

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 22 年度 第 2 四半期受付分

(平成 22 年 7 月 ~ 9 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1. 平成 22 年度第 2 四半期の苦情受付状況

平成 22 年度第 2 四半期の苦情件数は 1,655 件で、前期(1,675 件)より 20 件、1.2% 減とわずかに減少し、前年同期比では 9.7% 減少した。苦情件数は、20 年度第 3 四半期に 2 千件を下回り、それ以降落ち着いた水準で推移してきており、半期ベースで見た 22 年度上期(22 年 4 月 ~ 9 月)の苦情件数(3,330 件)は、平成 18 年度以降の半期別件数としては最も少ない件数となった。

大項目別に見ると、従来同様「保険金・給付金関係」が 523 件(占率 31.6%)と最も多いが、前期に比べ 3.9%、前年同期より 13.8% 減少している。2 番目は「新契約関係」で 459 件(同 27.7%)、3 番目の「保全関係」は 443 件(同 26.8%)で、前期よりそれぞれ 4.8%、7.5% 増加している。以下、「収納関係」158 件(同 9.5%)、「その他」72 件(同 4.4%)の順となっているが、ともに前期より大幅に減少し、特に「その他」は前期に比べ 3 割以上減少した。

内容別に見ると、引き続き『入院等給付金不支払決定』が 238 件(同 14.4%)で最も多いが、前期に比べ 6.3%、前年同期と比べても 11.2% 減少している。2 番目以降は、『説明不十分』(200 件、同 12.1%)、『解約手続』(129 件、同 7.8%)、『入院等給付金支払手続』(113 件、同 6.8%)、『不適切な募集行為』(104 件、同 6.3%)、『契約内容変更』(85 件、同 5.1%)の順となっているが、このうち『解約手続』と『不適切な募集行為』は、前年同期比、前期比とも増加率が大きい。

次いで、『配当内容』と『死亡等保険金支払手続』がともに 59 件(同 3.6%)となっているが、いずれも前期に比べ 1 割以上減少している。特に『配当内容』は 2 割近く減少し、18 年度以降で最も少ない件数となり、その占率は最も高かった 18 年度第 2 四半期(同 9.7%)の 3 分の 1 近くまで下がった。また、3 期連続して大幅に増加していた『保険料振替貸付』(43 件、同 2.6%)は前期に比べ 3 割以上減少した。

なお、『説明不十分』を中心とする金融機関代理店による募集に関する苦情件数は、前期まで 4 期連続してほぼ同件数で推移してきたが、今期は前期より 4 割以上増加し、平成 21 年度以降では最も多い件数となっている。

苦情項目別件数表 <平成22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	79	123.4	104	123.8					183	123.6
	不適切な告知取得	21	116.7	14	77.8					35	97.2
	不適切な話法	27	64.3	42	100.0					69	82.1
	加入意思確認不十分	29	67.4	36	78.3					65	73.0
	説明不十分	197	86.8	200	96.6					397	91.5
	契約内容相違	0	0.0	0	0.0					0	0.0
	事務取扱不注意	21	110.5	6	37.5					27	77.1
	契約確認	1	-	1	33.3					2	-
	契約引受関係	48	84.2	49	98.0					97	90.7
	告知内容相違	0	0.0	0	0.0					0	0.0
	証券未着	3	150.0	1	50.0					4	100.0
	その他	12	50.0	6	54.5					18	51.4
		計	438	86.7	459	94.3					897
収納関係	集金	14	200.0	12	133.3					26	162.5
	口座振替・送金	13	48.1	30	136.4					43	87.8
	職域団体扱	5	50.0	7	175.0					12	85.7
	保険料払込関係	26	260.0	24	480.0					50	333.3
	保険料振替貸付	63	225.0	43	204.8					106	216.3
	失効・復活	47	151.6	37	72.5					84	102.4
	その他	6	20.7	5	16.7					11	18.6
	計	174	122.5	158	111.3					332	116.9
保全関係	配当内容	72	79.1	59	76.6					131	78.0
	契約者貸付	21	80.8	20	66.7					41	73.2
	更新	26	89.7	30	71.4					56	78.9
	契約内容変更	71	78.9	85	96.6					156	87.6
	名義変更・住所変更	35	102.9	34	113.3					69	107.8
	特約中途付加	4	36.4	14	280.0					18	112.5
	解約手続	116	100.9	129	119.4					245	109.9
	解約返戻金	39	52.7	49	71.0					88	61.5
	生保カード・ATM関係	5	71.4	1	20.0					6	50.0
その他	23	109.5	22	146.7					45	125.0	
	計	412	82.7	443	94.5					855	88.4
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	55	79.7	54	90.0					109	84.5
	死亡等保険金支払手続	70	112.9	59	76.6					129	92.8
	死亡等保険金不支払決定	46	92.0	45	59.2					91	72.2
	入院等給付金支払手続	104	89.7	113	97.4					217	93.5
	入院等給付金不支払決定	254	94.1	238	88.8					492	91.4
	その他	15	115.4	14	140.0					29	126.1
	計	544	93.8	523	86.2					1,067	89.9
その他	職員の態度・マナー	19	111.8	16	64.0					35	83.3
	保険料控除	4	200.0	0	-					4	200.0
	個人情報取扱関係	50	106.4	36	53.7					86	75.4
	アフターサービス関係	8	88.9	13	68.4					21	75.0
	その他	26	200.0	7	41.2					33	110.0
	計	107	121.6	72	56.3					179	82.9
総計		1,675	92.4	1,655	90.3					3,330	91.3

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22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	81	18	0		5	104	保全関係	配当内容	4	0	0	55	0	59	
	不適切な告知取得	12	2	0		0	14		契約者貸付	7	0	4	8	1	20	
	不適切な話法	27	15	0		0	42		更新	9	1	1	16	3	30	
	加入意思確認不十分	17	19	0	0	0	36		契約内容変更	32	2	2	48	1	85	
	説明不十分	134	50	1	9	6	200		名義変更	11	2	1	19	1	34	
	契約内容相違	0	0	0	0	0	0		特約中途付加	4	1	1	8	0	14	
	事務取扱不注意	2	2	1	1	0	6		解約手続	47	9	16	52	5	129	
	契約確認	0	0	0	1	0	1		解約返戻金	11	1	3	34	0	49	
	契約引受関係	4	4	2	38	1	49		生保カード・ATM関係	1	0	0	0	0	1	
	告知内容相違	0	0	0	0	0	0		その他	10	2	3	6	1	22	
	証券未着	0	0	0	1	0	1		計	136	18	31	246	12	443	
	その他	1	1	0	3	1	6		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	10	0	1	43	0	54
	計	278	111	4	53	13	459			死亡等保険金支払手続	7	1	10	40	1	59
収納関係	集金	12	0	0	0	0	12	死亡等保険金不支払決定		4	0	1	39	1	45	
	口座振替・送金	7	1	1	19	2	30	入院等給付金支払手続		20	5	18	70	0	113	
	職域団体扱	2	0	0	5	0	7	入院等給付金不支払決定		20	15	11	192	0	238	
	保険料払込関係	6	0	0	18	0	24	その他		0	0	0	14	0	14	
	保険料振替貸付	7	0	1	34	1	43	計	61	21	41	398	2	523		
	失効・復活	9	2	3	19	4	37	その他	職員の態度・マナー	9	4	3	0	0	16	
その他	2	1	0	2	0	5	保険料控除		0	0	0	0	0	0		
計	45	4	5	97	7	158	個人情報取扱関係		15	4	3	13	1	36		
							アフターサービス関係		4	3	0	6	0	13		
							その他		0	1	3	3	0	7		
							計		28	12	9	22	1	72		
<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>								
		548	166	90	816	35	1,655									

<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、『入院等給付金不支払決定』が238件（占率14.4%）で最も多く、具体的内容としては、引き続き「告知義務違反による解除」が最も多く、次いで「手術給付金不支払」、「がん・成人病等非該当」、「入院給付金不支払」が多い。

<入院等給付金不支払決定>

- ・給付金を請求したところ告知義務違反で契約が解除された。加入時に営業担当者から告知しなくて良いと言われ告知しなかったもので、納得出来ない。
- ・手術給付金を請求したところ、約款規定に該当しないとの理由で不支払になった。手術を受けたのは事実であり、支払われないことに納得出来ない。
- ・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ず、納得できない。
- ・入院給付金を請求したところ、医師の指導のもと入院しているのに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。
- ・事故で傷害を負い後遺障害が残り、障害給付金を請求したところ、他社は支払われたのに非該当との回答だが、同じ診断書なのに納得出来ない。

第2位は、『説明不十分』の200件（同12.1%）で、前期に比べ少し増加している。今期は、金融機関代理店等による新契約募集に関する苦情が増加し、契約転換による苦情は減少した。

<説明不十分>

- ・銀行窓口で変額個人年金に加入したが、元本割れ等契約上のリスクについての説明がなかった。納得できないので契約を無効にして、保険料を返金してほしい。
- ・高齢の父（母）が銀行員に勧められ契約内容を理解できないまま、生命保険に加入してしまった。契約を取消して保険料を返してほしい。
- ・契約内容が加入時に受けた説明（思っていた内容）と異なることが分かった。契約をなかったことにしてほしい。
- ・契約転換したが、メリットのみの説明で予定利率が下がるなどのデメリットの説明がなかったので、転換前契約に戻してほしい。
- ・医療特約を変更（付加）したつもりでいたが、知らないうちに転換させられてしまったので、転換前の契約に戻してほしい。

第3位は『解約手続』で129件（同7.8%）前期に比べ約1割増加した。具体的内容としては、従来同様、手続き遅延・放置等、手続書類・方法等に関する申し出が多い。

<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（コールセンター）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。
- ・解約請求書類を送付して欲しいと依頼したが、放置された。その間引き去られた保険料を返して欲しい。
- ・契約者である私が知らないうちに、妻（夫）が勝手に解約手続をしていた。契約を元に戻して欲しい。
- ・契約者である父（母）は入院し認知症気味なため、娘（息子）である自分が解約しようとしたところ、成年後見人を立てるように言われたが、時間も費用もかかってしまう。なんとかならないのか。

第4位は『入院等給付金支払手続』の113件(同6.8%)で、前期2割以上増加し、今期も1割近く増加した。苦情内容としては、請求手続手配、支払確認、請求手続・書類が多い。

<入院等給付金支払手続>

- ・給付金を請求したいと連絡したが、請求書類の手配をしてくれない。
- ・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のための同意を求められたが、事前にそのような説明が無かった。応じなければならないのか。
- ・給付金が支払われるかどうか営業担当者に聞いたところ、誤った説明をされた。
- ・家族(被保険者)が入院したが、本人の意思能力がなく手続できないので、家族から給付金を請求しようとしたところ、できないと言われた。

第5位は『不適切な募集行為』(104件、同6.3%)で、前年同期比123.8%、前期と比べても3割以上増加した。内容としては、無断契約、被保険者不同意、名義借契約に関する申し出が多い。

<不適切な募集行為>

- ・妻が勝手に自分を契約者とする保険を4、5年前に契約し、自分の口座から保険料が引落されていた。契約を無効にしてほしい。
- ・夫(あるいは妻)が了解なく、私を被保険者として生命保険に加入している。契約を無かったことにして保険料を返してほしい。
- ・営業担当者から、保険料は1ヵ月分立て替えるからと言われ、保険に加入したが、これは違法なことではないか。
- ・営業担当者から頼まれて名義を貸してしまったが、契約を取り消してほしい。

第6位は『契約内容変更』の85件(同5.1%)で、前期と比べると2割近く増加した。内容としては、手続遅延・放置等が最も多く、次いで破綻会社の保険金額等の減少、保険金の増減額に関する苦情が多い。

<契約内容変更>

- ・保険金の減額を申し出たが、待ってくれと言って対応してくれない。
- ・破綻した保険会社加入到いて解約したところ、解約返戻金が大分少なかったので照会したが、納得いく説明がない。
- ・定期付終身保険の定期特約部分の減額を申し出たところ、社内規定の範囲外なので、減額出来ないと言われたが、納得できない。

第7位は『配当内容』と『死亡等保険金支払手続』の59件(同3.6%)で、配当内容は前年同期比76.6%、前期と比べても2割近く減少し、引き続き減少傾向が続いた。苦情の多くは、設計書記載金額に比べ受取金額が少ないというものである。一方、『死亡等保険金支払手続』は、前年同期比76.6%、前期と比べても15.7%減と大幅に減少した。内容としては、請求手続書類・方法、支払確認等に関するものが多い。

<配当内容>

- ・加入時の設計書記載の配当金に比べ、実際の受取金額が極端に少ない。話が違ふ、到底納得できないので、設計書どおり支払ってほしい。
- ・加入時に説明された年金年額に比べ実際の年金額が減少している事について、会社に照会したが納得いく説明がない。

<死亡等保険金支払手続>

- ・死亡保険金を請求したところ、相続人全員による請求しか認めないと言われたが、納得できない。
- ・死亡保険金の支払請求をしたが、なかなか支払われず、経過についての報告もない。どうしてこんなに時間がかかるのか。
- ・高度障害保険金の請求を申し出たところ、成年後見制度を利用するしかないと言われた。親族を可とするなど、もっと簡易にできないのか。

第9位は『満期保険金・年金等』の54件(同3.3%)、前期とほぼ同件数で、苦情内容としては支払手続、生存給付金の据置利率低下等による受取額の減少に関するものが多い。

<満期保険金・年金等>

- ・こども保険に加入し今回満期を迎えるが、受取合計額が払込保険料を下回っている。貯蓄のつもりだったのに納得できない。
- ・7月に年金保険が支払開始になるが、年金額が所定額以下なので一時金の支払いになると言われ、加入時にそのような説明は聞いていない。
- ・受け取った満期保険金について税務署から税金の支払いを求められたが、満期時に営業担当者から税金の説明がなかった。

第10位は『契約引受関係』と『解約返戻金』の49件(同3.0%)で、『契約引受関係』は前期に比べやや増加し、順位を2つ上昇させた。内容としては、契約不承諾、条件付決定に納得できないとする苦情が多い。また、『解約返戻金』は前期2割以上減少したが、今期は2割以上増加し、順位を5つあげた。解約返戻金の水準や照会対応・非開示に関する苦情が多い。

<契約引受関係>

- ・保険加入の申込をしたが、加入不承諾となり、その理由も教えてくれない。
- ・保険加入申し込んだが、特別条件が付くと言われたが、条件の内容に納得できない。

<解約返戻金>

- ・何年も保険を掛け続けてきて、今般解約を申し出たところ、解約返戻金があまりにも少な過ぎる。
- ・解約返戻金の額に納得できないので、計算根拠を教えてくださいと言ったが、断われた。

