節中の2関節の用を全く永久に失ったもの」に該当するか)について、総合障害診断書にもとづいて審理した結果、傷害特約条項に定める身体障害表第3級(13号)の障害状態には該当しないと判断した。

(1) 上記の障害状態については、傷害特約別表「備考5(1)」において、「『上肢の用を全く永久に失ったもの』とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上肢の完全運動麻痺、または上肢において3大関節(肩関節,ひじ関節および手関節)の完全強直で回復の見込みのない場合をいいます。」と規定されているが、申立人の障害状態が上肢の完全運動麻痺には該当しないことは明らかである。また、関節の「完全強直」とは、一般に関節が完全に固まって形態を変えることが出来なくなった状態を意味するものであり、申立人における上肢の各関節の自動運動範囲から、申立人の障害状態が「完全強直」に当たらないことも明らかである。

(2) 上記の障害状態については、同じく同別表「備考5(2)」において、「『関節の用を全く永久に失ったもの』とは、関節の完全強直で、回復の見込みのない場合、または人工骨頭もしくは人工関節を挿入置換した場合をいいます。」と規定されている。

申立人における上肢の各関節の自動運動範囲から、申立人の障害状態が「完全強直」に当たらないことは明らかである。

また申立人は、自賠責保険における後遺障害別等級表と比較し、保険会社の傷害特約身体障害表およびその判定について非難するが、両者はその性質が異なるものであり、申立人の非難は当たらない。

よって、申立人の請求には理由がなく、生命保険相談所規程第40条を適用し、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。

[事案 20-3] 高度障害保険金請求

- ・平成 20 年 4 月 30 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 8 月 26 日 裁定終了

< 事案の概要 >

両眼失明の状態となったにもかかわらず、契約前発病を理由に、高度障害保険金が支払われないことから、同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 >

平成 10 年に A 病院において、網膜色素変性症が原因で両眼の視力が 0.01 であり回復の見込みがないと診断された。そこで平成 11 年に、加入していた 4 つの保険（各保険の契約年月は平成 2 年 7 月、同 4 年 6 月、同 7 年 3 月、同 7 年 4 月）について高度障害保険金を請求したが、同 12 年に契約前発病との理由により不支払決定の通知があった。再度、19 年 9 月に高度障害保険金を請求したところ、網膜色素変性症は各保険契約の責任開始前の発病（契約前発病）であるとして保険金が支払われなかった。下記理由により納得出来ないため、高度障害保険金を支払ってほしい。

- (1) 中学 2 年生当時、医師から網膜色素変性症と言われたものの、医師からもたいしたことではないとの説明があった。実際、その後健康上何の問題もなく、相手方の保険会社に入社し営業職員として勤務、結婚し平穏無事に生活してきた。また、車の免許も取得し運転してきた。
- (2) 元々保険に加入した際、上司であった営業担当者 B は自分の網膜色素変性症の病気を知っていて、保険金は支払われると言っていた。
- (3) 障害厚生年金の基準では、先天性心疾患、網膜色素変性症等については「具体的な症状が出現した場合は、その日が発病日となる」との基準で障害認定が行われており、本件の発病日も同じように考えるべきである。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人の高度障害保険金支払請求には応ずることは出来ない。

- (1) 高度障害保険金は、被保険者が責任開始期以後の傷害または疾病を原因として保険期間中に高度障害状態に該当したときを支払事由としているが、事実確認の結果、以下の事項等が確認されており、請求の障害の原因は責任開始日前(契約成立日前)である昭和 25 年ないし 32 年頃に既に「発病」していたものであり、責任開始期以後の疾病とは言えない。

C 医院からの平成 11 年 10 月 6 日付診療証明書にて、申立人につき「小学校入学時に夜盲を自覚。中学 2 年のとき D 病院にて網膜色素変性症と診断される。その後数箇所の眼科受診」の旨証明を得ている。

