

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 22 年度 第 4 四半期受付分

(平成 23 年 1 月～3 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1. 平成 22 年度第 4 四半期の苦情受付状況

平成 22 年度第 4 四半期の苦情件数は 1,594 件で、前期 (1,699 件) より 105 件、6.2%減、前年同期 (1,785 件) より 191 件、10.7%減と、大幅に減少しており、苦情の定義を不満足の表明とした 18 年度以降で、最も少ない件数となった。

その結果、年度ベースで見ると、22 年度の合計件数は 6,623 件となり、19 年度 (10,148 件) をピークに、3 年連続して減少した。

○大項目別に見ると、従来同様の順番であるが、「保険金・給付金関係」が 497 件 (占率 31.2%)、「新契約関係」が 455 件 (同 28.5%)、「保全関係」が 409 件 (同 25.7%) で、ともに前期より件数は 6 % 程度減少している。以下、「収納関係」は 142 件 (同 8.9%) で、前年同期をピークに減少傾向が続いているが、「その他」は 91 件 (同 5.7%) で、前期よりわずかながら増加した。

○内容別に見ると、『入院等給付金不支払決定』が 227 件 (同 14.2%) で、再び一番多くなったが、件数は減少傾向にある。前期に大幅に増加した『説明不十分』は、大幅に減少し、204 件 (同 12.8%) で 2 番目になった。以下、『解約手続』(119 件、同 7.5%)、『不適切な募集行為』(103 件、同 6.5%)、『入院等給付金支払手続』(94 件、同 5.9%) で、前期の順と同じになっている。

前期に大幅に減少した『契約内容変更』は、今期は大幅に増加し、75 件 (同 4.7%) で 6 番目となり、以下、『配当内容』と『死亡等保険金支払手続』が 57 件 (同 3.6%)、『満期保険金・年金等』が 55 件 (同 3.5%)、『死亡等保険金不支払決定』が 52 件 (同 3.3%) となっているが、いずれも件数は減少した。

○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、平成 22 年度第 2 四半期以降、3 期連続して高い水準となっている。