第11位以下の苦情項目では、近時大幅な増加を示していた『保険料振替貸付』(43件、同2.6%)は、前期より3割以上減少し13位に下降し、『失効・復活』(37件、同2.2%)も前期に比べ2割以上、前年同期と比べても3割近く減少した。また、『個人情報取扱関係』(36件、同2.2%)は前期4割以上増加したが、今期は前期より3割近く減少した。

発生原因別に苦情件数(3頁参照)を見ると、「制度・事務」によるものが816件(占率49.3%)と、従来同様に最も多いが、その占率は前期より1.7ポイント下降し5割を切った。

「営業職員」と「代理店」を合わせた「営業担当者」に起因するものは714件(同43.1%)で、占率は前期より1.4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166件(同10.0%)で、前期(151件)に比べ約1割増加し、占率も1.0ポイント上昇し、また前年同期と比べると1.7ポイント上昇しており、占率を高めている。

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22年度第2四半期に裁定申立てがあったのは33件で、裁定審査会において受理審議の結果、33件全てが受理され、21年度第2四半期における申立件数の29件(うち受理件数27件)より、4件増加した。

受理された申立事案33件の申立内容等は、以下のとおりであるが、「銀行等代理店販売における契約無効確認請求」が全体の3割を占めている。

申立人からの裁定申立内容	第1四半期	第2四半期	計
契約無効確認・既払込保険料返還請求	17	7	24
銀行等代理店販売における契約無効確認請求	11	10	21
給付金請求(入院・手術・障害等)	9	10	19
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	2	1	3
配当金(買増保険金・年金等)請求	2	2	4
その他	2	3	5
受理件数	43	33	76
不受理件数	3	0	3
裁定申立件数	46	33	79

(2) 裁定結果の概要について

平成22年度第2四半期に裁定審理が終了した事案は24件で、「和解による解決」が3件、「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18件、「審査会が適正な判断をすることは困難であり、裁判手続きによることが相当であると判断し、裁定打ち切りとしたもの」が3件であった。

[事案 20-64] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款の定める「入院」に該当しないことを理由に、入院給付金・通院給付金が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13年に入院特約付定期保険を締結していたが、平成19年と20年に下記のとおり計3回の入院および通院をしたので、入院給付金および通院給付金を請求したところ、いずれも約款に定める「入院」に該当しないという理由で、全く支払われない。

下記理由により、納得出来ないので、1回当りの限度日数分の入院給付金・通院給付金を全額支払って欲しい。

(1) 入院 は、通勤途中の交通事故によるケガによるもので、病院で診断してもらい全治2週間と診断され、入院しても体調が良くなかった。

労災認定され、自動車の保険、共済から給付を受けているのに、相手方会社だけから何故支払われないのか。

(2) シェーグレン症候群は、膠原病の一種で国が難病にしている病名で、専門医に診てもらい

特定疾患の認定を受けている。

(3) 病院の先生が入院を認め入院したのに、何故、保険会社が不支払いとするのか理解できない。

<入院・通院状況>

第1回入院	平成19年6月から約4ヶ月
同 通院	通院62日(実通院日数不明)
傷病名	頸部打撲、腰部打撲、胸部打撲、外傷性左肩関節周囲炎
第2回入院	平成20年3月から約4ヶ月
同 通院	実通院日数46日
傷病名	シェーグレン症候群に伴う関節炎、レイノー現象、肝機能障害併発
第3回入院	平成20年10月から約2ヶ月
同 通院	実通院日数46日
傷病名	シェーグレン症候群、頸椎症

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の第1回～3回の入院とも、いずれも入院特約条項に規定する「入院」の定義に該当しないため、入院給付金、通院給付金の支払請求には応じることは出来ない。

(1)第1回入院について

入手資料及び調査の結果、初診時のレントゲン検査の結果において、骨折などの所見はなく打撲であったこと、入院の2日後には外出をしており安静治療が必要な状態とは認められず、入院期間を通じて一般的に外来で行う理学療法の治療が繰り返されていたにすぎなかった。

(2)第2回入院について

入手資料及び調査の結果、シェーグレン症候群の治療方法として全身性病変が生じ病状が不安定となり予後を大きく左右するような状態でなければ内服薬の投与による外来治療が一般的であるところ、申立人には腺外症状や内臓合併症は生じておらず、入院中も外出、外泊が許可され身の回りの生活に支障はなく、安静治療のための入院が必要とは認められなかった。

(3)第3回入院について

入手資料及び調査の結果、同医院ではシェーグレン症候群の治療は行われておらず、頸椎症の治療として外来でも可能な治療がなされたのみで、入院3日後から外出が許可され、その後も頻繁に外出外泊が繰り返され安静治療のための入院が必要とは認められなかった。

<裁定の概要>

申立書、答弁書等にもとづいて審理を行った結果、下記のとおり、いずれの入院もその必要性を認定するに足りる証拠はなく、これに加えて、いずれの入院もその症状との関係において極めて長期にわたっており、かかる事実は入院当初における入院の必要性の存在自体を疑わせる間接事実となる。

また、入院給付金の請求権を認定できない以上、入院特約条項にて認められる入院を前提とする通院給付金の請求権は認められない。

よって、本件申立内容は認めることが出来ないため、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)本件保険契約の入院特約条項において、「入院とは、医師による治療が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、別表に定める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。」と規定され、入院給付金の請求をするためには、単

に入院の事実が存在するのみでは足りず、入院の必要性が客観的に存在することが必要であり、この必要性は、主治医の指示又は同意の存在のみでは足りず客観的に判断しなければならない。

(2)下記のとおり、入院 ~ とともに、その必要性を認定するに足りる証拠はない。

<入院 について>

- ・交通事故により頸部等の打撲を受傷したもののだが、記録上では受傷直後において単純レントゲン検査をするも異常所見は記載されておらず、他に特段の検査をした事実も判明しないから、入院の必要性を認めることはできない。
- ・もちろん、特段の事情があれば入院の必要性を認められる場合もあるが、提出された証拠からは入院の必要性を認定できる特段の事情も明らかではなく、また、申立人は当審査会からのカルテの提出要請にも応じていない。
- ・よって、 の入院については、入院の必要性の存在に関する事実の証明がないので、入院給付金の請求は認められない。

<入院 ・ について>

- ・シェーグレン症候群という治療が困難という意味での難病であることは事実だが、入院中の治療は投薬、理学療法、安静加療のみで、特に入院をしなければできない治療を施したものではない。
- ・一般的にシェーグレン症候群は、腎障害や、全身の重篤な臓器障害を併発しなければ、通常は入院をしなければできない治療はないとされており、本件において特に入院を必要とするべき事情の存在は証拠上認められない。

[事案 21-21] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

平成 22 年 7 月 27 日 和解成立

< 事案の概要 >

契約締結に際し、営業担当者の契約転換制度等についての虚偽説明があったとして、契約を取り消して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 >

平成 18 年 12 月頃、妻と娘 2 人の貯蓄性の高い終身保険への加入を申し出たところ、次女は終身保険への加入可能年齢に達していなかったため、営業職員からこども保険（申立契約）への加入を勧められたが、二度ほど断ったところ、営業職員から「こども保険に加入し、終身保険に加入できる年齢になったら終身保険に切り替える」ことを勧められ、こども保険に加入した。

ところが 2 年後、こども保険から長女と同じ終身保険への切り替えを申し出たところ、「出来ない」と言われ、こども保険加入時の営業職員の説明が、下記のとおり虚偽であることが判明した。申立契約を取り消し、払い込んだ保険料を全額返還してほしい。

- (1) 営業職員に対し、貯蓄性の高い保険（終身保険）に加入したいとの意向を伝えたところ、職員からは、将来、終身保険への変更が可能で、変更の際には申立契約の払込保険料全額を終身保険に充当できるかのような説明があったので申立契約に加入した。
- (2) 申立契約を終身保険に変更するためには、契約転換または申立契約を解約し終身保険に加入するしかないと、いずれの方法をとっても、申立契約の払込保険料金額を終身保険に充当することはできず、職員からは契約転換制度や、解約払戻金が払込保険料を下回ることの説明を受けていない。また、約款も受け取っていない。

< 保険会社の主張 >

担当職員は、下記のとおり、契約転換制度および解約返戻金について適切に説明しており、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 担当職員は、契約転換制度が被転換契約の責任準備金等の転換価格を転換後契約の一部に充当するものである旨、申立契約の累計保険料や解約払戻金の推移について説明した。
- (2) また、申立人に交付した「ご契約のしおり・約款」にも、契約転換制度や解約返戻金が払込保険料を下回ることがある旨の説明がある。
- (3) なお、申立人は、以前、申立外契約について契約転換をしており、申立人が契約転換制度や解約返戻金が払込保険料を下回ることがあることを知らなかったとは考えられない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人からの事情聴取の内容にもとづいて、下記のとおり審理した結果、生命保険相談所規程第41条第1項を適用し、裁定書により裁定審査会の判断を明らかにしたうえで、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。

- (1) 申立人は、営業職員より申立契約から終身保険に切り替える際、申立契約の既払込保険料全額が切替後の終身保険の保険料に充当されると理解したと主張するものの、営業職員に明確に確認していないとのことであり、また、営業職員も申立人が述べるような説明はしていないと陳述している。また、申立人は、以前に契約転換の経験があり（ただし、転換契約という用語は知らなかったと述べている）、その時には、転換価格が払込保険料を下回っていたことを認識していた。こうした事情からすると、申立人の供述のみをもって、営業職員が虚偽の説明をしたと認めることは困難と言わざるを得ない。
- (2) とすると、仮に、営業職員の説明が重要事項に関するものであったとしても、営業職員が契約転換に際し、重要事項について事実と異なることを告げたとは認められず、営業職員に詐欺があったと認めることもできない。また、申立人の主張する錯誤は、いわゆる「動機の錯誤」に属するもので、動機が相手方に表示されていたとは認められず、申立人の錯誤を民法95条の錯誤と認めることはできない。
- (3) しかし、申立契約から、長女と同じ単体の終身保険への転換はできなかった。これは、保険会社の責に帰すべき事情ではないものの、ただ、申立契約当時、申立人が長女と同じ終身保険への転換（切り替え）を期待したことは事実で、将来、転換できない場合もあり得るとの明確な説明はなかった。
- (4) そこで、こうした事情を考慮し、審査会が相手方会社に和解の検討を求めたところ、和解案の提示があり、審査会も本件の事情に鑑みると、同和解案により本件を解決するのが相当と考えた。

[事案 21-35・36] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

平成 22 年 7 月 27 日 裁定終了

* 事案 21-35 と同 21-36 は、姉妹が、2 つの同一の保険に同時に加入した契約に関する裁定申立てで、裁定審査会では 2 事案について同時に審理を行った。

< 事案の概要 >

不適切な募集行為により望まない保険に加入させられたとして、契約の取消し、既払込保険料全額の返還を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

下記の申立契約、については、募集人の不適切な募集行為により、両方とも自分たちの望んでいない保険に加入させられたものであり、保険契約を詐欺取消とし、既払込保険料の全額を返金して欲しい。

1. 申立契約（終身保険(米国通貨建)）について

- (1) 平成 15 年 10 月の加入時、募集人は、10 年満期であると説明したが、実際には終身型であり、保険料払込期間も 20 年(75 歳払込終了)であった。加入時の説明の際、約款やパンフレットも交付されておらず、内容を確認できなかった。
- (2) また、本件契約は死亡時のみ保険金が支払われるものであり、子供のいない私たちには不適切な商品であるのに、この点も説明しなかった。私たちは預金と同じつもりで、10 年経ったら保険金が支払われるものと思っていた。

2. 申立契約（終身医療保険<120 日型>）について

平成 15 年 12 月に加入したが、入院の保障期間が 1 入院につき 365 日で、一般には病気になっても病院には 30 日しか入院できず、かつ、高額医療費も公的保険で賄え、実際には必要もない保険であるにもかかわらず、募集人はあたかも必要であるような虚偽の説明をした。

契約		契約	
契約年月	H15 年 10 月	契約年月	H15 年 12 月
保険種類	積立利率変動型終身保険(米国通貨建)	保険種類	終身医療保険
契約者	申立人	契約者	申立人
被保険者	申立人	被保険者	申立人
死亡保険金受取人	申立人の姉(事案 21-35 の場合。 21-36 の場合は妹)	給付金受取人	申立人

< 保険会社の主張 >

本申立を受けて事実確認を行ったところ、以下のとおり、申立契約、を取り扱った募集人が、その締結または募集に際し、申立人が望んだ保険と違う保険に加入させた事実は認められず、請求に応じることはできない。

1. 申立契約 について

- (1) 申立人の要望を受けて募集人が提案したものであり、パンフレットと設計書を用いて面前で説明を行い、払込期間についても説明を行っている。
- (2) 契約締結後、保険証券が交付され、払込期間も明記されていること
- (3) 申立契約締結後、毎年の契約応当月に「ご契約内容のお知らせ」を申立人に送付し、その中で契約内容をお知らせしている。
- (4) 申立人は、契約締結後、募集人および当社に対し、本申立てのような不服を述べたことはなかった。

2. 申立契約 について

申立契約 の上記(1)～(3)については、申立契約 についても同様であり、また、申立契約 の取消・保険料返金の主張は、当社が契約 の取消要望に応じるのは難しいと回答した後の流れの中でなされたものであり、当初は通常の解約検討の申入れであった。

< 裁定の概要 >

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、消費者契約法の不実告知（4 条 1 項 1 号）または民法の詐欺による取消（96 条 1 項）、あるいは民法による錯誤無効（95 条）の主張であると解釈できる。

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人、営業担当者からの事情聴取の内容にもとづいて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条を適用し、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 申立契約 について（10年満期であると説明された点について）

(1) 契約申込書には、申立人の署名があり、自分で署名したことを申立人も認めている。

申込書には保険内容が明確に分かるように記載されており、そこには保険商品名が記載され、保険期間は終身と記載されており、終身保障されること、逆にいえば死亡しない限り保険契約は継続することが分かる。

また、保険料払込期間も、「払込期間」の欄が直ぐ横にあり、そこには75歳とされ、10年満期とは明らかに異なることが、申込時点で理解できるようになっている。

このような文書に署名しているということは、一般には、上記の事実を申立人が認識していたものと推定されることになる。従って、募集人が虚偽の説明をしたという事実を明確に認めることはできない。

(2) 申立人は、パンフレットや約款を交付されていないと主張するが、保険申込書の「ご契約のしおり・約款」の受領印欄には申立人の印鑑が押印され、申立人はこれらの書類を受領したと推定される。