平成 11 年 11 月 14 日、C 医院眼科担当医より、申立人が「中学 2 年の頃、D 病院にて網膜色素変性症と言われた。昭和 40 年代に E 病院へ受診された」等の説明を受けたこと。

- (2) 申立人は営業担当者 B が網膜色素変性症の病気を知っていたと主張するが、当社で調査したところ B なる人物のデータは存在せず、申立人の主張が真実なのか否か、認否出来ない。仮に申立人の主張が真実であったとしても、本件は告知義務違反が

問題になっているわけではなく、Bなる営業担当者が申立人の網膜色素変性症を知っていたか否かは関係ないことである。

- (3) 障害厚生年金と生命保険は全く別個の制度で、本件保険契約の支払事由は約款に規定されるものであり、厚生労働省の基準に拘束されるものではない。そのうえで、申立人は契約前から医師の診断より病名を告げられており、厚生労働省の基準に照らしても当社回答は何ら異なる取扱いに当たらない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書および診断書等の書類にもとづいて、失明（高度障害状態）の原因となった網膜色素変性症の発病時期、すなわち本件各保険の一番古い責任開始日は平成2年7月25日であるので、申立人の網膜色素変性症が同年月日以前に発病しているか否かについて検討した結果、下記により、申立人は昭和32年頃には網膜色素変性症を発病していたと認定出来るから、高度障害状態の原因である網膜色素変性症は本件各保険の責任開始期以後発病の疾病とは言えない。

申立人は、中学2年生の頃（昭和32年頃）、D病院において網膜色素変性症と診断され、昭和40年頃にはD病院及びE眼科で、平成9年にはA病院においても同様の診断がなされたことを保険会社に回答している。

また、C医院医師作成の診療証明書（診断書）にも、「中学2年生の時、D病院にて網膜色素変性と診断される」と記載されている。

なお、申立人は、網膜色素変性症の発病時期に関し、厚生労働省の障害認定基準での障害厚生年金の給付対象となる発病日を、本件各保険の発病日にも同様に解すべきと主張するが、各制度の趣旨により発病時期の認定は異なるものであり、厚生労働省の障害認定基準をもってして、本件に当てはめることは出来ないと言わざるを得ない。

また、申立人は加入当時営業担当者が、申立人の網膜色素変性症について知っており、特に問題ないと言われたことを主張するが、申立人は、昭和50年頃より相手方の保険会社に勤務しており、契約（責任開始期）前発病の不担保条項については十分に知っていたと言わざるを得ない。

よって、本件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条を適用し、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。

[事案 20-5] 入院給付金等支払請求

- ・平成20年5月16日 裁定申立受理
- ・平成20年9月29日 裁定終了

< 事案の概要 >

告知義務違反により契約解除されたが、告知書の記載内容が分かりづらいことなどが原因であり、契約解除の取消しと入院給付金等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7月に保険契約を申し込んだ際、告知書の「現在入院中、あるいは入院・手術（帝王切開や内視鏡によるものを含む）・検査（人間ドック・健康診断による検査

以外の年1回程度の定期検査を含みます)を勧められていますか」との欄に、「いいえ」と記入した。

その後、病院において前立腺がんと診断され、同19年2月から3月にかけて入院し、同病院にて手術を受けた。そこで、入院給付金、手術給付金を請求したところ、告知義務違反を理由に、保険契約を解除され保険金の支払いを拒絶された。

確かに、保険契約の直前に健康診断を受けていたが、その報告は内容が多く、医学的に理解出来ないものであった。また、告知書の質問項目が分かりづらく「人間ドック、健康診断による検査には立ち入らないで(無関係に)契約するもの」と理解し、営業担当者からも「その通りである」との回答があり、その前提のうえに契約した。

にもかかわらず、保険会社は「人間ドック、健康診断による検査には立ち入らないもの」との約定に反し、加入直前の健康診断の検査結果を理由にした告知義務違反による契約解除は不当であり納得出来ない。契約解除を取り消して入院給付金等を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、申立人の保険契約解除の取消しならびに給付金支払請求に応じることは出来ない。

