

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 20 年度 第 3 四半期受付分

(平成 20 年 10 月～12 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1 . 平成 20 年度第 3 四半期の苦情受付状況

平成 20 年度第 3 四半期の苦情受付件数は 1,828 件で、第 2 四半期 (2,135 件) より 307 件、14.4%、前年同期比でも 728 件、28.5%減少している。

月別の苦情件数は、10 月 710 件、11 月 546 件、12 月 572 件となっており、10 月に多くの苦情が寄せられた。これは、世界的な金融危機に伴う株価の大幅下落等により、変額年金保険に関する苦情が多くあったこと等が主な要因と考えられる。11 月、12 月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た。

なお、10 月に大和生命が経営破綻したことを受け、相談が数多く寄せられたが、その主な内容は、生命保険契約者保護に関する一般的な照会であった。

(注) 当相談所では、一般相談と苦情の分類を見直し、不満足の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 566 件 (占率 31.0%) となっているが、18 年度以降では最も少なく、占率も大きく下降した。他項目の件数が減少する中、「新契約関係」は 526 件 (同 28.8%) で前期比 106.3% (前年同期比 105.0%) と増加し 2 番目に多くなり、占率も大きく上昇した。「保全関係」は 467 件 (同 25.5%) で、前期に比べ 2 割近く減少し 3 番目に下降し、以下、「収納関係」149 件 (同 8.2%)、「その他」120 件 (同 6.6%) となっている。

内容別に見ると、『説明不十分』が 256 件 (占率 14.0%) で最も多くなり、前期より 60 件、30.6%増加し、運用環境の悪化に伴う変額年金保険に関する苦情が多く寄せられた。『入院等給付金不支払決定』は 235 件 (同 12.9%) で 2 番目に下降し、前期より 143 件、37.8%減少した。3 番目は、「入院等給付金支払手続」の 117 件 (同 6.4%) で、『解約手続』(113 件、同 6.2%) は前期より件数はやや減少したが、占率を少し上昇させ 4 番目となり、『配当内容』(93 件、同 5.1%) は前期より 25%減少し、占率を下げ 5 番目に下降した。

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		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			205	63.9
	不適切な告知取得	31	155.0	30	200.0	25	78.1			86	128.4
	不適切な話法	32	97.0	33	150.0	44	118.9			109	118.5
	加入意思確認不十分	49	132.4	56	175.0	35	85.4			140	127.3
	説明不十分	195	81.9	196	110.7	256	114.3			647	101.3
	契約内容相違	8	53.3	9	81.8	2	15.4			19	48.7
	取扱不注意	24	133.3	23	164.3	29	181.3			76	158.3
	契約確認	1	50.0	3	150.0	2	-			6	150.0
	契約引受関係	45	93.8	51	150.0	40	148.1			136	124.8
	告知内容相違	1	33.3	3	60.0	3	150.0			7	70.0
	証券未着	2	28.6	1	25.0	1	50.0			4	30.8
	その他	10	26.3	16	59.3	20	222.2			46	62.2
	計	460	80.0	495	110.0	526	105.0			1,481	97.1
収納関係	集金	12	50.0	8	266.7	12	85.7			32	78.0
	口座振替・郵便振込	25	192.3	21	161.5	13	86.7			59	143.9
	職域団体扱	5	29.4	5	38.5	11	122.2			21	53.8
	保険料払込状況	23	82.1	9	60.0	10	62.5			42	71.2
	保険料振替貸付	31	79.5	29	161.1	26	66.7			86	89.6
	失効・復活	44	53.0	51	130.8	49	79.0			144	78.3
	その他	34	89.5	32	91.4	28	58.3			94	77.7
	計	174	71.9	155	114.0	149	73.4			478	82.3
保全関係	配当内容	115	43.4	124	69.7	93	57.8			332	55.0
	契約者貸付	31	91.2	26	74.3	22	44.9			79	66.9
	更新	31	60.8	44	95.7	43	97.7			118	83.7
	契約内容変更	95	95.0	90	80.4	80	65.0			265	79.1
	名義変更	46	143.8	41	186.4	35	134.6			122	152.5
	特約中途付加	16	133.3	6	46.2	6	60.0			28	80.0
	解約手続	142	80.7	120	75.5	113	61.1			375	72.1
	解約返戻金	64	51.2	82	102.5	50	59.5			196	67.8
	生保カード・ATM関係	5	125.0	12	400.0	4	40.0			21	123.5
その他	16	48.5	23	76.7	21	75.0			60	65.9	
	計	561	67.4	568	83.8	467	64.9			1,596	71.6
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			215	78.2
	死亡等保険金支払手続	73	102.8	65	98.5	69	98.6			207	100.0
	死亡等保険金不支払決定	72	36.7	80	73.4	52	46.0			204	48.8
	入院等給付金支払手続	137	84.6	147	108.9	117	62.6			401	82.9
	入院等給付金不支払決定	271	36.1	378	75.1	235	49.8			884	51.2
	その他	24	42.9	25	46.3	19	44.2			68	44.4
	計	642	48.4	771	81.2	566	57.5			1,979	60.7
その他	職員の態度・マナー	33	86.8	18	64.3	17	70.8			68	75.6
	税金関係	9	50.0	8	80.0	15	60.0			32	60.4
	個人情報取扱関係	62	95.4	67	97.1	52	98.1			181	96.8
	アフターフォロー関係	9	81.8	13	216.7	17	130.8			39	130.0
	その他	13	20.3	40	125.0	19	59.4			72	56.3
	計	126	64.3	146	100.7	120	81.6			392	80.3
	総計	1,963	61.9	2,135	90.5	1,828	71.5			5,926	73.3