この点につき、申立人は「押印は募集人がした」と主張するが、それが事実であったとしても、申立人の目の前でそれがなされた場合には、申立人の承認があったと判断され、普通はどこに押印したかを確かめるものであり、申立人の意思に反したと主張する場合には、その事実を裏付ける特別の事情を証明しなければならないが、本件ではこれを認めるに足りる証拠はないので、ご契約のしおりやパンフレットなどによって、契約の重要な事項を説明しなかったと認めることはできない。

よって、本件手続きにおいては、消費者契約法4条1項1号及び民法96条に基づき、本契約の取消しを認めることはできない。

(3) 申立人は、「子供のいない者には不適切な保険である」旨主張する。これは、保険期間に関する重要事項の説明義務違反の主張であると理解できるが、前記のとおり、申込書には終身保険と記載されており保険期間は明確であり、口頭の説明がなくとも、直ちに説明義務には違反しないし、要素の錯誤^(注)による無効（民法95条）ともならない。

(注) 「要素の錯誤」とは、その人だけではなく、一般人において事実と異なっていることが分かっている場合、契約をしなかったと判断できるような錯誤をいう。

2. 申立契約 について

申立人は、不適切な契約であることを理由に、錯誤無効を主張しているものと考え、下記のとおり、契約 は、一般的な判断としては、申立人に不適切、不要な契約とは判断できない。従って、申立人の主張する錯誤の事実は、要素の錯誤を認めることはできないので、本契約が無効であると認定することはできない。

(1) 申立人は、「1回の入院は30日間であり、365日という長期の入院は出来ないから不必要だ」と主張するが、入院が30日に限られているという事実自体は誤解であり、また、本件保険は一旦退院後、短期間内に同一の病気で再入院した場合には、1回の入院として入院期間を通算され、合計すると長期間となることがあり、本件の保障期間が客観的に不適切であるとは言えない。

(2) 入院保険の給付金は、入院医療費のみに充てるものではなく、入院をすれば保険で賄えない医療費以外にも、普通の生活をしている場合と比較して諸々の出費が必要とな

る。入院日額 1 万円というのは、むしろ世の中で多く見られる。

[事案 21-49] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 22 年 7 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

募集人(銀行員)による虚偽の説明または不十分な説明により、商品内容を誤解したとして、変額個人年金保険を取り消し、既払込保険料を返還してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 16 年 9 月、募集人が勧誘のため来訪し、同日、銀行にて変額個人年金保険(保険料一時払)に加入したが、本契約は、下記のとおり、募集人の虚偽説明又は説明不十分により商品内容を誤解して締結した不当な契約であり、契約を取り消し既払込保険料を返還してほしい。

- (1) 保険会社の商品であることを告げず、銀行の商品であると誤信させた。
- (2) 元本保証でいつでも解約できることを再三強調する一方で、保証されるのは契約後 10 年経過後から支払われる 15 年間の年金受取総額であること、運用結果次第で目減りする可能性があること等の重要な説明を怠った。
- (3) 平成 17 年 5 月の銀行支店長との面談の際、支店長より「本先に相談した結果、契約を解消してもよい」と回答があったにもかかわらず、今では面談さえ全面否定し、偽りを隠蔽している。

< 保険会社の主張 >

募集銀行の説明によれば、下記のとおり、募集人が主張するような虚偽の説明は行っておらず、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 通常の保険募集と同様に商品パンフレットを用いて商品の特性、ことにリスクについて十分に説明しており、保険会社の商品であること、投資信託で運用するため資産残高は上下すること、中途解約時には解約控除があること等のリスクについても説明しており、「元本保証でいつでも解約できること」を強調した募集などは一切行っていない。
- (2) 募集時の記録として、申立人が署名した「質問票」および銀行担当者が作成した「その他特記事項」に鑑みても、募集者の説明を疑うべき理由は認められない。
- (3) 契約後に申立人が解約の申し出のために来店したことはあるが、当時の支店長から「本先に相談した結果、契約を解消してもよい」と回答した事実はない。

< 裁定の概要 >

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、消費者契約法 4 条 1 項 1 号(不実告知)に基づく取り消し、詐欺による取り消し(民法 96 条 1 項)、錯誤による無効(民法 95 条)を主張するものと解し、申立人が主張する取消原因、錯誤の有無について、申立書、答弁書等の書面の内容および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記(1)～(5)の事実を総合すると、募集人による申立契約の勧誘に際し、虚偽の説明や商品リスクの説明不足があったとは認めることはできず、申立人の主張する取消事由や錯誤があったと認めることもできない。また、仮に申立人が錯誤に陥っていたとしても、後述の事実を照らすと、申立人には重大な過失(注意義務違反の程度の甚だしい過失)があると言わざるを得ず、申立人から無効を主張することはできない。

なお、申立人は、銀行支店長との面談の際における同人の発言内容を問題とするが、真偽はともかく、それは申立契約成立後の経緯であるため、申立契約の取消原因や無効原因

となる事情ではない。

したがって、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にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1) 募集人は、申立人に対し、本件商品の内容について、少なくとも簡易パンフレットに基づき説明したことが認められるが、そこには以下のような記載が存在する。

表紙には、かなり大きな文字で「生命保険会社の変額個人年金保険」、「募集代理店 銀行」「引受保険会社 生命保険会社」と記載されている。

本件商品の 2 つの特長として、「年金受取総額は元本相当額を最低保証」、「運用によって資産が元本相当額より増えた場合には年金受取を待つことなく『特別引出』が可能」と記載され、同趣旨の説明が繰り返し記載されている。

「この保険は、運用実績に応じて資産残高が変動します。」と明記されている。

(2) 申立人が自署・捺印している契約申込書には、以下のような記載が存在する。

宛先は「生命保険会社」とされ、表題には大きな文字で「変額個人年金保険（最低保証付年金特約付）」と明記されている。

「死亡保険金受取人」欄には、申立人が夫の名前を自書している。

「受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ／ご契約のしおり」「特別勘定のしおり」を確かに受け取りました。」「私は、貴社の変額個人年金保険の加入に際し、当契約申込書裏面の『変額個人年金保険に関する確認書』に記載されている事項について、生命保険募集人から説明を受け、その内容を確認しました。」と記載され、そこに申立人が自署・捺印している。

また、裏面には、「特別勘定には価格変動リスク、金利変動リスク、為替リスク等の投資リスクがあり、特別勘定の運用によってもたらされる損益はすべて保険契約者に帰属すること」が明記されている。

(3) 申立人は「保険商品のご案内にあたって」と題する書面、「質問票」と題する書面にも自署しているが、これらの書面の記載からも、本件商品が「保険」であることは容易に認識できる。

(4) 申立人から提出された「生命保険証券」からも、本件商品が、年金支払開始年齢を 71 歳（10 年後）とする、年金支払期間 15 年の「変額個人年金保険」であることを容易に認識できる。

(5) 簡易パンフレットのどこにも、申立人が主張するような誤解を招く記載は見当たらない。

[事案 21-57] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 22 年 9 月 29 日 裁定打ち切り

< 事案の概要 >

銀行を窓口に変額個人年金に加入したが、契約締結時に募集人（銀行員）から虚偽の説明があったとして、契約を無効にして既払込保険料を返還してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

銀行の支店担当者から、再三再四電話で来店要請を受け、平成 18 年に支店窓口で募集人（銀行員）から説明を受け、定期預金の解約金と普通預金の返戻金を一時払保険料に充当し変額年金保険契約（10 年据置、5 年確定年金）を締結した。その際、募集人から次のような虚偽の説明があったので、契約を無効とし、既払込保険料を全額返還して欲しい。

(1) 変額年金保険の説明を受けた際、過去の運用実績例を参考に銀行に預けるより有利と勧められたが、当時 70 歳を超えていたため無理をしても契約期間は 2 年程度であるとして断ったところ、「この保険は随時解約が出来て 1 年間に付く利息はこの程度ですと色付きマ

ーカーで説明を受け、契約してすぐ解約すると解約手数料は高いが、2年後だと手数料も下がるのでどうですか」と、勧められた。

- (2) そこで、2年後には解約する旨を伝え契約に応じたが、2年経過後に解約しようとしたところ、契約時の説明とは異なり、解約返戻金額が払い込んだ一時払保険料を下回っていて、解約が出来なくなってしまった。

< 保険会社の主張 >

以下の理由から、錯誤・詐欺・強迫といった無効・取消事由および消費者契約法上の重要事項の不実告知等の取消事由等はなく、申立人の保険料返還請求には応じられない。

- (1) 申立人から定期預金に預けている資金について、増額を含め長期運用の相談を受け変額年金保険の提案を行っている。
- (2) 契約時に申立人は、「10年後を考えると定期預金ではやはり増えないですし、元本保証付でしたら安心ですね。途中で増えていたら出せるのもいいですね。」との発言をしており、資金の長期運用に関心を示されていたと考えられる。
- (3) 募集人は、月別シミュレーション表を用いて商品内容・期間・リスク等についても説明（10年の商品である点、解約時の控除の説明含む）を行っており、2年後の解約返戻金が一時的払保険料を下回ることはない、との説明を行った事実は認められない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人、保険会社双方から提出された書面および申立人からの事情聴取の内容に基づき、募集人が「2年後には解約手数料も下がり、解約しても元本が保証される」との虚偽の説明をしたかについて審理したが、募集人がパンフレット等の書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われること、また、これら書面に則して説明するのが一般的であって、書面の記載から明らかな事柄についてその記載と異なる説明をすることは通常考えられないことから、「特段の事情」がない限り、募集人はパンフレット等の書面に則した説明をしたと推認するのが合理的と言える。

そこで、本件において、「特段の事情」が存在したかについて、下記のとおり検討したが、審査会としては、「特段の事情」の存在は可能性に止まり、その存在が明確でないとの理由で手続きを終了するのではなく、この点を解明する必要があると判断した。そして、解明のためには、募集人の事情聴取が必要だが、本件では募集人自身の事情により事情聴取を実施することができず、当審査会は裁判外紛争解決機関であり証人を尋問する権限はない。そこで、本件は募集人を尋問することができる裁判手続において解決するのが妥当と判断し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切ることにした。

- (1) 申立人は、2年経過した時点で申立契約を解約しようとしており、主張に即した行動をとっている。また、パンフレットの解約返戻金額についての「積立金に対する控除率」表の契約日から経過年数が1年未満、1年以上2年未満、2年以上3年未満の欄は黄色のマーカによる記入があり、さらに説明に使用された「契約月別シミュレーション表」も契約から2年経過日の欄はピンク色のマーカによる記入がなされ、いずれも2年という期間を意識して説明がなされたと思える形跡があった。
- (2) こうした点から、申立人は、2年後に解約する意向であることを募集人に伝えていた可能性が窺え、「契約月別シミュレーション表」のピンク色のマーカで印が付された解約返戻金額が一時的払保険料を上回っていることから、申立人は2年後の解約返戻金額が一時的払保険料を下回らない(元本保証)と理解して、申立契約を締結した可能性も窺え、上記「特段の事情」が存在した可能性があると言える。

- (3) 相手方会社が募集人と面談して聴取した結果として、パンフレットの黄色のマーカーは説明手順の一環として募集人が記入したもののだが、「契約月別シミュレーション表」のピンク色のマーカーによる記入は記憶にない、との報告があったが、募集人が行ったものではないとまでは認められず、相手方会社の報告のみでは、「特段の事情」が存在する可能性を否定するには至らない。
- (4) 相手方会社から、募集人が募集時に作成した「確認記録簿」が証拠として提出されたが、同書面に記載されている契約締結時の時間について申立人の申出内容と著しく異なるが、申立人において、時間について事実と異なる内容を述べる理由も見出し難いことから、書面の記載内容の正確性に問題が残り、やはり「特段の事情」が存在する可能性を否定するには至らなかった。

[事案 21 - 59] 契約無効確認・既払保険料返還請求

・平成 22 年 8 月 31 日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約時、生命保険商品であることや商品のリスクや等に関する募集人（銀行員）の説明が不十分であったとして、契約を取り消し、支払済みの一時払保険料全額を返してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 20 年 11 月、銀行を訪れた際に募集人（銀行員）から勧められ、「積立利率金利連動型年金」の 10 年保証期間付終身年金タイプを契約したが、下記のとおり、募集人の説明不十分により、同銀行の「10 年満期定期預金」と誤認して加入申込みをした。契約を取り消して、払い込んだ一時払保険料全額を返してほしい。

- (1) 契約時、募集人は、生命保険会社の保険商品であることの説明をしなかったことから、保険契約をした認識はなく、10年満期で積立利率が1.48%の大変有利な銀行の定期預金の一種と思って申込みを行った。
- (2) 当該年金契約は保証期間が10年であり、払込保険料相当分を受け取るには94歳まで生存しなければ元本を回収できないというリスク等について説明せずに、短時間で契約させた。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、募集経緯に特段の瑕疵はなく、契約は有効に成立しており、契約の取消請求に応じることは出来ない。

- (1) 募集人は、本契約の保険商品の提案に当たって「 生命の」と話しながら募集資料を提示している。商品説明に使用した資料には「 生命保険」が表記されている。
- (2) 契約は申込書に自署・捺印し、自ら「即時年金特則」「年金保証期間」「継続年金受取人」等の記入を行い、年金振込口座届の自署・捺印および振込口座の記入も行っている。このことから、申立人は、当該申込が募集銀行の定期預金の一種ではなく、当社の年金商品であることを認識していた。
- (3) 年金設計書には、保証期間(10年)の年金受取確定金額700万円余が明記され、設計書を用いて募集人から申立人に対して年金受取確定金額の説明が行われた。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の主張は、消費者契約法（第 4 条 1 項 1 号及び同条 2 項）による取消しおよび民法（第 95 条）による錯誤無効の主張であると解されるので、上記主張が成立するか否かの点について、双方から提出された書面、申立人および募集人からの事情聴取の内容に

もとづき、下記のとおり審理した結果、本件申立内容には認める理由がないので、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) 申立人が、募集人から、申立契約について、保険会社の保険商品ではなく募集銀行の定期預金であるとの説明を受けて、そのように誤信したか否かの点について

パンフレット、年金試算設計書、契約締結前交付書面、意向確認書兼適合確認書その他当事者提出の証拠のいずれからも、申立人が申立契約が募集銀行の定期預金であると誤信するような記載は認められず、むしろ、申立契約が相手方会社の年金保険であることが、明記されていると評価せざるを得ない。

募集人が、パンフレットおよび年金試算設計書などの資料を申立人に見せながら、申立契約の内容を説明したことは、当事者間に争いがないが、そうであるとする、募集人が、パンフレットの明記に反して、本件が保険会社の保険商品であることや、生命保険であることを説明しなかったことは考えられず、これを見ながら説明を聞いていた申立人が申立契約を募集銀行の定期預金であると誤信したと認定することも困難である。