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		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	79	123.4	104	123.8	99	162.3	103	121.2	385	131.0
	不適切な告知取得	21	116.7	14	77.8	27	142.1	22	88.0	84	105.0
	不適切な話法	27	64.3	42	100.0	33	94.3	34	91.9	136	87.2
	加入意思確認不十分	29	67.4	36	78.3	25	75.8	34	100.0	124	79.5
	説明不十分	197	86.8	200	96.6	238	118.4	204	100.0	839	100.0
	契約内容相違	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	事務取扱不注意	21	110.5	6	37.5	11	78.6	7	87.5	45	78.9
	契約確認	1	-	1	33.3	1	100.0	0	0.0	3	-
	契約引受関係	48	84.2	49	98.0	49	94.2	38	73.1	184	87.2
	告知内容相違	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	証券未着	3	150.0	1	50.0	0	0.0	3	150.0	7	87.5
	その他	12	50.0	6	54.5	3	33.3	10	125.0	31	59.6
計		438	86.7	459	94.3	486	112.5	455	98.7	1,838	97.5
収納関係	集金	14	200.0	12	133.3	12	85.7	8	72.7	46	112.2
	口座振替・送金	13	48.1	30	136.4	26	100.0	26	78.8	95	88.0
	職域団体扱	5	50.0	7	175.0	3	42.9	6	120.0	21	80.8
	保険料払込関係	26	260.0	24	480.0	29	725.0	29	362.5	108	400.0
	保険料振替貸付	63	225.0	43	204.8	40	137.9	26	54.2	172	136.5
	失効・復活	47	151.6	37	72.5	44	110.0	44	88.0	172	100.0
	その他	6	20.7	5	16.7	6	30.0	3	13.0	20	19.6
	計		174	122.5	158	111.3	160	114.3	142	79.8	634
保全関係	配当内容	72	79.1	59	76.6	75	94.9	57	68.7	263	79.7
	契約者貸付	21	80.8	20	66.7	32	86.5	16	41.0	89	67.4
	更新	26	89.7	30	71.4	28	121.7	36	94.7	120	90.9
	契約内容変更	71	78.9	85	96.6	59	80.8	75	101.4	290	89.2
	名義変更・住所変更	35	102.9	34	113.3	38	111.8	24	77.4	131	101.6
	特約中途付加	4	36.4	14	280.0	5	100.0	4	33.3	27	81.8
	解約手続	116	100.9	129	119.4	132	103.1	119	93.0	496	103.5
	解約返戻金	39	52.7	49	71.0	48	114.3	50	96.2	186	78.5
	生保カード・ATM関係	5	71.4	1	20.0	4	80.0	5	125.0	15	71.4
	その他	23	109.5	22	146.7	14	107.7	23	88.5	82	109.3
計		412	82.7	443	94.5	435	99.1	409	84.0	1,699	89.8
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	55	79.7	54	90.0	59	107.3	55	93.2	223	91.8
	死亡等保険金支払手続	70	112.9	59	76.6	68	151.1	57	101.8	254	105.8
	死亡等保険金不支払決定	46	92.0	45	59.2	54	91.5	52	78.8	197	78.5
	入院等給付金支払手続	104	89.7	113	97.4	97	91.5	94	111.9	408	96.7
	入院等給付金不支払決定	254	94.1	238	88.8	233	96.3	227	84.4	952	90.8
	その他	15	115.4	14	140.0	19	135.7	12	50.0	60	98.4
	計		544	93.8	523	86.2	530	101.7	497	89.1	2,094
その他	職員の態度・マナー	19	111.8	16	64.0	18	94.7	22	110.0	75	92.6
	保険料控除	4	200.0	0	-	3	27.3	4	133.3	11	68.8
	個人情報取扱関係	50	106.4	36	53.7	43	78.2	39	111.4	168	82.4
	アフターサービス関係	8	88.9	13	68.4	12	100.0	14	70.0	47	78.3
	その他	26	200.0	7	41.2	12	75.0	12	52.2	57	82.6
計		107	121.6	72	56.3	88	77.9	91	90.1	358	83.3
総計		1,675	92.4	1,655	90.3	1,699	103.3	1,594	89.3	6,623	93.6

※ 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23年1月～3月)

	内 容	発生原因					計	項目	内 容	発生原因					計	
		営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等				営業職員	代理店	その他の職員	制度・事務	契約者等		
新契約関係	不適切な募集行為	84	14	0		5	103	保全関係	配当内容	8	0	0	49	0	57	
	不適切な告知取得	19	3	0		0	22		契約者貸付	5	0	2	8	1	16	
	不適切な話法	22	12	0		0	34		更新	12	3	1	18	2	36	
	加入意思確認不十分	15	16	0	1	2	34		契約内容変更	19	2	5	47	2	75	
	説明不十分	139	57	0	4	4	204		名義変更	3	1	3	15	2	24	
	契約内容相違	0	0	0	0	0	0		特約中途付加	0	1	1	2	0	4	
	事務取扱不注意	3	2	2	0	0	7		解約手続	38	11	11	55	4	119	
	契約確認	0	0	0	0	0	0		解約返戻金	4	6	5	35	0	50	
	契約引受関係	6	4	2	24	2	38		生保カード・ATM関係	3	0	0	2	0	5	
	告知内容相違	0	0	0	0	0	0		その他	8	3	1	11	0	23	
	証券未着	0	0	0	3	0	3		計	100	27	29	242	11	409	
	その他	1	0	0	8	1	10		保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	11	1	4	38	1	55
	計	289	108	4	40	14	455			死亡等保険金支払手続	8	0	8	39	2	57
収納関係	集金	7	1	0	0	0	8	死亡等保険金不支払決定		2	1	1	48	0	52	
	口座振替・送金	7	0	1	18	0	26	入院等給付金支払手続		18	2	9	65	0	94	
	職域団体扱	0	0	0	6	0	6	入院等給付金不支払決定		40	15	8	164	0	227	
	保険料払込関係	3	2	1	23	0	29	その他	1	0	1	10	0	12		
	保険料振替貸付	6	0	1	18	1	26	計	80	19	31	364	3	497		
	失効・復活	8	2	1	33	0	44	その他	職員の態度・マナー	16	1	4	0	1	22	
	その他	0	0	0	3	0	3		保険料控除	0	2	1	1	0	4	
計	31	5	4	101	1	142	個人情報取扱関係		13	5	5	16	0	39		
							アフターサービス関係		6	0	1	7	0	14		
							その他		1	0	0	10	1	12		
							計	36	8	11	34	2	91			
総 計		536	167	79	781	31	1,594									