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10月～12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	61	5	1		2	69	保全関係	配当内容	8	0	0	85	0	93
	不適切な告知取得	19	3	3		0	25		契約者貸付	10	1	0	10	1	22
	不適切な話法	30	13	1		0	44		更新	22	2	1	18	0	43
	加入意思確認不十分	20	15	0	0	0	35		契約内容変更	20	1	6	53	0	80
	説明不十分	159	85	1	5	6	256		名義変更	11	0	3	18	3	35
	契約内容相違	2	0	0	0	0	2		特約中途付加	3	0	0	3	0	6
	取扱不注意	22	6	0	0	1	29		解約手続	36	9	16	51	1	113
	契約確認	0	0	1	1	0	2		解約返戻金	11	5	4	30	0	50
	契約引受関係	2	1	1	36	0	40		生保カード・ATM関係	2	0	0	2	0	4
	告知内容相違	0	1	1	1	0	3		その他	6	1	1	12	1	21
	証券未着	0	0	0	1	0	1		計	129	19	31	282	6	467
	その他	3	4	1	8	4	20		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	10	1	3	57	3
計	318	133	10	52	13	526	死亡等保険金支払手続	9		0	9	50	1	69	
収納関係	集金	11	0	1	0	0	12	死亡等保険金不支払決定		4	0	0	47	1	52
	口座振替・郵便振込	3	0	2	8	0	13	入院等給付金支払手続		20	1	11	84	1	117
	職域団体扱	1	0	3	6	1	11	入院等給付金不支払決定		29	6	8	192	0	235
	保険料払込状況	4	0	0	6	0	10	その他		0	0	2	17	0	19
	保険料振替貸付	2	0	1	23	0	26	計	72	8	33	447	6	566	
	失効・復活	12	8	4	24	1	49	その他	職員の態度・マナー	14	0	3	0	0	17
その他	4	0	1	23	0	28	税金関係		5	0	4	6	0	15	
計	37	8	12	90	2	149	個人情報取扱関係		23	1	6	22	0	52	
							アフターフォロー関係		11	3	0	3	0	17	
							その他		1	1	2	15	0	19	
							計		54	5	15	46	0	120	

「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	610	173	101	917	27	1,828
-----	-----	-----	-----	-----	----	-------

<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「新契約関係」の『説明不十分』が 256 件、占率 14.0%で、最も多くなった。前期に比べ件数で 60 件、占率で 4.8 ポイントと大きく増加した。

<説明不十分>

- ・契約内容が営業担当者の説明と違っていた(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等)ので、契約をなかったことにしてほしい。
- ・銀行で変額年金保険に加入したが、元本割れするリスクについて説明がなかった。
- ・入院保障を充実したいと思い手続きしたが、何の説明もなく契約転換されていた。
- ・契約転換したが、旧契約の積立部分等が新契約の保険料に充当されることの説明がなかった。

第 2 位は「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』で 235 件(同 12.9%)、前期に比べ件数で 143 件、4 割近く減少し、占率も 4.8 ポイント低下し、順位を 1 つ下げた。

<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。
- ・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。
- ・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』(117 件、同 6.4%)で、前期に比べ約 2 割減少し、占率も 0.5 ポイント低下した。

<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。
- ・給付金を請求したところ、確認するので承諾書が欲しいと言う。何故必要なのか。
- ・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、支払われるかどうか分からないと言われ、要領を得ない。

第 4 位は「保全関係」の『解約手続』(113 件、同 6.2%)で、前期に比べ件数は 5%減少したが、占率は 0.6 ポイント上昇し、順位が 1 つ上昇した。

<解約手続>

- ・解約をコールセンターに申し出たところ、担当から連絡すると言ったが、連絡が来ない。
- ・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。
- ・解約のために委任状を持って店舗に行ったが、解約を受け付けてくれない。

第5位は「保全関係」の『配当内容』（93件、同5.1%）で、前期に比べ件数で25%減少し、占率も0.7ポイント低下、順位を1つ下げた。

<配当内容>

- ・保険が満期になるが、満期時の受取額が加入時の設計書の記載金額に比べ少なすぎる。
- ・設計書記載の金額と現在の予想受取額が大幅に違う。保険会社に聞いても十分な説明をしてくれない。
- ・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）が出ない。

第6位は「保全関係」の『契約内容変更』で80件(同4.4%)、前期に比べ件数は約1割減少したが、占率はやや上昇した。

<契約内容変更>

- ・定期保険特約の解約が出来ず、減額も取扱基準で一定金額までしか出来ないと言う。
- ・払済保険(または延長保険)にして欲しいと申し出たが、明確な説明がないまま、出来ないと言う。
- ・以前破綻した保険会社に加入しているが、保険金(解約返戻金)が保険証券記載の金額に比べ大幅に減額されている。

第7位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金等』（74件、同4.0%）で、前期に比べ件数はわずかに減少しているが、占率は0.4ポイント上昇し、順位を2つ上昇させた。

<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。
- ・貯蓄のつもりで加入した保険なのに、満期時の受取金額が払い込んだ保険料に比べ少ない。