よって、この点に関して、募集人の重要事項についての不実告知（消費者契約法第 4 条 1 項 1 号）ないしは、申立人の錯誤（民法第 95 条）があったと認めることはできない。仮に、本当に錯誤があったとしても、上記の経緯から、申立人には重大な過失^{〔注〕}があったと考えられる。

- (2) 「10 年保証期間付終身」の年金累積受取額が、一時払保険料相当額を上回るためには 20 年かかることについて、募集人が申立人に対し説明をしなかったので、申立人がそのようリスクがないと誤信して契約したか否かについて

申立人が募集人より説明を受けた年金試算設計書の「年金受取累計額の推移欄」には、経過年数 10 年と経過年数 20 年の年金受取累計額のそれぞれの記載があり、10 年経過時点では一時払保険料の約半分しか回収できず、20 年経過して初めて一時払保険料を上回る金額を受け取ることができるということが分かる。

募集人は事情聴取の際、勧誘時のやりとりの中で、平均余命から申立人の年齢では今後 20 年間に亘る年金が必要であるという話になり、申立契約の年金試算設計書を作成し、申立人に説明を同設計書にマーカーを引いて行った旨発言したが、申立人提出の同設計書には、20 年の金額部分にマーカーが引かれており、少なくとも募集人は 20 年で累計して一時払保険料を上回る年金を受け取れることを申立人に説明したと推定できる。

申立人は、この点の説明を受けていないと主張するが、募集人から年金試算設計書を見せられて説明されたこと自体は認めており、説明を受けたとする積立利率等のすぐ下に記載され、マーカーが引かれている年金受取累計額について説明されていないとすることは不自然である。

よって、本件においては、募集人が、加入後 20 年経過しないと年金累積受取額が一時払保険料を下回るとの不利益を告げなかったとは認定できず、募集人の不利益事実の不告知（消費者契約法第 4 条 2 項）及びリスクについての申立人の錯誤（民法第 95 条）は、いずれも認められない。仮に申立人が、本当にそのような錯誤に陥ったとしても、上記の経緯から申立人には重大な過失^{〔注〕}があったと判断せざるを得ない。

〔注〕重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかな注意をすればやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があること。

- (3) 申立人は、募集人が説明に要した時間が短時間である旨主張するが、申立人の主張する 1 時間 30 分程度の説明が、格別短いものであるとは判断できない。

[事案 21-75] 契約転換無効確認請求

平成 22 年 7 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

妻が契約転換した際、営業担当者が不利益となる重要事項の説明をしなかったこと等を理由に、転換後契約を無効にして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 17 年に契約転換したが、その際、営業担当者から、積立金が取崩されること、終身保険が無くなること、転換後の保険料が全て掛け捨てになること、の重要事項について、契約者・被保険者である自分に対し、直接具体的な商品内容等について説明がなされていない。

また、相手方会社は、営業担当者は妻に契約内容の説明をしたと言うが、これらの重要事項については妻にも説明されていないことから、当該募集は保険業法第 300 条 1 項に違反しており、転換契約を無効とし、転換前契約に戻してほしい。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 契約者である申立人は、保障内容変更の判断を以前から妻に任せており、営業担当者はその妻に重要事項の説明を尽くしている。
- (2) 申立人の妻に錯誤は認められない。
- (3) 申立人は、契約申込書に自署し、嘱託医診査も受診している。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人が主張する保険業法違反については、直ちに契約の効力に影響を及ぼすものではないので、消費者契約法第 4 条 2 項（不利益事実の不告知）による取消し、あるいは民法第 95 条の錯誤無効を主張するものと解することとし、申立書、答弁書等の書面の内容、申立人および申立人の妻ならびに営業担当者からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

その結果、下記理由により本件申立内容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. 妻に保障内容変更の判断を任せていたか

提出された資料より認められた事実や、申立人の妻が、事情聴取において「相手方会社の生命保険加入後の 2 度にわたる契約転換および減額の際の説明は、いずれも申立契約と同じ営業担当者から自分(妻)が説明を受け、その内容を判断し、夫(申立人)が契約書に署名してきたこと、申立人には契約内容は説明していない」と述べている。

このようなこれまでの経緯に加え、契約書に署名することの意味を熟知している申立人が、妻から詳しい説明を聞くこともなく、申込書の記載及び自署をし、その後、告知書も作成して、診査を受けている事実も考慮すると、申立人は、妻に保障内容変更の判断を任せていた（代理権を付与していた）と認めることができる。

こうした場合、本件転換契約の効力に影響のある事実の有無は、妻について決することになり（民法第 101 条 1 項）妻に対して重要事項が説明されたか、あるいは妻に錯誤がなかったかを検討することとなる。

2. 妻に重要事項が説明されたか

営業担当者が、妻に対し、申立人が主張する重要事項 3 点（前記 ~ ）について説明したかについては、下記のとおり、営業担当者が申立人にとって不利益となる事実を妻に告げなかったと認めることはできず、消費者契約法 4 条 2 項にもとづく取消しは認められない。

(1) 重要事項 について

妻は、事情聴取において、転換前の死亡保障を転換後に増額することにより高くなる保険料を減額するため、営業担当者より「貯まっているものを回す」との説明があったことを認めているが、営業担当者のこの説明は、積立金の取崩しの説明であることは明らかであり、妻もそのことを認めている。従って については説明がなされていると認めることができる。

(2) 重要事項 と について

- 1) 妻は、事情聴取において、営業職員にパンフレットを見せられ説明を受けたことを認めており、本件転換契約において、転換前後で保障内容がどのように変わるかについて説明するには、通常、パンフレットを用いると考えられることから、営業担当者は妻に対し、同様のパンフレットを用いて本件転換契約の内容を説明したと考えられる。
- 2) パンフレットには、転換後契約では申立人が80歳の時に積立金が一定額以上ある場合に終身保険に移行できるが、転換契約時にあった積立金は、取崩しにより減少しこのままでは終身保険に変更できないことが記載されている。さらに、 の意味を「転換後の保険料から新たに積立金となる部分がないこと」あるいは「新たに保険料を支払っても積立金や解約返戻金が増えていかないこと」と捉えた場合、パンフレットには年々減額する積立金の推移が記載されており、保険料が掛け捨てになることの記載もなされていると言え、結局、重要事項 については、いずれもパンフレットに記載されていると言える。
- 3) 営業担当者が、パンフレットを使用せずに商品内容を説明することは困難と思われ、また、パンフレットに則して説明するのが一般的であること、転換後契約に契約転換制度を活用して加入する場合には、上記積立金の推移は欠かせない説明であることからすると、特段の事情がない限り、 の事項は説明されたと推認するのが合理的であるといえ、本件では、この推認を覆す特段の事情は認められない。

3. 妻に錯誤がなかったか

営業担当者による重要事項の不告知の事実が認められない以上、妻に錯誤の存在を認めることは困難といえるが、仮に錯誤が認められるとしても、この錯誤が民法第95条の錯誤に該当するためには、「要素の錯誤」^[注]と認められる必要がある。

「要素の錯誤」の成否を検討するに、本件の転換内容が、従前の保障に比べ死亡保障を大きく増やす一方で、保険料を抑えるための対応策であったことからすると、通常人にとって転換契約を左右する事情とまでは認められない。

よって、妻に錯誤があったとしても、「要素の錯誤」と認定することはできず、申立人の錯誤無効の主張は認められない。

[注]「要素の錯誤」とは、法律行為の重要部分に錯誤があり、当該錯誤がなかったならば、表意者はもちろんのこと、通常人においても、転換契約をしなかったであろうことを意味する。

[事案 21-78] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

平成 22 年 7 月 9 日 和解成立

< 事案の概要 >

変額個人年金保険のリスクを含めた商品内容の説明がほとんどないまま、契約の締結をさせられたとして、契約を取消し既払込保険料を返還することを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年 6 月、募集銀行の職員(募集人)を窓口として変額個人年金保険に加入したが、その際、下記の通り、説明がほとんど行われぬまま契約締結に至ったものであり、契約を取消して一時払保険料を返還してほしい。

(1) 募集人は、父に私(申立人)名義の定期預金を原資とする申立契約の勧誘をし、保険内容の説明ももっぱら父に対して行われ、契約当事者である私に対して申立契約のリスクを含め契約内容の説明をほとんど行わず、所要時間5,6分程度の手続で、元本欠損等のリスクのないものと誤信させて、申立契約に加入させた。

(2)父も、申立契約が元本欠損のリスクのある商品であることを理解していなかった。

< 保険会社の主張 >

以下の通り、募集人には説明義務違反等はなく、申立人の本件保険加入について法律上の瑕疵はないので、申立人の請求に応じることは出来ない。

(1)申立人に対する商品内容説明について

募集人は、6月8日に申立人と面談し、申立人本人に対してパンフレットを示して50%程度が株式で運用されることなどの商品内容を説明した。申立人は、契約申込書に自署押印するとともに、意向確認書等についても申立人自ら記載内容に目を通したうえでチェック欄の記入、署名をしている。

確かに、募集人による申立人との面談時間は10~15分間のみであることは認めるが、募集人は、申立人の父に対して事前に商品内容の説明をしており、申立人は、募集人が面談した時には、すでに加入を決めている様子であったことから、申立人は、募集人との面談前に、申立人の父より本件保険商品の商品内容について説明を受けていたものと合理的に推測される。これらのことから、申立人は本件保険商品の商品概要を理解していなかったものとは認められない。

(2)申立人が父に加入判断を委ねていたことについて

申立人は、保険加入についての判断を自己に代わり父が行うことを了承し、その権限を父に授与していたのであるから、保険契約に加入するか否かの判断権限は申立人の父にあったため、募集人が申立人の父に対して商品説明を行い、父がその仕組みや元本欠損リスクを理解していれば、募集人の説明義務は尽くされているとみるべきである。

保険料の原資となった申立人名義の定期預金は、申立人の祖父より申立人が贈与を受けたとされるものであり、口座の管理は全て申立人の父が行っていた。募集人は、当初申立人の父を契約者とする保険の募集を行っていたところ、申立人の父より娘(申立人)名義の定期預金を利用したいとの申出があり、保険加入に至った。また、申立人は加入手続きにおいて父の指示に従い署名押印しており、申立人が保険加入の判断を父に委ねたとしても不自然不合理ではない。

(3)申立人の父の保険内容の理解について

募集人は6月1日、申立人の父に対して設計書、パンフレットを用いて保険内容について説明するとともに申立人の父を契約者とする設計書を交付している。

申立人の父は投資信託などの運用の経験があり、募集人による説明により変額保険が元本欠損リスクのある商品であることは理解していたと認められる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人、保険会社双方から提出された書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容などに基づき審理した結果、申立人にも、契約締結にあたり内容を十分理解することなく、意向確認書の投資リスクに関する理解を確認する質問等に対して、自ら「はい」にチェックし、保険契約者欄に自署している点など一定の過失が認められるものの、募集人は、申立人の父が申立契約を締結する権限を申立人から委任されていたわけではないことを認識しながら、契約者である申立人にリスクの説明をせず、わずか5,6分程度の説明で署名押印

をさせた募集人の募集行為は、保険業法、金融商品販売法上問題があり、申立契約の有効性についても、消費者契約法、民法に照らして問題がないとは言えないことを踏まえ、保険会社に対し和解を促したところ、保険会社より和解案の提示があった。

審査会において検討した結果、同和解案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。

[事案 21-81] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 22 年 7 月 22 日 裁定終了

< 事案の概要 >

銀行員の勧誘により変額個人年金保険に加入した際に不実告知があったとして、契約の取消しと払込保険料の全額返還を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 19 年 4 月、銀行員(募集人)の勧めにより、保険料一時払の変額個人年金保険に加入したが、勧誘に当り、下記のとおり、消費者契約法の不実告知があったので、契約を取り消し、払い込んだ保険料を全額返還して欲しい。

- (1) 当該保険商品は、元金がゼロになる可能性もある高リスク商品であるにもかかわらず、そのことを一切告知せず、銀行よりも高金利であることを謳い勧誘された。
- (2) 契約に当たって、パンフレット・設計書・注意喚起情報等についての説明が殆どないまま手渡された。設計書と契約書が同じ日付で、一切考える時間を与えていない。
- (3) 募集人は、当該商品が生命保険であることを契約日まで告知していない。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、募集経緯に特段の瑕疵はなく、申立人の主張する「消費者契約法の不実告知」の事実もないことから、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 当該募集は、2 日間にわたって変額個人年金保険の具体的商品内容について説明が行われたものであり、申立人は募集銀行所定の確認書、当社所定の意向確認書を自らチェックした上で、申込書に自署・捺印し保険料の入金を行っている。
- (2) 募集人は、当該保険の商品内容について、パンフレット、設計書、契約概要、注意喚起情報を使い、運用実績がマイナスの場合は一時払い金額を下回ること、運用実績がゼロである場合には初期費用の 4%分マイナスとなるため据置期間満了時の積立金額は 960 万円となること、当該保険商品が値動きのある商品であることから元本保証でないこと、等について丁寧な説明を行っていた。
- (3) 保険設計書には例として上下(プラス又はマイナス)2.5%、5%の変動幅が例示されており、申立人は募集人から設計書による説明を受けていた。
- (4) 募集人は、面談の際に申立人に対してパンフレット・設計書を使って商品内容の説明を行っており、パンフレットには「個人年金保険・ 」と明記されており、当社の社名・会社概要も掲示されている。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等や申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件においては申立人の主張するような消費者契約法第4条の契約取消事由も、民法上の無効理由も認定することはできない。したがって、本件申立内容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. 消費者契約法における取消事由が認定できるかという点について