※「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。

<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、『入院等給付金不支払決定』が227件（占率14.2%）で最も多く、『説明不十分』を上回り再び1位となった。ただし、件数自体は、前期（233件）よりやや減少している。内訳としては、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」、「給付条件外」、「入院給付金不支払」の順となっている。

<入院等給付金不支払決定>

- ・加入時に営業担当者に通院していた事を話したが、営業担当者からは告知する必要はないと言われたにもかかわらず、入院給付金を請求したところ告知義務違反で契約解除するとの連絡があった。
- ・手術給付金を請求したところ、約款記載の手術に該当しないとの理由で手術給付金が支払われない。
- ・入院給付金を請求したところ、通院でも治療可能という理由で入院給付金が支払われない。
- ・ガンになり治療を受け給付金を請求したところ、ガンとは認められないと言われ支払われないが、医師がガンと診断しているのに、納得できない。
- ・給付金を請求したが加入前から発病しているのに不支払いだと言うが、病気について全く知らなかったのだから、支払ってほしい。

第2位は、『説明不十分』の204件（同12.8%）で、前期は2割近く増加したが、今期は逆に約15%減少した。内訳としては、引き続き、新契約に関するものが6割以上を占め、転換契約に関するものは4割弱となっており、いずれも「契約内容」に関する苦情が多い。なお、金融機関代理店に関する苦情としては、変額個人年金に関する元本保証や、リスクについての説明不十分などが多い。

<説明不十分>

- ・貯蓄型の保険だと思い契約したが、掛け捨てタイプのものであった。契約をなかったことにしてほしい。
- ・高齢の父が保険料終身払いの終身保険に加入しているが、既払込保険料が保険金を上回っている。説明不足ではないのか。
- ・定期預金を利率の良いものに変えた方が良くと勧められ、生命保険であることを認識させずに、変額個人年金に加入させられたので、契約を取り消したい。
- ・変額個人年金に加入したが、解約時には元本保証がないという説明がなかった。
- ・医療保障を充実するために手続きしたところ、契約転換させられていたので、前の契約に戻してほしい。
- ・転換時、予定利率が下がることの説明がなかったため、転換をなかったことにしてほしい。
- ・転換したが、積立部分が取り崩されて保険料に充当され、積立部分が少なくなることの説明がなかったため、前の契約に戻してほしい。

第3位は『解約手続』の119件（同7.5%）、前期より1割減少し占率もやや下がった。具体的な苦情としては、従来同様、手続き遅延・放置、手続書類・方法、契約者不知解約に関する申し出が多い。

<解約手続>

- ・担当者に解約申出をしたが放置され、その間に保険料が引き落とされてしまった。保険料を返してほしい。
- ・コールセンターに解約用紙の郵送を申し出たが、営業担当者経由でないと解約できないと言われた。
- ・母が脳梗塞で倒れ、治療費支払いのため、母の契約の解約を申し出たが、契約者に意思能力がないと言って応じてくれない。
- ・妻が、契約者である自分の知らない間に契約を解約していた。解約をなかったことにしてほしい。
- ・10年近く前に解約されていると言うが、保険証券は手元にあり解約した記憶もなく、納得できない。