- (1) 健康診断結果(前立腺がん検査を受診し、PSA 測定値 5.2ng/ml という結果を得ており、同検査結果を記載した書面で、異常値(4.1ng/ml 以上)の場合には更に詳しい検査が必要であるので、速やかに必ず泌尿器科専門医を受診すべき旨を記載した書面)の内容は、極めて平易な文章表現で記載されており、理解困難との主張は失当である。
- (2) 申立人は、「誰しも健康診断は(告知項目たる「検査」から)除外と考える」と言うが、問題にしている不告知事実は健康診断の受診ではなく、健康診断の結果で異常値とされ、さらなる精密検査を勧められていたことである。精密検査を勧められていたことが告知事項に該当することは明らかである。
- (3) 申立人は、前立腺がん治療のために入院・手術を行ったとして給付金の支払いを請求したが、加入直前の健康診断による精密検査指示の事実は明らかに告知事項に該当し、前立腺がん罹患との間にも明らかな因果関係がある。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書および告知書等にもとづいて審理した結果、保険会社の行った本件契約の解除、入院給付金支払いの拒絶は相当であると判断した。よって、申立人の申立てには理由がないので、生命保険相談所規程第40条により、裁定書に理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

- (1) 告知事項欄の文言は、検査に関する必要事項を抜粋すると、「検査をすすめられていますか」というものであり、これは医学上の問題であるから、医師によって検査を勧められているかという問いであることは明白である。ただし、カッコ内において(人間ドック、健康診断による検査以外の年1回程度の定期検査を含みます)とされているので、当然の解釈として、医師により人間ドックや健康診断以外の検査を勧められているかとの問いであり、同文言は、健康診断の内容に立ち入らないと

の文言とは、到底読み取れない

- (2) 申立人の主張する「健康診断の内容に立ち入らない」とすることは、告知制度上不合理であるから、特段の事情がない限り営業担当者がかかる合意をしたと認定することは出来ない。申立人は当該合意の存在を証明しておらず、かつ一般的にかかる附合契約(注)である生命保険契約の特殊性から考えて、上記のような特別の合意をする場合には権限のある者が文書によってすることになるが、そのような文書は存在しない。

(注) 附合契約とは

附合契約とは、契約当事者の一方があらかじめ定めた契約条項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。したがって、事実上相手方はその契約条項に従わざるを得ない。生命保険契約も、大量の定型的取引を行い、またその技術性、専門性ゆえに、生命保険会社があらかじめ定めた保険約款をもとに契約を締結しているわけであり、附合契約である。

- (3) 本件告知書の記載は極めて平易であり、人間ドックおよび健康診断以外の医療上の検査を医師から勧められた事実がある場合には、告知事項に該当することは明白である。また、申立人の受領した「前立腺がん検査受診票」は、当該受診者の検査数値が異常値であるか否か、異常値である場合には更に詳しい検査を受けるよう勧められていることは一見して明白であることから、申立人の不告知は、故意または重大な過失によるものと認定することが出来る。

[事案 20-7] 高度障害保険金請求

- ・平成 20 年 5 月 21 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 7 月 23 日 裁定終了

< 事案の概要 >

両股関節の機能全廃の障害状態は、約款所定の高度障害状態に該当するとして、高度障害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 >

被保険者(妻)は両下肢の股関節について人口股関節置換術を受けた結果、両股関節機能全廃の状態にある。これは、約款「別表」に定める高度障害状態のうち「(5)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」、および備考欄に規定する「その用を全く永久に失ったものとは、完全に下肢の運動機能を失ったものをいい、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、ひざ関節および足関節)の完全強直で、回復の見込みのない場合をいう」に該当し、高度障害保険金の支払いを請求した。

ところが、保険会社は「3大関節とはまた関節、ひざ関節、足関節をいい、そのすべてが完全強直で回復見込みがない場合に支払われるものであり、また関節、足関節は動くので該当しない」と言う。しかし約款規程を見ると、そのように解釈出来ない。高度障害保険金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