- (1) 申立人の提出した「契約概要」には、本件保険の運用された場合の図面があり、運用実績が好調であった場合と低調であった場合とが記載され、低調である場合には積立金が一時払保険料を下回ることが記載されており、その下に5年と手書きされていることから、この図面で説明がなされ申立人はこれを認識していたものと推定される。また、設計書には、運用実績がマイナス5パーセントからプラス5パーセントまでの例が示され、単純に支払った保険料に利息がつくものではないことも説明されており、申立人も説明があったことを認めていること等の事実を相手方会社の募集人は積立金が0になる可能性があるとはまでは言わなかったにしても、運用リスクがあること、積立金が一時払保険料を下回る可能性があることを説明したものと推定できる。また、申立人の事情聴取によっても、これを否定する事実を見出すことはできなかった。
- (2) 申立人は手渡されたパンフレットにアンダーラインがなく、説明がなされなかったことは一目瞭然であると主張するが、パンフレット等にはポイントにおいてアンダーラインがあるなど説明があったと推定され、申立人の主張は客観的事実と矛盾するので、その主張事実を認定することはできない。
- (3) 申立人は考える時間を与えていないと主張するが、説明不十分という主張は漠然としており、消費者契約法のどの取消事由となるか否かを判断できない。申立人は、契約日以前にも3月に募集人と面会して説明を受けた事実を認めており、かつ、契約申込日には通帳と印鑑を持参して、自らの意思で出向いており、もし説明が不十分であれば、一旦中断して他日契約をすれば足りるのであり、説明不十分という申立人の主張には疑問がある。
- (4) 契約申込前に渡されたというパンフレットの説明部分には、明らかに大きく「個人年金保険」という記載があり、説明に用いられたことが明らかな図表にも死亡給付金額という記載があり、その他にも本商品が保険であることを示唆する記述がある。従って、保険であるという説明がなかったとは認められないし、仮に申込当日にのみ説明があったとしても、保険では契約しないという意味であるならば、その場で拒絶することは十分可能であり、このような事実をもって説明義務違反とすることはできない。

2. その他について

申立人は、上記「申立人の主張」記載以外にも各種の主張をしているが、その中心は「この契約は本来自分の意図したものではない」ということであるが、これは民法95条の錯誤の主張と理解できる。

しかし、申立人の供述によっても、契約前に申立人の希望とは異なる説明を受けたことは申立人も認め、かつ異なることを知って契約したのであり、契約時点において錯誤があったと認定することはできない。

[事案 21-89] 契約転換等無効確認請求

・平成22年9月29日 裁定打切り

< 事案の概要 >

転換契約については十分な説明がなく、また新規契約については全く説明を受けていないとして、転換契約の転換前契約への復元と、新規契約を無効として既払込保険料を返還することを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成元年に加入していた定期付終身保険について、平成 20 年 3 月に 5 日目からの入院特約を 1 日目から保障される入院特約へ変更することを希望したところ、契約転換をさせられ、定期保険特約がなくなり、終身保険も減額されるなど、死亡保障が削られた。この保障削減についての説明はなく、また既往症について新たに告知を行うことにより保障範囲が狭められる恐れがあること等についても説明がなかった。契約転換を無効とし転換前契約に戻してほしい。

また、同年 6 月に新規に加入したことになる養老保険については、何らの説明も受けたことがなく、この保険のために医師の診査を受けたこともない。保険設計書も渡されておらず、保険証券等の印影は長らく使用せず使用しないものと決めている印によるものであり、自分は捺印していない。本件契約は、契約者の意思によらないもので無効とし、払い込んだ保険料を返還してほしい。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、転換契約の転換前契約への復元と養老保険契約の取消しによる保険料の返還請求に応ずることはできない。

- (1) 転換契約については、営業担当者は募集資料を用いて、転換前契約の保障内容のまま更新した場合には保険料が高くなること、提案した転換契約によると死亡保障は減るものの保険料の上昇を抑えながら短期入院保障が得られることなどについて説明した。申立人も説明内容を理解した旨の発言をするなどしており、十分に契約内容を理解した上で契約をしたものであるから、なんら契約上の瑕疵はない。
- (2) 養老保険については、当初医療保険を提案したものの、引受査定の結果、養老保険でなければ引受けが出来なかったものであり、養老保険の契約締結にあたっては、あらかじめ重要事項や商品内容の説明を行い、申立人も十分に内容を理解した上で申込書・意向確認書に自署・押印をしたものであって、なんら契約上の瑕疵はない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立てを受理し審理を行い申立人の事情聴取を予定していたが、申立人が逝去した。申立人逝去の場合、法律上、申立人の相続人と保険金受取人間で利害が対立する場合があって、法律関係が複雑化する恐れがあること、さらに本件においては当事者である申立人本人からの事情聴取が必須であるが、これを実施することができないことから、生命保険相談所規程第 38 条 1 項(4)により、裁定手続きを打ち切ることとした。

[事案 21-93] 保険料払込方法遡及変更請求

・平成 22 年 7 月 30 日 和解成立

< 事案の概要 >

営業担当者に照会したにもかかわらず、第 1 回保険料相当額のクレジットカード払いが可能である旨説明がなかったとして、クレジットカードによる保険料の払い直しと損害賠償を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 21 年 6 月、保険料を全期前納して終身保険に加入したが、契約申込みをする際、保険料のクレジットカードでの支払方法の有無を営業担当者に再三確認したが、クレジットカードによる支払方法があったにもかかわらず、営業担当者はクレジットカードによる支払いが可能であることの説明がなかったため、8 回にわたり預金を引き出し、現金(約 380 万円)で支払わ

ざるを得なかった。営業担当者の誤った説明により、クレジットカードによる支払いができなかったことにより、以下の利益を失ってしまったので、損失の補償をして欲しい。

- (1) クレジットカードで支払えば得られるポイントを得られなかった。
- (2) クレジットカード払いであるならば、第1回保険料相当額を申込日ではなくクレジットカード利用代金の引落日に後払いすることができたことから、その期間の金利を失った。

< 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) 第1回保険料相当額の払込方法に関する説明は、保険契約を締結するに当たっての重要事項ではないから、その説明をすべき法的義務はない。
- (2) 後払いによるメリットは、あくまでクレジットカード取引上生じるものに過ぎず、当社が申し込みの勧誘に当たって関知し、予見しうる類のものでもないから、仮に、申立人の主張するような損害が生じているとしても、当社がその損害を賠償すべき責めを負う理由はない。また、保険契約上、当社には、保険契約者に対して、第1回保険料相当額の払い込み方法を選択し直す機会を付与すべき義務もない。
- (3) 申立人には、クレジットカード払いに関する記載のある「ご契約のしおり・約款」を渡しており、申立人としてはクレジットカード払いが可能であることを認識し得る状態にあった。また、第1回保険料相当額は極めて高額で、通常、クレジットカード払いを想定できる範囲を超えているものであること等を考慮すると、かかる説明を口頭でしなかったとしても、ことさら営業上の配慮を欠いていたとはいえない。

< 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申立書、答弁書等の書面の内容にもとづいて審理を行い、裁定審査会としての見解を保険会社に伝えたところ、相手方会社から和解案の提示があった。

審査会において同和解案については審理した結果、妥当なものであると判断し、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、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。

[事案 21-94] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、入院期間の一部日数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 >

高血圧脂質異常症、更年期障害、びらん性胃炎により、平成21年5月1日から3ヵ月間、医師の指示に従い入院治療し、特約に基づく入院給付金を請求したところ、相手方会社は、6月、7月の入院は、約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、5月31日まで合計31日分の入院給付金しか支払わない。

他社からは同一診断書にて、全期間分の入院給付金が支払われ、また、過去において同一病名で入院した際には全期間分支払われており納得出来ない。入院期間の全日数分の入院給付金を支払ってほしい。

< 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できない。

- (1) 本件入院の原因となっている申立人の疾病は、いずれも外来（通院）治療が基本とされる疾病に過ぎないが、申立人の検査結果や治療内容等に鑑みても、そもそも治療の必要性がないか、仮に必要性が認められたとしても通院による治療が容易なものばかりであり、約款所定の「入院」には該当しない。
- (2) 入院先の医師も当初 1 ヶ月の入院見込みを証明し、かつ、実際に 6 月 1 日頃、申立人に対して退院勧告を行っているところ、申立人の希望に基づいて入院が継続となった経緯がある。このような事実等からも同日以降の入院が「入院」の要件に該当しないことは裏付けられる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立内容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) 申立人の請求が認められるか否かは、申立人の入院が、約款の定義する「入院」に該当するか否かの判断にかかってくるが、保険会社提出の確認報告書によれば、保険会社が、平成 21 年 6 月 1 日以降の入院は、約款所定の「入院」には該当しないとして、同日以降の入院給付金の支払いを拒絶していることは一応の理由がある。
- (2) そこで、当審査会は、検査結果や治療経過の詳細を知ることができる診療録（カルテ）の検討が不可欠と判断し、申立人に対し、入院先の病院からカルテを取り寄せ、提出するように要請したが、申立人からは、医師が拒否しているためカルテの提出ができない旨報告があり、提出されない。

理由はともあれ、カルテを検討することができない以上、当審査会としては、申立人の主張する入院が、約款所定の「入院」に該当するという確信を抱くことはできない。

- (3) 申立人は、他社は支払いをしていると主張するが、約款所定の入院給付金の支払事由に当たるか否かの判断は、それぞれが行なうべきものであり、判断に差が生じることはやむを得ない。

また、申立人は、過去の入院（平成 19 年 12 月から翌年 2 月）については、同一疾病で全額支払いがあったと主張するが、入院給付金の支払事由に当たるか否かの判断は、それぞれの入院ごとに個別具体的に判断されるべきものである。

[事案 21-98] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

平成 22 年 8 月 31 日 裁定終了

< 事案の概要 >

変額個人年金の加入に際して、募集人（銀行員）により虚偽説明、不適切な勧誘があったことを理由に、契約の取消しと一時払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 19 年 9 月、銀行を窓口にして変額個人年金（申立契約）に加入したが、その際、下記のような募集人（銀行員）の虚偽の説明、不適切な募集行為により契約したものであり、契約を取り消して一時払保険料を全額返還して欲しい。

- (1) 虚偽説明の内容

知人と同じ変額個人年金保険（10 年満期時に元本の一括受取りが保証されている）の契約を希望したのに対し、募集人は、申立契約がそれと同じ保険であるような虚偽の説明をした。

(2) 不適切な勧誘の内容

変額個人年金加入のため募集銀行の支店を訪問した、1回目の訪問日に、帰る旨を伝えても帰らせてもらえなかった、2回目の訪問日(1回目の訪問日の4日後)は、1回目訪問時に加入した他社の変額個人年金の契約を取り止める目的で訪問したが、執拗に申立契約の勧誘を受け契約した、両日とも勧誘が長時間にわたった。

< 保険会社の主張 >

申立契約を取り扱った募集銀行への確認等を行ったが、下記のとおり、募集人による不適切な勧誘または虚偽説明があった事実は確認できず、申立人の請求には応ずることは出来ない。

- (1) 知人が加入している当社の別の変額年金保険は既に取扱いを行っていなかったため、募集人は他社の変額個人年金および当社の変額個人年金を提案したところ、申立人は、1回目の訪問時、解約手数料がかからない他社の変額個人年金を申し込みしたが、申立人は、再考のうえ、2回目の訪問時に、初期手数料がかからない当社の変額個人年金(申立契約)を加入申込みした。
- (2) 申立人より提出された他社の変額年金保険の申込書、取下げ依頼書兼確認書、および当社の申立契約の申込書、意向確認書の記述は、上記(1)の事実と一貫して整合しており、不審な点は認められない。
- (3) 申立契約の商品内容、ことに元本割れリスクおよび元本割れした場合の保証内容については、来店時に十分に説明しており、申立人の理解力に疑念を差し挟まねばならない様子も認められなかった。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の主張(1)虚偽説明については、消費者契約法4条1項1号(不実告知)、詐欺による取消し(民法96条1項)、錯誤による無効(民法95条)を主張するものと理解し、主張(2)不適切な勧誘については、消費者契約法4条3項2号(退去妨害)による取消しを主張するものと理解し、申立書、答弁書等書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記のとおり、申立内容は認められないので、生命保険相談所規程第44条を適用して、本件裁定手続を終了した。

1. 虚偽説明の有無について

下記のとおり、募集人が申立契約を勧誘するに際し、事実と異なることを告げたとは認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく取消しは認められない。そして、募集人に詐欺(人を欺罔して錯誤に陥らせる行為)があったと認めることもできず、詐欺による取消し(民法96条1項)も認められない。また、申立人に錯誤の存在を認めることは困難だが、仮に錯誤が認められ、それが「要素の錯誤」に当たるとしても、申立人には錯誤に陥ったことにつき重大な過失^(注)があったと言わざるを得ず、申立人から無効を主張することはできない(民法95条ただし書)。

【注】重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、僅かな注意をすればたやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があることをいう。

- (1) 募集人が、申立契約を知人が加入している、既に販売されていない相手方会社の変額年金保険であると申立人に誤信させて、申立契約を締結しても、申立人が知人に確認すれば容易に嘘であることが発覚することであり、本件において、募集人が、虚偽の説明をする事情は認められない。よって、募集人が、申立契約を申立人の知人と同じ保険であるとの虚偽の説明をした事実を認めることはできない。

(2)申立人は、申立契約は10年満期時に元本の一括受取りが保証されている旨、募集人が説明したと主張するが、パンフレットなどにはそのような記載はなく、明らかにそれと異なる内容が記載されている。そして、募集人が、パンフレット、意向確認書などの書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われ、また、これら書面に則して説明するのが一般的であって、書面の記載から明らかな事柄についてその記載と異なる説明をすることは通常考えられないことから、特段の事情がない限り、募集人は、パンフレットなどの書面に則した説明をしたと推認するのが合理的といえる。

本件では、募集人の虚偽の説明を認めることができる証拠は、申立人の供述しかなく、他に上記推認を覆す特段の事情は認められない。よって、募集人が、申立契約の内容について虚偽の説明をしたと認めることはできない。

【注】重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかな注意をすればたやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があることをいう。

2. 不適切な勧誘の有無

申立人は、募集会社の支店訪問時、帰る旨を伝えても帰らせてもらえなかった(1回目)、執拗に申立契約の勧誘を受けた(2回目)、また両日とも勧誘が長時間にわたったと主張するが、この点について、事情聴取における申立人と募集人の供述は異なっており、申立人の供述の他に募集人が退去を妨害する行為をしたと認めることができる証拠はない。

そして、募集銀行において、申立人が募集人から説明を受けた席が、申立人が席を立ち退去しようとした場合にそれを困難にするような状況にあったとは窺えず、申立人が席を立つなどの退去の行動に出た事実も窺えない。

また、2回目の訪問時には、申立人は、別の契約を締結するために募集銀行を訪れており、こうした事情も考慮すると、前記 または の事実を認定することはできないと言わざるを得ない。よって、消費者契約法4条3項2号にもとづく取消しは認められない。

[事案 21-100] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月27日 裁定終了

< 事案の概要 >

保険会社に在籍していない者から満期時受取金について誤った説明を受け、偽造の申込書により契約させられたとして、契約の無効と払込保険料の全額返還を求めたもの。

< 申立人の主張 >

平成6年に生存給付金付定期保険に加入し同21年に満期を迎えたが、勧誘時の営業担当者の行為には、次のような公序良俗に明らかに反する点があったので、保険契約を無効(申立人は「遡及的に解約」と表現)とし、払った保険料に金利を上乗せして返還して欲しい。