第8位は「新契約関係」の『不適切な募集行為』と、「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金支払手続』で、69件(同3.8%)となった。『不適切な募集行為』は、前期に比べ件数は少し減少しているが、占率は0.3ポイント上昇し、順位を2つ上昇させた。『死亡等保険金支払手続』は前期より件数が少し増加、占率も0.8ポイント上昇し、順位を4つ上昇させた。

<不適切な募集行為>

- ・家族(母、妻など)が、営業担当者と一緒に、私を契約者とする保険契約に私に無断で加入していた。契約を取り消して欲しい。
- ・母が私(または私の子供)を被保険者とする保険に加入していたが、私は被保険者になることに同意しておらず、署名、押印もしていない。

<死亡等保険金支払手続>

- ・保険金を請求したところ確認が必要と言われ、その後相当の日数が経過しているが、何も連絡がない。
- ・死亡保険金を請求をしたところ、古い戸籍の提出を求められた。そこまで必要なのか。

第10位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』と、「その他」の『個人情報取扱関係』で、52件、同2.8%となった。『死亡等保険金不支払決定』については、件数が28件減少し、占率も0.9ポイント低下し、順位を2つ下げた。『個人情報取扱関係』については、件数が15件減少し、占率も0.3ポイント低下したが、順位は1つ上昇した。

<死亡等保険金不支払決定>

- ・国の身体障害1級と認定されたのに、約款の高度障害状態に該当しないと言われ、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言って、保険金を支払わない。

<個人情報取扱関係>

- ・営業担当者が、契約内容(あるいは保険金を受け取ったこと)を家族等に話し、迷惑している。
- ・転居先を保険会社に連絡していないのに文書が届いたが、勝手に住所を調べるのは違法ではないか。

第11位以下では、前期に3割近く増加した「保全関係」の『解約返戻金』が50件(同2.7%)で、前期に比べ件数が4割近く減少し、第7位から第12位に低下した。

以下、「収納関係」の『失効・復活』が49件(同2.7%)、「新契約関係」の『不適正な話法』が44件(同2.4%)の順となっているが、『不適正な話法』は件数が前期に比べ3割以上増加し、第19位から第14位に上昇した。

発生原因別に苦情件数を見ると、「制度・事務」によるものが917件(占率50.2%)と、従来同様最も多いが、「保険金・給付金関係」の苦情件数の減少に伴い、前期(54.7%)より占率が低下した。

「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、783件(同42.8%)で前期より件数は減少しているが、占率は4.8ポイント上昇した。

このうち、「代理店」に起因する苦情件数は173件で、前期より63件増加し、銀行等窓販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3四半期に裁定申立てがあったのは25件で、裁定審査会において受理審議の結果、受理された申立件数は20件で、生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となったものは5件であった。これにより、第1四半期からの累計受理件数は53件(前年度同期28件)となり、前年度同期より25件増加した。

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	計
給付金請求(入院・手術・障害等)	4	4	6	14
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	3	4	2	9
契約無効確認・既払込保険料返還請求	3	11	6	20
配当金(買増保険金・年金等)請求	1	1	1	3
解約取消請求	1	0	0	1
契約者貸付無効確認請求	0	0	1	1
その他	0	1	4	5
受理件数	12	21	20	53
不受理件数	1	2	5 ^(注)	8
裁定申立件数	13	23	25	61

(注) 第3四半期において不受理となった5事案は、事実確認につき、医師等第三者の証言及び詳細な各種記録の入手等が必要で、事実認定が著しく困難であり、公正な判断を行うためには訴訟等で解決を図ることが適切と判断したもの、申立人の請求内容が、禁反言の原則に反し、信義誠実の原則に抵触する虞があるため、訴訟において解決することが適切と判断したもの、申立人の請求内容が法律上認められないものであり、相続人間で解決されるべき問題と判断したもの、申立人の請求内容は、約款条項「会社の定めるところ」に該当し、会社の経営方針に係る事項であると判断したもの、契約時等から相当期間が経過していることや、契約手続をした当事者が既に亡くなっており、事実認定が著しく困難で公正な判断を行うには訴訟等で解決を図ることが適切であると判断したもの、であった。

(2) 裁定結果の概要について

平成20年度第3四半期に裁定審理が終了した事案は8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4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 18-15] 手術給付金支払請求

- ・平成19年1月16日 裁定申立受理
- ・平成20年11月1日 和解成立

<事案の概要>

悪性新生物根治手術として、入院給付金日額の40倍の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 18 年に肝細胞癌治療手術(肝内側区部切除術)を受け、手術給付金を請求したところ、手術の種類としては約款別表の「80.悪性新生物根治手術」(入院給付金日額の 40 倍)に該当すると思われるのに、保険会社は「82.その他の悪性新生物手術」(同 20 倍)として支払われた。しかし、手術前に主治医より「再発ではなく、新たにできたガンである」と聞いており、納得出来ない旨申し出たが、「再発であり、今回の手術は根治手術ではない」、「病院に確認する必要はない。根治手術は 1 回だけで 2 度はない」として取り合ってくれない。

他生保会社は、同じ手術について申し出たところ、病院関係先への再確認となり、当初決定を覆し、悪性新生物根治手術と認め、申し出どおりの倍率を高くして手術給付金を支払ってくれた。納得出来ないので、「悪性新生物根治手術」を適用し、手術給付金の差額分を支払ってほしい。