障害診断書によれば、被保険者の障害状態はひざ関節および足関節については何ら障

害状態は認められていない。約款別表の備考に規定する「下肢においてそれぞれ3大関節の完全強直」とは、3大関節すべての完全強直と解釈されるものであり、また関節のみの完全強直では、「下肢においてそれぞれ3大関節（また関節、ひざ関節および足関節）の完全強直」に該当しない。したがって、被保険者の障害状態は、約款に定める高度障害に該当しないため、申立人の高度障害保険金の支払請求には応じられない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、障害診断書等にもとづいて被保険者の障害状態が、約款に定める「両下肢とも、その用を全く永久に失ったもの」に該当するか否か(これに該当するためには、「備考」欄規定の、下肢の3大関節(また関節、ひざ関節および足関節)の全てが完全強直の状態にあることが必要と解される。)について審理した。申立人の主張(両股関節機能全廃だけで、約款所定の両下肢のその用を全く永久に失ったものに該当する)と主張するが、そのような解釈を採り得ないことは明らかである。(なお、被保険者の障害の場合、下肢の完全運動麻ひには該当しないことは明らかである。)

従って、被保険者の障害は、高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態には該当しないと看做すを得ず、本件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条を適用して、裁定書にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(参考) 約款に定める「高度障害状態」(該当箇所の抜粋)

5. 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

< 備考 >

7. 上・下肢の障害

(1) 「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動麻ひ、または上・下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節)の完全強直で、回復の見込のない場合をいいます。

(2) 「関節の用を全く永久に失ったもの」とは、関節の完全強直で、回復の見込のない場合または人工骨頭もしくは人工関節をそう入置換した場合をいいます。

(3) 「関節の機能に著しい障害を永久に残すもの」とは、関節の運動範囲が、生理的運動範囲の2分の1以下で回復の見込がない場合をいいます。

[事案 20-10] 手術給付金請求

・平成20年6月6日 裁定申立受理

・平成20年9月29日 裁定終了

< 事案の概要 >

下顎の手術を受けたが手術給付金が支払われないことから、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年に両側下顎隆起形成術(骨削去)の手術を受け、手術給付金を請求したが、除外規定(歯・歯肉の処置に伴うもの)に該当するという理由で支払われない。約款規程が同じ他社からは手術給付金が支払われたのに、なぜ支払対象とならないのか。納得出来ないで手術給付金を支払ってほしい。

< 保険会社の主張 >

申立人が受けた両側下顎隆起形成術（骨削去）は、診療報酬点数表より「義歯の装着に際して下顎隆起が著しい障害となるような症例に対して、下顎隆起を切除、整形した手術」と判断出来る。同手術は、歯の処置に伴う歯科手術であることよりも、「上顎骨・下顎骨・顎関節観血手術（歯・歯肉の処置に伴うものを除く）」の除外規定に該当するものであり、支払対象となる手術から除外される。

また、他社が支払ったとしても、当社が手術給付金を支払わなければならない理由にはならないので、申立人からの手術給付金の支払請求に応ずることは出来ない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立書、答弁書、診断書等の書類にもとづいて審理を進めた結果、下記により申立てには理由がないため、生命保険相談所規程第 40 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) 支払対象となる手術を定めた約款「手術給付倍率表」においては、「上顎骨・下顎骨・顎関節観血手術（歯・歯肉の処置に伴うものを除く。）」と規定されている。
- (2) 診断書には、「義歯の新製を希望し、歯科医院を受診した際、両側下顎舌側骨隆起の異常を指摘され、義歯の作製に支障があることから、手術（両側下顎隆起形成術（骨削去））目的に受診」と記載されており、申立人の受けた手術は、下顎骨観血手術ではあるものの、例外とされている「歯の処置に伴うもの」に該当すると解さざるを得ず、申立契約の約款に規定されている手術給付金の支払事由には該当しない。

【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