- (1)勧誘時には、満期時には満期返戻金(生存給付金のこと)の他に300万円が受け取れるとの説明を受けたが、実際の満期時受取額は160万余円しかなく、勧誘時に受けた説明と満期時の受取金額が異なっている。
- (2)契約申込書は営業担当者により勝手に偽造され、署名押印も別人が行っていて、これを相手方会社は認めている。
- (3)保険会社に在籍していない退職済みの者(A)が社員であるように装って勧誘・商品説明を行い、実際には会ったこともない別の担当者(B)が契約を取り扱っていた。これも相手方会社は認めている。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、申立契約は有効に契約しており、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 満期時の支払金額については、パンフレット、設計書、ご契約のしおり、保険証券、年に一度契約者に送付される「ご契約内容のお知らせ」等に記載されているが、満期時に生存給付金のほかに 300 万円が支払われるとの記載はない。
- (2) 申立人は、本件商品に魅力を感じたことから契約を申し込む旨を伝えたと陳述しており、保険加入の意思表示をしたこと、申立契約について名義変更手続、据置生存給付金、入院・手術給付金の請求を自分自身で行っていることから、申立人は本件保険契約について了知していることが伺われる。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立内容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) 満期時の受取額について

下記のとおり、申立人に満期時の受取額について錯誤があったと認定することはできない。なお、申立人の主張は、担当者に詐欺があったとの主張とも解釈できるが、同様にその事実の認定もできない。

契約時に提示されたパンフレット、設計書等には、満期返戻金のほかに 300 万円が支払われるとの記載はなく、申立人が満期返戻金のほかに 300 万円が支払われると誤解をするような余地のある記載もない。また、加入後に相手方会社から送付されている保険証券、契約内容確認のお知らせにも 300 万円の記載はない。

仮に、申立人が、満期返戻金以外に 300 万円が受け取れるという話を聞いていたのであれば、その記載のない上記の各文書を受け取ったときに相手方会社に問い合わせをするのが普通であると思われるが、申立人は、契約時点から満期金の請求をするときまで、1 回もそのような問い合わせをしていない。

申立人の主張の根拠は申立人の供述以外には存在せず、上記の書面等からすると、申立人が、満期時に満期返戻金のほかに 300 万円を受取れるとの説明を受け、その旨の誤解をしていたという事実を認めることは困難である。

(2) 保険契約申込書が偽造であるかについて

保険契約申込書の保険契約者及び被保険者の署名は、名義変更届等の他の書面の本人の筆跡と異なるように見えるが、偽造とは、名義を冒用して文書を作成する（作成権限がないのに他人が名義人の承諾なく名義人名で文書を作成する）ことをいうが、少なくとも、本件では、以下の点から、申立人が自己の意思に基づいて申立契約に加入したものであることは明らかであり、保険契約申込書の偽造がなされたとは認められない。

申立人の裁定申立書には、「商品に魅力を感じ申し込む旨伝えた」との記載がある。

申立人は、保険契約申込書の署名・押印欄が転写されている保険証券を保険契約成立直後に受け取っているが、偽造についてのクレームを相手方会社に申し出していない。契約申込書の印影は、申立人が自ら作成したことを争っていない書面の印影と同一であり、少なくとも契約申込書は申立人自身の印によると認められる。

申立人は、契約時から 15 年間も保険料を支払い続け、その間に 3 度の給付金請求を行って給付金を受け取っている。

申立人は、平成 13 年に名義変更兼改印届を相手方会社に対して提出しているが、こ

の時点でも契約が自己の意思に基づかない旨の主張をしていない。

(3) 公序良俗違反について

申立人が公序良俗違反の根拠であると主張する事実は、下記のとおり、いずれも認められず、公序良俗違反による無効の主張も認められない。

前記(1)及び(2)記載のとおり、保険契約申込書が偽造されたものであるとの事実及び申立人に対して募集時に誤った説明が行われたとの事実は、本件においては認定できない。申込手続を誰が行ったのかの点については、当事者間において争いがあるが、唯一の証拠と思われる契約申込書には、契約者の情報や保険内容、保険料が印字されており、担当者としてBの記名がある。通常、会社を退職した者が契約申込書用紙を持っているとは考えられず、契約申込書に押印された印鑑が申立人のものであると推定できることを併せて考えると、契約手続はBが行ったものであると考えられる。

[事案 21 - 107] 入院給付金請求

・平成 22 年 7 月 27 日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款に定める入院に該当しないとして、入院給付金が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 20 年 5 月から「癌疑」との理由で約 4 カ月間入院(入院)し、さらに同年 9 月から「腰椎捻挫」で約 2 カ月間入院(入院)したので、10 年以上前から加入していた医療保険にもとづいて入院期間中の入院給付金を請求したところ、保険会社は、約款に定める「入院」ではないことを理由にまったく支払ってくれない。他の保険会社が支払っているのだから、同様に入院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下のとおり、腎癌疑と腰椎捻挫による入院が申立契約の保険約款に定める入院給付金の支払対象となる「入院」に該当しないため、給付金を支払うことはできない。

(1) 保険約款に定める入院給付金の支払対象となる「入院」とは、「医師による治療が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、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」と規定しており、これは、「単に医師が入院を要すると判断しただけでは足りず、入院当時の医学的水準から見て、その病状に照らし、自宅等では治療が困難であって医療機関における治療等を要すると判断することが合理的である入院に限られる」と解釈される。

(2) 申立人の腎癌疑と腰椎捻挫については、入院治療を必要とする医学上の理由は認められず、入院中に行われた治療は通院で行うことが可能であるため、給付金の支払対象とならない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の内容にもとづき審理した結果、本件申立内容は認められないことから、生命保険相談所規程第 4 4 条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1) 申立人の入院が、上記約款上の「入院」にあたるかが問題となるが、その判断にあたっては、主治医の診断のみならず、入院時の医学水準・医療的常識に照らして、客観的、合理的に必要な入院に限られると解するべきであるとするのが、判例・通説である。

(2) 下記理由により、入院、入院については、「自宅等の治療が困難であり」「常に医師の

管理下において治療に専念する必要性があった」と判断することはできず、入院給付金の支払いを拒絶した保険会社の判断は不当であるとは言えない。

入院 について

同入院は、「腎癌疑」での入院だが、実際には、腎癌の検査は入院先の病院では行われておらず、腎癌に対する治療もなされていない。同病院における検査内容および治療内容からして、本来、通院でも十分可能な検査・治療であったと認められる。

入院 について

- 1)同入院は、申立人が強く希望し、翌日も痛みが引かなかったということで入院しているが、看護記録によれば、申立人は、入院の翌日以降、看護師に腰痛を訴えることもなく、入院翌日から院内をうろろしており、その後も頻回に独歩で歩き回っているようである。
- 2)申立人は入院期間中、外で木を切るという活動的な行為も行っており、さらに、外泊や外出したりもしていることから、申立人に入院しなければならないような腰痛があったと認めることは困難である。また、治療内容も、通院で十分可能なものばかりであると考えられる。

[事案 21 - 108] 入院給付金請求

・平成 22 年 7 月 27 日 裁定終了

* 本件申立ては、事案 21-107 と同一申立人からの、同一入院に対する異なる保険会社に対する申立てである。

< 事案の概要 >

約款に定める入院に該当しないとして、入院給付金および通院給付金が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 20 年 5 月から「癌疑」との理由で約 4 カ月間入院(入院)し、退院後 8 日間通院した。さらに同年 9 月から「腰椎捻挫」で約 2 カ月間入院(入院)し、退院後 32 日間通院したので、医療保険(7 年以上前に加入)にもとづいて、入院給付金と通院給付金を請求したところ、保険会社は、約款に定める入院給付金支払対象となる「入院」ではないことを理由に、疾病入院給付金、災害入院給付金、通院給付金とも支払ってくれない。他の保険会社が支払っているのだから、入院給付金、通院給付金を支払って欲しい。

< 保険会社の主張 >

以下のとおり、申立人の入院 および入院 の入院治療は、申立契約の保険約款に定める「入院」の定義に該当しないため、給付金を支払うことはできない。

- (1) 入院 については、治療詳細における医師所見内容に不詳な点があったことから、事実確認を実施し、主治医から聴取した内容によると、被保険者本人から入院希望の申出があったこと、また、通院治療での対処が可能であったことが面談時に確認された。
- (2) 入院 については、傷病名が「腰椎捻挫」、受傷原因として作業中に腰を捻ったとされているが、事故状況の詳細および治療の詳細における医師所見の内容に不詳な点があったことから、事実確認を実施した。主治医から聴取した治療詳細の内容からは、申立人から入院希望の申出があったこと、積極的な処置、治療は実施されておらず、看護記録からは、申立人は入院中、病院内外を頻りに独歩で移動しており、主訴とされる腰部痛は自制内であったものと判断できた。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、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) 申立人の入院が、申立契約の約款上の「入院」にあたるかが問題となるが、その判断にあたっては、主治医の診断のみならず、入院時の医学水準・医療的常識に照らして、客観的、合理的に必要な入院に限られると解するべきであるとするのが、判例・通説である。
- (2) 入院、入院については、下記理由により「自宅等の治療が困難であり」「常に医師の管理下において治療に専念する必要性があった」と判断することはできず、入院給付金の支払いを拒絶した保険会社の判断は不当であるとは言えない。

入院について

入院は「癌疑」での入院だが、癌検査はの入院先病院ではなく別の病院で行なわれ、癌細胞はないとの結果で、癌に対する治療はなされておらず、担当医自身が、入院の必要性はなく、申立人の希望による入院であると言っている。また、検査内容および治療内容からして、本来、通院でも十分可能な検査・治療であったと認められる。

入院について

入院時、入院中等の状況からすると、入院の入院期間については申立人が希望し、主治医も痛みがひどいので入院適応と判断して入院としているが、申立人は、入院の翌日以降、看護師に腰痛を訴えることもなく、入院翌日から院内をうろろしており、その後も頻りに独歩で歩き回っているようである。また、申立人は、入院期間中、外で木を切るという活動的な行為も行っており、更に、外泊や外出したりもしていることから、入院しなければならないような腰痛があったと認めることは困難である。また、治療内容も通院で十分可能なものばかりであると考えられる。

- (3) なお、申立人は、疾病通院給付金及び災害通院給付金も請求しているが、申立契約の通院特約条項によれば、いずれも入院給付金が給付される入院をし、入院の直接の原因となった疾病または傷害の治療を目的として通院をしたときのみ支払われるものであり、本件における通院は、いずれもその支払条件に該当しない。

[事案 21-111] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定打切り

< 事案の概要 >

「がんの治療を受けることを直接の目的とした入院」に該当しないとして、がん保険の入院給付金等が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 >

被保険者である夫は、3つのがん保険契約(保険：平成12年加入、保険：平成3年加入、保険：平成4年加入)を締結していたが、平成20年5月から2ヵ月以上にわたり、「肝細胞がん」の治療を目的に入院治療をした。そこで、それぞれの保険契約に基づき入院給付金、在宅療養給付金、通院給付金を請求したところ、C型肝炎の治療であって、がん治療ではないとの理由で不支払いとされた。下記の理由により納得できないので、各給付金およびこれに対する遅延損害金を支払って欲しい。

- (1) 主治医に確認したところ、「肝がんになっているのだから、がん治療は当たり前」と言われた。さらに、主治医は、診断書に追記として「肝がん治療のため」と日付を入れ、捺印した。
- (2) 主治医の発行する診断書が最も尊重されるものであり、私自身も肝がん治療であったと自

覚している。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、約款に定める「がんの治療を受けることを直接の目的とした入院」には該当しないため、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1) 本件入院における治療のうち、がん治療と評価し得るのは、UFT（抗がん剤）の内服だけであり、その他の治療はいずれも肝臓の炎症、慢性肝疾患といった肝機能障害の改善を目的とした治療であって、がん治療とは評価し得ない。
- (2) この UFT（抗がん剤）の内服に関しては、自宅での治療が可能であり、本件の被保険者も本件入院前から、自宅で内服治療をしていること、また、肝臓がんの症状としても本件入院前から特段変容がないことからすれば、従前継続していた「自宅等での治療が困難」になったとも、また、「常に医師または歯科医師の管理下において治療に専念す」べき状況に変わったものとも評価し得ない。
- (3) 従って、本件入院が直接の目的とするのは、C型肝炎(を含む肝機能障害)の治療であり、これに対して、がん治療については、従前より「自宅等での治療」として継続してきた UFT の内服が、たまたま本件入院と時期が重複したものに過ぎない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、下記のとおり、当事者双方から提出の書面等に基づき審理したが、本件については記録上不明な点が多々あり、これが法的判断を左右する可能性もあるが、仮に事実が明らかになったとしても、さらに「主治医の見解」の相当性あるいは当該治療が「肝がんの治療」として有効であるとの見解の有無、および有効であるとの見解がある場合にはこの見解に関する医学的判断の妥当性を検証する必要がある、その判断は、医師の尋問や鑑定等の厳密な手続きを必要とする。

しかし、裁判外紛争処理機関である当審査会はそのような手続きはなく、本件を明確にするには当審査会ではなく裁判等の手続きに委ねることが妥当と思料し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切ることとした。

1. 検討に当たっての前提

- (1) 申立保険契約の保険約款規定によると、本件で各給付金が支払われるか否かの判断は、どの給付金においても、本件入院が「がんの治療を受けることを直接の目的として入院」したものであるか否かによって判断することになる。
- (2) 入院証明書の記載内容によると、主治医が、本件入院が肝がんの治療を目的としたものであると認めているように見えるが、保険金請求要件に該当するか否かという判断は、医学的な見解を前提としつつも、基本的には約款判断であり、主治医が「癌の治療のため」と言ったとしても、それだけでは給付金の請求要件に該当するものではなく、あくまでも客観的な判断による。(もちろん保険会社の医師の判断のみに依拠するものでもない)。
- (3) がん保険の場合には、一般的にがんの治療として必要な処置をするための入院は支払対象となるが、がんの治療をするに当たって、その患者特有の疾病を治療しなければならない場合、医療行為としてはがん治療の前提として当然に必要なだが、がん保険の約款にいう「がんの治療を直接の目的」とすることにはならない。また、がんの発生を防止する処置も、がんの治療を直接の目的としていない場合には該当しないことになる。

2. 本事案の検討

- (1) 被保険者は、平成14年に肝臓がんの手術を受けており、入院証明書(平成20年8月作成)記載の「肝腫瘍」が、がんであるか否かは不明だが、入院時点で「肝がん」と確定診

断がされていない場合には、そもそも約款規定（支払要件のひとつとして「責任開始日以後に初めてがんと確定診断されていること」という要件がある）により、支払要件に欠ける。