(申立人は平成 10 年に肝臓ガンの手術を受け、同社および上記他社より「悪性新生物根治手術」として、手術給付金を受け取っている)

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、本件請求における手術は、「悪性新生物根治手術」の定義には該当しないため、申立人の請求に応ずることは出来ない。

悪性新生物根治手術(以下「根治術」)は、再発しないように病巣を根治する手術であり、悪性新生物(癌および肉腫等)の原発巣(最初に悪性新生物が発生した場所)を切除、摘出し、あるいは郭清術(転移を防止するため、切除した原発巣の所属リンパを切除する手術)を合わせて行った場合に適用する。

但し、複数回の手術が行われても根治が不可能なケースがある。例えば、ウィルス性肝細胞癌は感染が全ての肝細胞に及ぶこともあり、再発の可能性をなくすことが出来ないと考えられる。

上記から、本来であれば本件については、1 回目、2 回目の手術ともに「悪性新生物根治術」に該当せず、各々入院給付金日額の 20 倍を支払うことになる。

本件のような事案では、何度同様の手術を繰り返しても根治術に該当しないことになり、結果的に「悪性新生物根治術」が一度も適用されないことになるため、根治術が一度も適用されないと考えられるケースについては、初回の手術を「悪性新生物根治術」相当とみなし、2 回目の手術については「その他の悪性新生物手術」として手術給付金を支払うこととしている。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の今回の手術が根治術に該当するのかどうかについて、申立人の主治医に対する照会や、保険会社との意見交換等を行い審理を進めた結果、裁定審査会としての見解を保険会社に伝え、和解の斡旋を行った。

その結果、保険会社より和解案の提示があり、これを申立人に提示したところ同案を承諾するとの意向が示されたことから、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 19-27] 契約無効確認請求

- ・平成 19 年 11 月 14 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 12 月 16 日 和解成立

< 事案の概要 >

従来から加入していた契約の転換を希望していたのに、解約および新契約となっていたので、契約を取消し既払込保険料を返還して欲しいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 7 年に、同 4 年から加入していた保険契約(旧契約 1 件)の契約転換による加入を希望し、契約転換して加入していたものと思っていた保険(新契約 3 件)が、19 年 5 月になって、契約転換ではなく、新規契約扱い(契約日はいずれも平成 7 年 7 月)となっており、しかも旧契約が平成 7 年 8 月～8 年 12 月まで保険料の長期立替手続きにより 1 年以上継続した後の、同 8 年 12 月に解約されていたことが判明した。

保険会社は、解決案として旧契約について立替えがなかったものとして、旧契約の解約時期を新契約時(同 7 年 7 月)の時点に遡り、支払済みの解約返戻金との差額を支払うことでの解決を申し出ているが、本件は、会社側の成績重視の不適正募集によるものであり受け入れることは出来ない。また、当時の営業担当者(退職済)からも「転換せず新たな保険の申込みをさせた。説明も不十分だった」との自認書をもっている。

新契約となった 3 件の保険契約を取り消し、既払込保険料約 358 万円からすでに受領している解約返戻金約 66 万円(新契約 3 件は 19 年 7 月に解約済)を差し引いた金額を返還して欲しい。

< 保険会社の主張 >

新規契約 3 件については、以下のとおり有効と判断されることから、申立人の要求に応ずることは出来ない。一方で、旧契約について保険料を長期立替としている事実があり、営業担当者は何故そのような手続きをしたのか記憶がはっきりしないとのことだが、当時説明を十分に行わないまま手続きした可能性が高いことから、立替えはなかったものとして、新契約の加入時点における旧契約の解約返戻金と支払済みの解約返戻金の差額を支払うことでの解決を希望する。

- (1) 当時の営業担当者に事情確認したが、新契約 3 件の募集に際して、旧契約からの転換の要望があったか否かについては、10 年以上も前のことでもあり、判然としない。もっとも、新契約の募集に際しては、「ご契約のしおり - 定款・約款」を手交し、契約内容等について申立人に説明し、了解いただいたうえで正当な手続きにより契約を締結しているものと思われ、当社側が申立人の意向に沿わない形で勝手に契約したという事実はないものと判断される。
- (2) 自認書について営業担当者に確認したところ、「不正募集はしておらず署名押印する必要はなかったが、申立人が遠方からわざわざ家まで出向いてきたため、申立人が予め用意してきた書面に、不本意であったが、深く考えずに署名押印した」とのことであり、真意にもとづくものか判断することが出来かねる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、平成 7 年～8 年当時における新契約の締結状況ならびに旧契約の保険料立替え、解約の状況について、申立人および保険会社双方から事情聴取を行い、錯

誤無効の成否等について審理を行った。

その結果、新契約自体について要素の錯誤を認めることは困難であり、申立人の主張は認められないものの、募集者が新契約（および旧契約の保険料長期立替手続き）について十分な説明をしなかったことは事実と考えられること等から、裁定審査会の見解を会社に伝え和解の斡旋を行ったところ、会社から和解案の提示があった。

裁定審査会では、同案を妥当なものと判断し、生命保険相談所規程38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ので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 20-2] 特約無効確認請求