- (2) 肝腫瘍が確定診断でがんと認定されている場合、本件入院時の治療が約款に規定する「がんの治療を直接の目的とする入院」に該当するか否かが問題となる。本件でがんの治療として認定できるのはUFTの投与だが、UFTはもともと入院しなくても投与できるように開発された薬剤で、現実に被保険者も入院前から服用されていたから、この服用だけでは本件約款でいう入院に該当しないことは明らかである。
- (3)ミノフィット、ビタミンK等の点滴投与は、肝機能の改善のための薬剤だが、がんの治療との記載はなく、このような薬剤投与が直ちにがんの治療として評価できるものでないことは明らかである。
- (4) 肝機能の改善は、がんの治療を直接の目的と言えるか否かは疑問である。審査会では、専門医に意見を聴取したが、「肝機能の改善の治療をすることはがんの予防となるが、がんの治療そのものではない」とのことであった。
- (5)本件では、主治医は入院証明書に「癌治療のため」と記載しているが、証拠上からは、どのような理由で「がん治療」のために有効なものとして本件治療を選択されたのかは不明である。上記投薬内容について、相手方会社は肝機能の改善の効果に疑問を呈するが、審査会が意見聴取した前記医師も、インターフェロン等の投与と異なり、積極的な改善効果については否定的な見解を示した。
- (6) 従って、この点でも主治医の見解の根拠が問題となる。あるいは、当該治療が肝臓がんの治療として有効であるとする見解がある可能性もあるが、当審査会には不明である。

[事案 21-117] 高度障害保険金・保険料払込免除請求

・平成 22 年 9 月 29 日 裁定終了

< 事案の概要 >

契約前に発病した疾病を原因とする高度障害であるとの理由で、こども保険の育英年金が支払われないこと等を不服とし申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 5 年にこども保険に加入していたところ、平成 21 年 1 月に「網膜色素変性症」の確定診断を受け、同年 5 月には、当該疾患を原因として「両眼の視力を全く永久に失った」状態になった。

そこで、こども保険の育英年金の支払事由である高度障害状態に該当するとして、育英年金の支払いと、網膜色素変性症の確定診断を受けた以降の保険料払込免除の請求をしたところ、相手方会社が、網膜色素変性症はこども保険に加入する前の平成 3 年から既に発病していたものであるとして、育英年金の支払いと保険料払込免除を認めてくれない。しかし、下記理由により納得出来ないので、育英年金を支払いと保険料払込免除を認めて欲しい。

- (1) 平成 3 年に A 眼科を受診したのはコンタクト処方検査のためで、この時点では網膜色素変性症の臨床学上の自覚症状である夜盲症や視野狭窄もなく、同眼科 X 医師に話したこともない。当日処方されたアダプチノールは、網膜色素変性症の治療薬ではない。臨床学という網膜色素変性症を発症したのは、平成 19 年の B 眼科クリニックでの確定検査で認められた時点であり、保険加入（責任開始時）前に発症したものではない。
- (2) 責任開始時前の原因は不担保とする重要事項について、加入時には説明がなかった。

(3)営業担当者は、申立契約について、「昨年、保険加入時に書いてもらっているから、告知書の記入や指定医療機関の時間をわざわざ割いてもらう必要はない。」と言った。

< 保険会社の主張 >

下記により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)申立人が、平成3年にA眼科を受診した際、医師は申立人の眼底検査を行い、「網膜色素変性症」の所見を認め、「網膜色素変性症」と診断した。申立人も、医師の問診に対し、「最近視野がせまい」「夜見にくい」と網膜色素変性症の症状を訴えていた。また、医師は、網膜色素変性症の治療薬であるアダプチノール等を処方した経過からすれば、平成3年時点で、「両眼の視力を永久に失ったもの」という高度障害の原因となる網膜色素変性症があり、申立人が自覚していたことは明らかである。

(2) 申立契約申込み時に、保険事故が明記された「ご契約のしおり・約款」を交付しており、育英年金の支払事由について説明している。

(3) 申立契約は、申立人の記載した告知書の内容により引受可否を判断するものであるが、営業担当者が、申立人の主張(3)に記載するような発言をするはずがない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人の障害状態が約款別表に定める「高度障害状態」に該当することは、当事者間において争いがなく、当該保険約款には、育英年金の支払事由として「保険契約者が責任開始時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に該当したとき」との記載があることから、申立人の上記高度障害が責任開始時以後の疾病を原因としているかについて、当事者双方から提出された書類等にもとづいて審理した。

その結果、以下により、本件申立内容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) 申立人がA眼科より開示を受け提出したカルテには、初診時(平成3年)の状態として、「a.最近視野が狭い、b.夜見にくい。」との記載があり、同記載については、医師作成の文書(平成21年7月)において、説明がなされており、「前記a. b.の症状は、小生が眼底検査にて色素変性の所見を認めたために、日常生活変化の有無の問いに対しての答えと記憶しています。」と記載されている。

(2) 以上の点を総合すると、申立人は、平成3年、コンタクトレンズの処方のためA眼科を訪れ、網膜色素変性が認められ、X医師が日常生活の変化について申立人に尋ねたところ、申立人は「最近視野が狭い、夜見えにくい」と回答したため、X医師は、網膜色素変性症と診断をしアダプチノールを処方したという事実が認められる。なお、裁定審査会の調査したところによっても、アダプチノールは網膜色素変性症の治療薬であると認められ、協会ガイドライン「保険金等の支払を適切に行うための対応に関するガイドライン」に照らしてみると、本件においては、契約(責任開始)前である平成3年に網膜色素変性症が存在している。

(3) 申立人は、契約(責任開始)前である平成3年のA眼科初診時において、網膜色素変性症についての受療歴(網膜色素変性症との診断に基づくアダプチノール処方)症状(視野狭窄及び夜見えにくい。)があったと判断できるので、協会ガイドライン記載の「高度障害保険金等を支払うべき例外的な事由」には該当しない。

生命保険契約は附合契約^(注)であって、その内容は、約款に従って規定されるものであり、本件では、約款に育英年金の支払事由について「保険契約者が責任開始時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に該当したとき」と記載されている以上、保険金を支払うべきか否かは、上記申立契約の約款の内容に従って判断されるものであり、申立人の

主張（２）及び（３）は、本件の請求の成否には直接関係ないと思料する。

（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（普通契約約款）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。

[事案 21-119] 告知義務違反解除取消請求

平成 22 年 9 月 29 日 裁定終了

< 事案の概要 >

募集人の不告知教唆、告知妨害等を理由に、告知義務違反解除の撤回ないし既払込保険料の全額返還を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 21 年 5 月、B 型慢性肝炎と診断され 10 日間入院した。そこで、20 年 7 月加入の医療保険（申立契約）に基づき疾病入院給付金の支払いを請求したところ、相手方会社は、告知直前の 6 月に肝炎専門病院の A 病院の診察・検査を受け、かつ、その際に定期的な検査の勧めを受けていたことが告知されていなかったとして、同年 7 月に、同時期に加入した終身保険（申立契約）がん保険（申立契約）を含めた全保険契約の告知義務違反解除を通知してきた。

しかし、加入時において、募集人は、下記のとおり、保険業法の禁止行為に当るような不適切な行為等があったことから納得できるものではなく、告知義務違反による解除の撤回ないしは 3 つの保険契約の既払込保険料全額の返金を請求する。

- (1) 募集人に対し、B 型肝炎ウィルスキャリアであること、病院で検査を受けたこと、その際に定期的な検査を勧められたことを告げたが、募集人より、告知は不要であると言われた。
- (2) 募集人は、対面募集であるにもかかわらず契約者である自分と面接しないまま契約したり、告知等について虚偽の説明をした。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 募集人が申立人と直接面談していないのは事実であるが、申立人は申立書で加入動機を自ら述べ、自筆にて申込書を記入し、自ら告知義務違反解除の不当性を主張して、給付請求を行っているものである以上、加入意思があったことは明白である。
- (2) 「（肝炎ウィルス）キャリアであること」を申告していたのは事実であるが、同キャリアであることは告知事項に該当せず、不告知で問題ない。申立人のその他の主張は事実でなく、申立人の妻が募集人に対して告げていたのは、「病院で、自主的な健康診断を受けており、その結果は全く問題が無い」ということだけであり、このような事実はいずれも告知事項に該当しない以上、これを告知不要としたとしても、解除権が行使できないとは到底解されない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第 44 条を適用し、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 告知義務違反の有無について

- (1) 申立人は、申立契約 ~ への加入に当たっての告知書の記載において、加入日前月（平成 20 年 6 月）に、A 病院の診察・検査を受け、医師から、3 カ月ごとに血液検査を受けることを指導されたことについて告知せず、事実と異なる回答をしたと認められる。

- (2) A病院で診察・検査を受けた事実及び同病院医師から、3カ月ごとに血液検査を受けることを指導された事実を、申立人は告知時に認識していたと認めることができること等から、申立人に告知義務違反があったと認められる。
2. 告知義務違反解除が無効であるとの主張について
- (1) 申立人が、募集人に対しB型肝炎ウィルスキャリアであることを告げたことについては当事者間に争いはないが、当該事項は告知事項とされておらず、従って、募集人が告知不要と述べたとしても何ら不告知教唆または告知妨害とはならない。
- (2) 申立人は、「平成20年6月に、生命保険切替えのためにA病院を受診し検査を受け、その際に今後も検査を受けることを勧められた」ことを募集人に対し告げたと主張するが、相手方会社は、申立人より「自主的な健康診断として血液検査をしている」「結果はなんでもなかった」と告げられたと主張し、両者の言い分は食い違っており、申立人の主張を認めることができる証拠は他にない。従って、募集人に不告知教唆または告知妨害があったとの申立人の主張を認めることはできない。
3. 契約が不成立または無効であるとの主張について
- 募集人が申立人と面談していなかったことは、当事者間に争いはないが、そのことにより直ちに契約が不成立または無効となるものではなく（但し、契約者と面接することなく行う勧誘は望ましいことではない）、申立人の妻が申立人に代わり面談しても、契約が申立人の意思に添うものであれば、契約は有効に成立する。本件においては、申立人は契約意思を有していたと認めることができ、契約の不成立または無効の主張を認めることはできない。

[事案 21-121] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年9月29日 裁定終了

< 事案の概要 >

恐怖と困惑のあまり変額個人年金保険に契約したもので、自分の意思に基づいたものでないことを理由に、契約を取り消し、既払込保険料を全額返還してほしいと申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成18年7月、定期預金通帳の記帳のつもりで立ち寄った銀行で、募集人(銀行員)から突然、意思に反して定期預金を解約させられたうえ、商品に係る重要事項の説明もないままに保険料一時払の変額個人年金保険を契約させられた。

申込時には、銀行店舗において言わば拘束状態におかれ、思考停止状態で、恐怖と困惑のあまり、逃げ出すためには申し込むほかなかった状況の中、募集人の主導するままに内容を確認することもできずに書面に記入したものであった。変額個人年金保険を取り消し、既払込保険料を全額返還してほしい。

< 保険会社の主張 >

募集を行った銀行の説明によれば、下記のとおり、保険募集に不審な点は認められず、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 平成18年5月の来店時に、申立人が定期預金の金利に不満を表明したことから、事前に来店の約束を取り付けたうえで、当日、新型定期とともに変額個人年金保険を提案したもので、申立人の意思に反して不意打ち的に定期預金の解約及び保険の購入を迫ったものではない。
- (2) 当該保険の募集にあたっては、パンフレットを用いて商品説明を行い、「契約概要/特に重要なお知らせ」の説明をし、当該冊子を交付した。申立人に対して拘束的又は威圧的勧誘は行っていない。

- (3) 「保険契約申込書兼告知書」の「受領・確認欄」には、契約概要等を受け取ったこと及びその記載事項について募集人から説明を受け、その内容を確認したことにつき、申立人の確認印が押されている。

< 裁定の概要 >

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、強迫による取消し(民法 96 条 1 項)と、錯誤による無効(民法 95 条)を主張するものと解し、申立書、答弁書等の書類および申立人・募集人(銀行員)からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記(1)～(3)の事実に、本件契約当時、申立人は 60 歳代半ばで就職活動までしていた状況にあったことも考慮すると(申立人には十分な判断能力が具備していたと考えられる)、申立人に要素の錯誤(民法 95 条本文)があったとは思われない。仮に申立人が錯誤に陥っていたとしても、下記の経緯に照らせば、申立人には重過失があると言わざるを得ないので、申立人から無効を主張することはできない(同条ただし書き)。

また、強迫の事実(脅かされて怖くなり、そのために意に反する意思表示をすること)は認めることはできないので、強迫による取消し(民法 96 条 1 項)も認められない。

したがって、本件申立内容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) 申立人が、保険申込み当日、銀行に約 3 時間来店し、募集人が簡易パンフレットを利用して商品内容の説明をしたこと自体は申立人も認めている。

上記パンフレットには、本件商品の内容につき、元本保証がなされない場合のあること、投資リスク・保険会社の信用リスクのあること、解約手数料等の諸費用を含め、重要事項について説明が記載されており、募集人は同パンフレットを利用しながら、重要事項について商品説明をしたことが強く推認される。

これに対し、申立人は、上記パンフレットの写真等以外は頭に残っておらず、どのような説明を受けたか判然としない、と述べるが、少なくとも約 1 時間も説明を受けていることに鑑みると、あまりに不自然に思われる。

- (2) 申立人は、本件商品を保険会社の生命保険ではなく、募集銀行の定期預金だと思っていたと述べるが、申立人が署名捺印した申込書には、「変額個人年金保険」の「保険契約申込書兼告知書」であること、「募集代理店」が「銀行」であり、「引受保険会社」が「生命保険会社」であることが印刷されていること、生命保険契約に特有の記載事項である「死亡保険金受取人」欄には、申立人自らが兄の名前を記入していることが認められる。

また、申立人の事情聴取によれば、申立人自身、申込書を書いた時点では、少なくとも自分が申し込んでいる本件商品が生命保険であることに気付いたと述べている。

- (3) 商品説明がなされた場所は、銀行支店の店内であり、対応したのは募集人 1 人であって、数名の行員によって取り囲まれたような状況ではなかったことからすると、「恐怖と困惑のあまり何かしなければ帰してもらえない」という状況にあったとは思われない。さらに、申立人は同支店を出た後(仮に申立人が主張するような状況が存在したとしても、そのような状況から解放された後)も契約の無効・取消を申し出ることなく、1 年数か月後の平成 19 年 11 月に、銀行に出向き、自ら死亡保険金受取人を変更する手続きをとっている。

[事案 22-7] 高度障害保険金・保険料払込免除請求

・平成 22 年 8 月 31 日 裁定終了

< 事案の概要 >

転倒による頸髄損傷のため不全四肢麻痺となり、医師により両下肢機能全廃と診断され高度障害状態になったとして高度障害保険金の支払い等を求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

平成 20 年 9 月の転倒による頸髄損傷のため不全四肢麻痺となり、関節可動域は多少あるものの感覚鈍麻、異常感覚の状態で行歩不能となった。A 病院の医師作成の平成 21 年 1 月付身体障害者診断書・意見書（以下、診断書）によれば、障害状態は両下肢機能全廃とあり、関節可動領域は多少あるものの自らの意思では下肢を動かすことができず歩行できない。そこで、定期付終身保険（平成 2 年加入）にもとづき高度障害保険金を請求したところ、約款所定の高度障害状態に該当しないとの理由で支払われないが、共済や損保会社においては重度障害と認められており、納得出来ない。

また、相手方会社は保険料払込免除の適用となる障害状態であることを認めるものの、症状固定日については診断書による平成 21 年 1 月ではなく、B クリニック医師による最新の診断書（以下、診断書）の同 21 年 9 月であるとして、保険料払込免除^[注]の適用時期について平成 21 年 2 月でなく同年 10 月とするが、納得できない。

[注] 被保険者が不慮の事故で、事故の日からその日を含めて 180 日以内に両耳の聴力を全く永久に失ったり、一眼の視力を全く永久に失った場合など、約款所定の身体障害状態になると、以後の保険料払込が免除される。

< 保険会社の主張 >

下記理由により、申立人の請求には応じられない。

(1) 高度障害保険金の支払いについて

申立契約の約款規定に基づき申立人の身体障害の状況について査定したところ、傷害特約の障害給付金 10 割の支払いには該当するが、両下肢について一定の関節の運動が可能であり、同約款に定める「完全にその運動機能を失ったもの」には該当しないため、高度障害保険金の支払いには該当しないと判断する。

(2) 保険料払込免除の適用時期について

提出された診断書の不備・不明点のため、さらに申立人からの希望により、弊社より何度か主治医に身体障害の状況について確認したが、上記の障害給付金 10 割の査定とした最終の診断書には、症状固定が「平成 21 年 9 月」と記載されている。したがって、保険料払込免除については平成 21 年 10 月からの適用と判断する。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では、申立人提出の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保険約款に定められている高度障害状態に該当するか否かなどについて審理した結果、以下の理由により、本件申立内容は認められないことから、生命保険相談所規程第 44 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. 申立人の障害状態が高度障害保険金の支払対象となるか

(1) 約款上の高度障害状態の判断時期について

後遺障害は、一般に治療を重ねても、症状の回復が見られない時期である「症状固定時」をもって認定されるところ、申立人は、診断書で症状固定と診断された平成 21 年 1 月の後も、B クリニックで通院治療を受け同院の初診時には、「立位・歩行は困難だった」ものが、外来通院リハビリ等の継続により、「立位歩行能力はやや改善が認められ、平行

棒内歩行は短距離可能になった」ので、平成 21 年 1 月以後も治療効果が上がっていたと考えられ、症状固定の時期は平成 21 年 1 月ではなく、実際は同年 9 月であると考えられる。よって、高度障害保険金の支払い事由があるか否かは、診断書 の記載された平成 21 年 9 月の時点の申立人の状態に基づいて判断されるべきである。

(2)高度障害保険金支払事由の該当性について

1)「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」の該当性について

診断書 によれば、食物の摂取、排便・排尿について自力で可能等の記載があり、申立人の状態は、「常に介護を要するもの」について、約款の備考において定義される「食物の摂取・排便・排尿・その後始末及び衣服着脱・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」には当たらない。

2)「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」の該当性について

約款の備考に記載されている「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」の定義から、申立人の障害状態が、下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」の一般の意味するところから、申立人は下肢の自動可動領域が存在しており、その状態は下肢の「完全強直」にも当たらないと判断せざるを得ない。よって、申立人の状態は、「両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの」にも該当しない。

3)したがって、申立人の障害状態が約款上の高度障害に該当するとは認めることができない。なお、申立人は、重度障害であるとの認定に基づき共済金及び損害保険金が支払われたことをもって、本件においても高度障害保険金が支払われるべきであると主張するが、提出された書類等に基づき検討する限り、上記判断とならざるを得ない。

2. 保険料払込免除の時期

約款別表に定める保険料払込免除の対象となる身体障害（9項目）のうち、「脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を永久に残すもの」が申立人の状態に当たると考えられ、備考には「脊柱の著しい奇形」とは、「脊柱の奇形が通常の上着を着用しても外部からみて明らかにわかる程度のものをいいます。」との記載がある。

申立人は、診断書 を基準に、申立人の症状固定が平成 21 年 1 月であり、翌月 2 月から保険料免除となると主張するが、同診断書には、上記の時点で「脊柱の奇形が外部からみて明らかにわかる程度」とする記載はなく、却って、A病院医師の作成した平成 21 年 5 月の診断書（診断書 ）には、「通常の上着を着用しても外部から見てわからない。」との記載があり、1月の時点では保険料免除の状態が発生していないと判断できる。

申立人がこの状態になったのは、診断書 の「18. 脊柱障害 B 変形障害 通常の上着を着用しても外部から見て明らかにわかる。」状態（平成 21 年 9 月頃の時点）であったと認められ、その翌月 10 月分保険料から保険料払込免除となると判断できる。

< 参 考 >

別表 高度障害保険金の支払対象となる身体障害

- 両眼の視力を全く永久に失ったもの
- 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・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
- 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
- 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
- 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
- 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

別表 保険料の払込免除の対象となる身体障害

- 1 眼の視力を全く永久に失ったもの
- 両耳の聴力を全く永久に失ったもの
- 脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を永久に残すもの
- 1 上肢を手関節以上で失ったもの
- 1 下肢を足関節以上で失ったもの
- 1 肢の用または 3 大関節中の 2 関節の用を永久に失ったもの
- 1 手の手指のうち第 1 指（母指）および第 2 指（示指）を含む 4 手指以上を失ったもの
- 両手とも、第 1 指（母指）および第 2 指（示指）を含んで 3 手指以上を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- 10 足指を失ったもの

[事案 22 - 29] 配当金請求

・平成 22 年 8 月 31 日 裁定終了

< 事案の概要 >

満期時受取額が想定していた金額より少なかったとして、想定していた金額の支払いを求め申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

昭和 50 年に加入した養老保険が平成 17 年に満期を迎え、満期保険金、積立配当金(特別配当含む)を受け取ったが、その金額は想定していた金額より少なかった。下記理由により、少なくなった差額を支払って欲しい。

- (1) 生命保険会社は、保険料の名目で資金を調達し、保険料は責任準備金として満期保険金の支払いに備え積み立てられており、責任準備金の性質は、銀行の預金と同様で、保険契約は消費寄託（民法 666 条）であり、責任準備金の一部が未払いである。（ただし、申立人が支払われていないと主張する責任準備金額の算出根拠は明らかではない）。
- (2) 申立契約時に、保険会社は、保険料を予定利率で運用することを約束しており、利息が未払いである。

< 保険会社の主張 >

当社としては、申立人に対し、本件契約の約款に従って契約内容どおりの満期保険金および積立配当金（買増保険金含む）を支払っており、他に何ら債務は残存せず、また、債務不履行や不法行為に該当する行為もなく、申立人の申し出に応ずることは出来ない。

- (1) 生命保険の仕組みにおいては、毎年決算時に 1 年間の実績が判明した際に、3 つの予定率と実績との差によって生じる損益を集計した結果、利益が生じた場合には配当金を支払うが、逆に利益が生じなかった場合は配当金を支払うことができないため、配当金の支払いについては、商品パンフレットおよび見積書にも記載しているように、毎年必ず支払うことを約束したのではない。
- (2) 本件契約では、4.50%の予定利率を設定しており、平成 6 年以降は予定利率を上回ることができなかったこともあり、利益が発生しなかったことから、配当金を支払うことができな

かった。

- (3)申立人が支払いを主張する金額の根拠は、平成 7 年度の運用実績を元に算出された予想金額から、当社が申立人に対し既に払っている満期保険金と積立配当金を引いた額であると推察するが、あくまで将来を予測したものであり、支払いを確約した金額ではない。平成 6 年度以降の運用実績が芳しくなかったことなどから、配当金を支払うことができず、申立人の主張される額より少なくなった次第である。
- (4) 本件契約は平成 17 年 8 月に満期を迎えたが、その際に本件契約の約款に基づき、満期保険金と積立配当金（特別配当含む）の合計金額を支払ったことで、本件契約は消滅している。
- (5) なお本件契約は、申立人の主張するような消費貸借契約もしくは消費寄託契約ではなく、商法第 673 条に規定された「生命保険契約」である。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書等の内容にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件申立内容は認められないことから、生命保険相談所規程第 4 4 条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 消費寄託とは、受寄者が目的物を消費し、同種・同等・同量の物を返還することを約して成立する契約であり、申立人が主張するように、申立契約が消費寄託であれば、相手方は申立人が支払った保険料と同額を返還することを約していることになる。しかし、申立契約の満期時受取金は、確定金額の満期保険金と金額が確定していない配当金とされており、既払保険料と同額を返還する契約ではないので、申立契約が消費寄託でないことは明らかである。
- よって、責任準備金の一部未払いの申立人の主張を認めることはできない。
- (2) 申立人の主張は、予定利率による運用の約束がなされており、それに基づく利息を請求するものと理解するが、満期保険金額は、払い込まれた保険料から事務経費等を差し引いたのち、満期保険金の支払いに充てるため責任準備金として積み立てられたものを予定利率で満期まで運用した金額であり、予定利率相当の利息分は満期保険金に含まれている。また、予定利率を上回る運用益が生じた場合には配当金として支払われる。
- よって、利息の未払いの申立人の主張を認めることはできない。
- (3) 申立人の想定金額と実際に支払われる金額が乖離していることにより、申立人の老後の生活設計に支障が生じることはよく理解できるが、その主たる原因は、いわゆるバブル経済の崩壊後の予測困難な経済状況の変化にあり、他の多くの生命保険契約においても同様の事態を生じており、これをもって保険会社の法的責任を問うことは困難であると言わざるを得ない。

[事案 22 - 43] 解約取消請求

・平成 22 年 9 月 29 日 裁定終了

< 事案の概要 >

新契約を申し込むにあたり、既契約を解約したが、新契約が成立しなかったため、解約処理を取消し、契約を元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 21 年 8 月、代理店担当者の提案により保険を見直すこととし、新規契約(収入保障保険、医療保険)を申し込む一方、その 5 日後に従来より加入していた申立契約(平成 15 年加入の医療保険、同 17 年加入のガン保険)の解約請求書を提出した。

ところが、新規契約に関して健康状態に係わる告知内容に不備が存在することによって新規契約がなかなか成立せず、相手方会社の職員の私に対する発言や対応が悪く、「売り言葉に買い言葉」で既契約を解約してしまった。結局、新規契約は成立せず、今回の件によって体調を崩し精神的にも不安な状態となってしまった。

もともと、既契約の解約の申し出は、相手方会社の職員とのやり取りの中で「売り言葉に買い言葉」でなされたものであり、解約する意思はなかった。また、それまで加入していた保険を解約したため、現在何も保険がなく、今回の通院歴により他の保険に加入することも出来ない。既契約の解約処理を取消し、契約を元に戻してほしい。

< 保険会社の主張 >

下記の経緯に鑑み、解約をなかったものとする正当な理由がないことから、申立内容を受け容れることは出来ない。

- (1) 当社は、保障が途切れないよう新規契約申込の成立まで既契約の解約処理を留保していたが、本件解約は申立人の意思に基づいて行われ、その際、申立人は新契約が成立していないことを承知のうえで、解約処理を先行して行って欲しいことを要望した。
- (2) 新規契約手続きの進行に対する協力を申立人に依頼したが、協力を得られなかったため、新規契約は成立しなかった。

< 裁定の概要 >

裁定審査会では申立書、答弁書の内容にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件申立内容は認められず、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) 下記の事実に照らすと、相手方会社の行った本件保険契約の解約処理には法律的な瑕疵は存在せず、道義的な問題も見当たらない。

相手方会社は、解約処理を先行すると、新契約が成立するまでの間、保障のない期間が生じてしまうため、新規契約の成立を条件として旧契約(本件保険契約)の解約処理を行うこととし、旧契約の解約処理を留保していた。

ところが、新規契約に関して申立人が行った健康状態に係わる告知内容に不備が存在したため、相手方会社は追加告知を求めたが、申立人がこれに応ぜず、新規契約の成立は延び延びとなっていた。

申立人は、相手方会社の職員の発言や対応に不満を募らせ、同年 9 月、「売り言葉に買い言葉」で、本件保険契約の解約処理を先行すれば、保障の空白期間ができ、新規契約が成立しない可能性もあることを承知しながら、本件保険契約の解約処理を先行させ、解約返戻金を早期に支払うように求めた。相手方会社は、申立人の要求に応じて、2 日後に、申立契約の解約処理を行い、解約返戻金を支払った。

- (2) なお、申立人には、解約処理を求めた当時、本件保険契約を解約する意思がなかったとすれば、本件保険契約の解約申し入れは「心裡留保」(民法 93 条)^{【注】}に当たることになるが、心裡留保は意思表示(解約申し入れ)の効力を妨げない(解約申し入れは有効である)。また、以上の事実関係に照らすと、相手方会社において、表意者の真意を知り、又は知ることができたとは考えられない(同条ただし書きの適用はない)

【注】心裡留保とは、表示が内心の意思と食い違っているが、そのことを表意者が知っていることで、冗談がその例。

【参考】民法 93 条(心裡留保)

意思表示は、表意者がその真意ではないことを知っていたときであっても、そのためにその効力を妨げられない。ただし、相手方が表意者の真意を知り、又は知ることができたときは、その意思表示は、無効とする。

【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話法で募集したもの、契約関係者に契約意思がないものなど
	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)に関するものなど
	不適切な話法	融資話法、誹謗中傷など
	加入意思確認不十分	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
	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など
	事務取扱不注意	取扱者等のミス・遅延など保障内容以外の手続きによるもの
	契約確認	確認制度、確認の方法に関するもの
	契約引受関係	契約不承諾、条件付など医的選択、販売制限、決定事務に関するもの
	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などに関するものなど
その他	上記以外の新契約に係わるものなど	
収納関係	集金	集金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など
	口座振替・送金	銀行口座引落とし、振込案内、口座変更に関するもの
	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
	保険料払込関係	前納、一括払、払込満了後の特約継続保険料払込、未経過保険料の返金など保険料払込に関するもの
	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・住所変更	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
	保険料控除	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
	アフターサービス関係	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	