- ・平成20年4月22日 裁定申立受理
- ・平成20年10月20日 和解成立

< 事案の概要 >

主契約(終身保険)の保険料払込期間満了時に、それ以降における入院特約の保険料払込みの必要性について錯誤があったとして、入院特約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(当時29歳)、定期付終身保険に災害入院特約、疾病入院特約および成人病入院特約等を付加し加入したが、最近になり、主契約(終身保険)の保険料払込期間は30年(平成30年の59歳まで)であるが、終身保険の保険料払込期間満了時に保障期間80歳までの入院特約の保険料を一括して払い込む必要があることが分かった。

加入時には、設計書にもとづいて営業担当者より説明を受け契約したが、設計書には「保険料払込期間30年」と記載されているのみで、また営業担当者からも「保険料払込期間は30年で終わり、入院特約の保障は80歳までである」旨の説明があった。終身保険の保険料払込満了時に、それ以降の入院特約の保険料を一括して払い込む必要があることの説明は受けておらず、入院特約についても主契約と同じく、保険料払込期間は30年間であると信じてきた。

保険会社は、保険証券や約款等に記載されていると言うが、設計書の記載内容や営業担当者の説明内容から、特約の保険料払込期間も主契約と同じ30年間と信じて加入したもので、主契約の保険料払込満了時に入院特約の一括での保険料払込みが必要なが分かっていたら、入院特約は契約締結しなかった。よって、入院特約は錯誤により無効であるから、同特約部分の既払込保険料およびこれに対する法定利息を返還して欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、入院特約は有効であり、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1) 営業担当者に確認したところ、「主契約の保険料払込期間満了後に特約保険料が必要である商品内容を説明したかどうかは覚えていないが、商品内容と異なる説明をしているとは思えない」とのことであり、「入院特約の保険料も30年払込満了である」と説明されたという申立人の主張は、事実と異なる。
- (2) 設計書には特約の保険料払込期間に関する記載がないが、パンフレット等で保障内容を確認することを求める注意喚起文言があり、パンフレット、ご契約のしお

り・約款、保険証券には、主契約の保険料払込期間満了後の特約保険料が必要であることが明示されており、これらのパンフレット、ご契約のしおり・約款等を合わせてみれば、主契約の払込期間満了後の特約保険料が必要であることは明らかであり、申立人が錯誤に陥っていたとは考えられない。

- (3) 仮に錯誤があったとしても、申立人は少し注意してパンフレット等を読めば、自らの錯誤を容易に発見出来たと思われるなど、錯誤に陥っているとすれば、申立人には重大な過失があると言える。

< 裁定の概要 >

裁定審査会で、申立人および保険会社より提出された書面等により審理を進めていたところ、保険会社より、和解にて早期に解決を図りたいとの意向が示され和解案の提示があった。同案の内容について審理した結果、同案にて本件を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38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、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 20-4] 死亡保険金支払請求

- ・平成20年5月8日 裁定申立受理
- ・平成20年10月28日 裁定終了

< 事案の概要 >

告知義務違反による契約解除のため、死亡保険金が支払われないことを不満として、申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

母(被保険者)が生命保険に加入してから1年半後に自宅で急死した。保険会社は死亡原因を死体検案書にもとづき心臓麻痺と推定、加入前から治療を受けていて告知のなかった左(心)室肥大、虚血性心疾患、多血症と因果関係があると認定し、告知義務違反による契約解除のため、死亡保険金(2,007万円)は支払われないと通知してきた。

しかし、以下の理由にて告知義務違反による契約解除は納得出来ないので、死亡保険金を支払って欲しい。

保険会社は、母の死亡原因を心臓麻痺と特定しているが、医学的解剖はなされておらず、死体検案書には直接死因として「心臓麻痺(推定)」と記載されており、心臓麻痺と断定することは納得出来ない。

母は、担当医師から高血圧について指摘され認識していたが、心臓疾患については確定診断はなされておらず、認識していなかった。

母は加入時に診査医に対し、高血圧症および降圧剤の服薬について告知していたので、保険会社が更なる調査を行っていれば、母の病状を確認出来たはずである。

< 保険会社の主張 >

以下の理由により、被保険者に告知義務違反があったことは明らかであり、不告知の事実と因果関係のある死亡原因により死亡したことから、申立人の死亡保険金支払請求に応ずることは出来ない。

- (1) 当社の事実確認の結果、被保険者は平成15年から死亡するまでの間、病院に通

院し高血圧症のほか、左(心)室肥大、虚血性心疾患、多血症の診断がなされており、降圧剤の他に、虚血性心疾患や多血症に適応する薬を服薬していた。

しかし、本件告知書の診査医記入欄には、「高血圧症」等と記載されているが、上記の左(心)室肥大、虚血性心疾患、多血症等については記載されておらず、被保険者は、自らの上記受診歴について告知されなかったことが認められ、故意もしくは少なくとも重大な過失があったと判断せざるを得ない。

- (2)生命保険において、診査医の診査は積極的な治療を目的とするものではなく、保険診査医として、告知がなくても告知すべき重要な事実を通常発見できる程度の検査をすれば足りるものである。

よって、本件告知において被保険者から高血圧、降圧剤の服薬について告知があったにもかかわらず、心疾患を疑わず、特別な調査を行わなかったからといって、当社に過失があったことにはならない。

- (3)本件約款は、死亡保険金受取人が、保険金の支払事由の発生が契約解除の原因となった事実にもとづかないことを証明したときは保険金を支払う旨定めているが、ここにおける保険事故と不告知の事実との因果関係の有無の判断基準については、保険事故と不告知の事実との間に因果関係が全くないことを必要とし、その間の因果関係を認める余地があるのであれば、因果関係がないとは言えないとする理解が判例では定着しており、実務もこれに従って運用することが妥当であるとされている。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書類等により審理した結果、以下により申立人の主張は認められず、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条により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) 一般に、医師は特段の事情がなければ患者に対し診断内容を告げ、薬の効用を説明するに当たっては、どのような症状に適応するかという説明をするものと言える。本件も、担当医師が被保険者に対し心疾患について説明しなかったとか、薬の効用を説明する前提として心疾患について説明しなかったとの特段の事情は認められない。仮に、患者の医学的知識が不十分な点を考慮しても、また確定診断を受けていなかったとしても、被保険者には不告知の事実について重大な過失はあったと考えられる。
- (2) 被保険者の告知内容は、高血圧症及び降圧剤の服薬の事実のみで、それ以外の症状を疑わせる告知はなく、本件診査医が心疾患を疑わずに、特別な調査を行わなかったからといって、診査上の過失があったとは言えない。また、診査医は血圧測定を行っており、最大138、最小94の測定結果であったことから、高血圧症に関し重大な疾患を疑う数値ではないと判断し、更なる調査はしなかったものと窺え、その判断自体が誤りで診査上の過失があったということも出来ない。
- (3) 保険約款上、保険金の支払事由が保険契約の解除原因となった事実によらないことが証明された場合、保険会社は保険金を支払わなければならないが、本件では、死体検案書において被保険者の直接死因が「心臓麻痺(推定)」とされている。心臓麻痺の原因としては、虚血性心疾患と非虚血性心疾患、そして特に原因となる心疾患がないものと分類され被保険者が、既往症である心疾患により心臓麻痺

で死亡したことが全くないとは言えず、因果関係を認める余地があると言える。

[事案 20-6] 手術給付金支払請求

- ・平成 20 年 5 月 16 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 12 月 19 日 裁定終了

< 事案の概要 >

カテーテル手術について、「同一臓器には 60 日の間に 1 回の給付を限度とする」約款規程を適用されることは納得出来ないとし、2 回目の手術に対する手術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 >

平成元年に医療特約を付加し終身保険に加入し、同 19 年 5 月、1 回目に右冠状動脈(心筋梗塞治療のため)、2 回目に左冠状動脈(狭心症治療のため)の各カテーテルによる手術を、9 日間の間隔をあけ 2 回に分け受けた。

そこで、医療特約にもとづき手術給付金の支払いを請求したところ、保険会社は、同特約の約款別表「手術給付倍率表」の規程「60 日の間に 1 回の給付を限度とする」を根拠に、2 回の手術の間隔が 60 日以内であることから、1 回目の手術(以下、「手術 1」)についての手術給付金 1 回分しか支払われなかったが、以下の理由により納得出来ないので、2 回目の手術(以下、「手術 2」)についても手術給付金を支払って欲しい。

心臓を 1 つの臓器として、同じ臓器には 60 日の間に 1 回の給付を限度とするとの規程を適用することは不当である。本件は、右冠状動脈と左冠状動脈という別個の部位に施された手術であるから、同一臓器ではない。

約款上、心臓をひとつの臓器とする規程はなく、給付金の支払いが出来ない場合の例示もない。

約款を現状の医療技術に即応させて改訂していないのは不当である。

同じ約款・別表を使用している他生保会社では、当該給付制限について柔軟に運用し、2 回目の手術についても支払対象としている。

< 保険会社の主張 >

本件の手術 1 と手術 2 は、以下のとおり、手術の対象となる部位・臓器が異なる場合に当たらないものであり、約款・別表規程「施術の開始日から 60 日の間に 1 回の給付を限度とする」により、手術 2 は手術給付金の支払事由には該当しないため、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1) 診断書によれば、手術部位は手術 1 が右冠状動脈、手術 2 が左冠状動脈とされているが、冠状動脈とは同じ 1 個の臓器である心臓に酸素や栄養分を送る血管で、大動脈の付け根のところから左右 2 本に分かれるものである。したがって、右冠状動脈と左冠状動脈は、同じ 1 個の臓器を流れる血管であって、手術 1 と手術 2 は同じ部位・臓器に対する手術である。
- (2) 治療の目的となる病変は、診断書では右冠状動脈が急性下壁心筋梗塞、左冠状動脈が虚血性心疾患(医師の説明書では、左冠状動脈は狭心症と補則)となっているが、心筋虚血が可逆的な場合は狭心症であり、完全に血管が途絶え、心筋細胞が壊死してしまうと心筋梗塞と呼ばれる状態になるものであり、同じ虚血性心疾患である。

したがって、治療の目的となる傷病も同種のものである。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、関係当事者から提示のあった診断書、約款規程等の書類にもとづいて審理を行った結果、下記により、本件における保険会社の判断は相当であると判断し、申立人の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) 約款で引用される別表の87.を文言どおり解釈すれば、60日間に1回の制限は異なる部位・臓器であれば適用されないとの記載はなく、いかなる部位、臓器であるかに関わらず、ファイバースコープ等の方法による手術は、60日間に1回のみ手術給付金を支払うこととなる。

< 参考 > 約款別表「手術給付金倍率表」(抜粋)

87.ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・咽頭・胸・腹部臓器手術(検査・処置は含まない。施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする)

しかし、多くの保険会社はかかる方法による手術が一般化した現状に対応して、この給付金の支払いの制限を部位、臓器ごとに適用することとしている。

このように、契約者等に対して有利な約款の適用の拡大は、それが保険の趣旨および契約者間の平等に反さない限り許されるものである。しかし、これは約款規程にもとづくものではないから、契約上の被保険者の権利ではなく、どのような運用をするかは専ら保険会社の判断に委ねられており、保険会社間において判断基準が異なっても不当と言うことは出来ない。

- (2) 本件の保険会社は、部位、臓器ごとに60日間の制限を適用する運用となっているが、いかなるものが一つの部位、臓器であるかは、医学上の判断を参考にするものの、法律的解釈の問題であるから、社会通念で決するべきものである。

人間の臓器は、有機的に結合してそれぞれの働きを助け合いつつ機能を果たすものであるから、詳細な機能により分類すれば多くの分類が可能であるが、社会通念上の臓器は、心臓、左右の肺等大まかに分類し、これらの臓器の働きを直接助ける器官はこれらの臓器に含まれると、考えるのが通常である。

したがって、本件部位について、本件保険会社が通常は、心臓、左右の肺等の大まかな臓器ではなく、詳細な機能ごとに臓器を分類して適用しているのであれば、本件のみ左右冠状動脈を一つとして判断することは許されないが、本件保険会社は、社会通念上の大まかな分類を適用していると認められるから、心臓の働きを助ける器官として心臓と一体のものとして、一つの器官と判断することは相当である。

- (3) なお、申立人は約款規程の不備、および約款が時代に相応していないと主張するが、この点については、当該規程あるいは規程が存在しないことが法律に違反し、あるいは著しく不合理でない限り、その適否を判断することは当審査会の権限の範囲を超えるものであり、判断をしない。

[事案 20-15] 契約転換無効確認請求

- ・平成 20 年 8 月 5 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 12 月 10 日 和解成立

< 事案の概要 >

契約転換時に、説明もなく不利な契約内容に契約転換させられたとして、転換をなかつたことにして転換前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 >

昭和 60 年に加入した養老保険（88 歳満期）を、70 歳を超えた平成 17 年 11 月に、営業担当者のたびたびの勧誘により、積立型終身保険に契約転換した。

その後、同 19 年 5 月に入院し入院給付金を請求したところ、転換時の告知義務違反を疑われ保険会社との間でトラブルとなった。その際、保険会社とのやりとりの中で、転換前後の契約内容を比較したところ、転換後の契約内容や条件は変わらないとの説明だったにもかかわらず、下記 ~ のとおり、契約者にとって何ら利益のない契約内容に変わっていることに気がついた。

転換時に保険契約に関する書類およびその重要性に関する説明は一切なく、転換前後の契約内容についての十分な説明があれば、転換などしなかった。以下の理由により、契約転換を取り消して、元の契約に戻して欲しい。

88 歳満期の養老保険が 78 歳満了の定期保険になり、10 年も短くなった。

契約転換時に保険料は今までどおりとの説明だったが、実際は、転換後契約の保険料は、転換前契約の積立金取崩分を含めると転換前契約の 2.5 倍にもなっている。

転換前契約は、88 歳満期時に満期保険金 350 万円が受け取れる保険だったにもかかわらず、転換後契約では 78 歳以降受取額が 0 円になってしまう。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、当社営業職員は申立人に対し、転換前後の契約内容について十分な説明をしていることは明らかで、申立人の主張は失当であり、説明不十分を理由とした転換前契約への復旧に応ずることは出来ない。

- (1) 申立人の主張する転換契約の申込時の説明・取扱状況について営業職員に確認したところ、転換後契約の設計書および重要事項説明書にもとづいて、積立金を取り崩し保険料として活用することで払込保険料は転換前と変わらないようにしており、積立金は設計書記載のとおり減少する、死亡保障・介護保障および医療保障が更新となり、更新後は保険料が高くなる、ことなどについて説明を行っている。
- (2) 申立人は、当社営業職員から、設計書、ご契約のしおり、申込内容控、重要事項説明書等を受領し、転換前後の契約内容等について説明を受けたとして申込書に印鑑を押印している。

< 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等にもとづき審理を進めていたところ、保険会社より和解にて解決を図りたいとの意向が示され、和解案の提示があった。

そこで、申立人に対し同案を提示したところ、申立人より了承が得られたため、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 20-25] 高度障害保険金支払請求

- ・平成 20 年 8 月 26 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 12 月 19 日 裁定終了

< 事案の概要 >

脳内出血により、眼、言語および手足に障害が残り、介助が必要な状態であることから、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 18 年に脳内出血のため開頭血腫除去術を受け、その後リハビリを行ってきたが、現在も以下 ~ のような障害が残存し、寝たきりに近く何も出来ない状態である。

両眼視力が下 4 分の 1 半盲 中枢性失語症 中枢神経系の障害 右上肢完全麻痺 右下肢不全麻痺

そこで、高度障害保険金の請求をしたが、保険会社は約款規程の「高度障害状態」に該当しないとして、高度障害保険金の支払いを拒絶されたが、納得出来ない。高度障害保険金(1,500 万円)を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

高度障害保険金の支払対象となる障害状態とは、普通保険約款に規定する高度障害状態に該当し、その状態の回復の見込みがない場合をいい、支払対象となる身体障害の状態について約款に定めている。

このうち本件に適用されるものは、高度障害状態「両眼の視力を全く永久に失ったもの」、同「言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの」、同「中枢神経系、精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」、同「両上肢とも、手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」もしくは同「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」がある。

本件について、診断書の記載内容から、以下の事柄が確認されたため、現在の症状は、約款に定める「高度障害状態」に当たらないと判断されることから、申立人の請求に必ずすることは出来ない。

の視力については、両眼とも視野狭窄はあるものの、裸眼視力は右 1.2、左 1.5 との証明があるため該当しない。

の言語機能については、音声言語による意思の疎通はかろうじて可能な状態にあり、該当しない。

の中枢神経系の障害については、日常生活動作について、装具・杖を使用して歩行が可能であり、食事・排便・排尿・排泄後の後始末・衣服着脱についても全く出来ない状態ではないため、該当しない。

- ・ の右上肢・下肢については、障害が認められるが、左上肢・下肢は自身で動かすことが可能であり、該当しない。

< 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や保険会社提出の書類にもとづき審理した結果、申立人の現在の障害は各種障害が重なり重篤であると考えられるが、保険会社の主張のとおり、いずれの障害もまだ保険約款上の高度障害保険金の支払要件を満たしてはいないと判断し、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条により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> 高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態

- (1) 両眼の視力を全く永久に失ったもの
- (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・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- (4) 両上肢とも、手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
- (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
- (6) 1 上肢を手関節以上で失い、かつ、1 下肢を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
- (7) 1 上肢の用を全く永久に失い、かつ、1 下肢を足関節以上で失ったもの

[事案 20-33] 災害死亡保険金支払請求

- ・平成 20 年 9 月 16 日 裁定申立受理
- ・平成 20 年 12 月 16 日 裁定終了

< 事案の概要 >

息子(当時 20 代)が電車で轢かれ死亡したにもかかわらず、「重大な過失」に該当する等の理由で災害死亡保険金が支払われないことを不満として、申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

息子が昨年 10 月の早朝、電車で轢かれ死亡した。保険会社に保険金を請求したところ普通死亡保険金は支払われたが、線路内に立ち上がったことが重過失に当たる等の理由で災害死亡保険金が不支払いになった。

発生当日の状況、事故発生場所の状況から、偶然に発生した事故と考えており、息子は故意に線路内に入ったのではなく、暗闇の中、田舎道で道を間違えて誤って線路内に迷い込んだものである。線路内に入った事実だけで、「重過失」との保険会社の判断は余りにも飛躍しすぎている。

また、保険会社が判断基準としている事実確認の結果は、事実とは程遠い内容となっており納得出来るものではないので、災害死亡保険金(50 万円)を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、本件は約款にもとづき、災害死亡保険金の支払対象とはならないので、申立人の請求には応ずることは出来ない。

- (1) 事故現場は、JR の軌道敷地内であるが、南側に侵入防止用フェンスがあり、北側は用水路と農地となっており、道路から何の違和感もなく到達できる場所ではないと思われる。被保険者が実際にどのような経路で事故現場に到達したかは不明であるが、軌道敷地内であることは十分に認識出来たはずであり、事故現場にいたという事実をもって、約款に定める「重大な過失」に該当すると言える。

< 参考 >

「重大な過失」とは、通常の過失に対して、行為者の注意義務に違反した程度が著しい場合を言う。

- (2) 災害死亡保険金の支払事由は、「被保険者が不慮の事故を直接の原因として死亡

したこと」であり、「不慮の事故」とは「思いがけない災難、災厄または予期あるいは意図されなかった事故」と考えられ、その構成要件は、約款別表にて「急激性」「偶発性」「外来性」と規程されている。軌道敷地内に立ち入り、列車に轢かれた被保険者の行為は、不慮の事故の要素である『偶発的(偶然性)なものであること』には、該当しない。

< 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等により審理した結果、以下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条により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) 被保険者は、飲酒してJRの軌道敷地内に入り込み、早朝踏み切りから134メートル先の軌道敷地内で、電車に轢過され死亡したが、状況から見て自殺や事件の可能性はなく、線路上に寝ていたところを轢過された可能性が高い。また、事故現場に至った経路は不明であるが、周囲の状況から考え、踏み切りから軌道敷地内に侵入し歩いて事故現場に至った可能性が高いように思われる。

(2) 鉄道の軌道敷地内に侵入する行為は、生命・身体に対する危険性が極めて高い行為であることは、大人であれば誰でも分かることであり、一般人としてはそのような行為をしないように注意しなければならないことは当然である。

本件事故現場は、周囲の状況から考え、踏み切りから軌道敷地内に侵入し歩いて事故現場に至る以外には、侵入が困難な場所であり、その困難を乗り越えて(踏み切り以外の場所から)事故現場に侵入したとすれば、それは「故意」という他はない。

また、うっかりと踏み切りから軌道敷地内に侵入したとしても、134メートルも歩行しながら、自分が軌道敷地内に居ることに気づかなかつたとすれば、「重大な過失」があると言わざるを得ない。

(3) 事故当時、被保険者が泥酔状態により、いわゆる事理弁識能力(自分の行為の是非善悪を理解できる能力)を喪失していたとしても、約款に定める災害死亡保険金を支払わない「被保険者の泥酔の状態を原因とする事故」に当たることは、明らかである。

【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