第4位は『不適切な募集行為』（103件、同6.5%）で、従来、『説明不十分』または『契約内容相違』に分類していたものを一部『不適切な募集行為』に分類変更したこともあり、前年同期比は121.2%と高くなっている。内訳としては、引き続き、無断契約、被保険者不同意等に関する申し出が多い。

<不適切な募集行為>

- ・契約者・被保険者が全く知らない保険契約であり、契約を無効してほしい。
- ・親が私を被保険者にして保険をかけていることが判ったが、私は加入には同意していない。
- ・営業担当者が契約者・被保険者に面接しないで成立した契約で、契約者は担当者から直接説明を受けおらず、契約は無効である。
- ・高齢の親が、契約内容をほとんど分からずに、担当者の言われるまま多額の保険に入っている。

第5位は、『入院等給付金支払手続』の94件（同5.9%）で、苦情内容としては、給付金支払確認、請求手続手配が多くを占めている。

<入院等給付金支払手続>

- ・給付金を請求したら確認が入り、請求して1カ月以上も経つのに未だ支払われない。遅すぎないか。
- ・給付金を請求したところ、確認の同意を求められたが、疑われているようで、承諾できない。
- ・給付金の支払可否について営業担当者に照会したら支払われると言われたので、請求手続を進めていたら、後になり、支払われないかもしれないと言ってきた。
- ・父が入院し給付金を請求したら、父に判断能力がないから、成年後見人を立てないと請求できないと言われた。

第6位は、「契約内容変更」の75件（同4.7%）で、前期より2割以上増加し、順位を2つ上げた。内容としては、手続き遅延・放置が最も多く、今期は保険期間・種類の変更が前期に比べ大幅に増加した。

<契約内容変更>

- ・契約内容の変更を担当者に依頼しているが、対応してくれない。
- ・来年更新を迎えるので減額を申し出たら、一定額以下には減額できないと言い、理由の説明がない。
- ・終身保険を保険料払込満了時に年金に移行した際の年金年額が、設計書記載の年金額に比べ余りにも少なすぎる。
- ・定期付終身保険を、定期特約部分を解約し終身保険部分を残したいと申し出たが、断わられた。

第7位は『配当内容』と『死亡等保険金支払手続』の57件（同3.6%）で、『配当内容』は前年同期比68.7%で、前期と比べても2割以上減少した。苦情の多くは、設計書記載の金額に比べ、受取額が余りにも少ないというものである。

また、『死亡等保険金支払手続』も前期と比べ2割近く減少し、苦情内容としては請求手続手配、請求手続き・方法、支払確認に関するものが多い。

<配当内容>

- ・30年の満期を迎えたが、設計書に記載されていた配当金額と実際の配当金額があまりにも違う。
- ・設計書には、小さな文字で「将来の支払いを約束するものではない」旨の記載があるが、加入時にはそのような説明を受けていない。
- ・終身保険の保険料払込満了後、設計書に5年毎に支払われると記載されていた「長寿祝金」がほとんど支払われない。

<死亡等保険金支払手続>

- ・保険金の支払請求したが、保険会社のミスで書類が放置されていた。
- ・父の死亡保険金受取人である母が、判断能力がないことから、成年後見人を立てるように言われたが、簡易な取扱いして欲しい。
- ・保険金の支払請求をしたところ、確認が必要で3カ月位かかると言われたが、遅すぎる。

第9位は、『満期保険金・年金等』の55件(同3.5%)で、前期よりやや減少した。内訳としては、支払手続き、生存給付金積立残高減少等の苦情が多い。

<満期保険金・年金等>

- ・認知症である父の満期保険金の受取手続きに、戸籍謄本や相続人全員の念書提出を求められたが、どうして必要なのか、説明がない。
- ・こども保険が満期になったが、実際の受取額が設計書記載の金額に比べ余りにも少なすぎる。
- ・個人年金の年金受取が開始したが、確定申告したところ贈与税が課税されることになった。保険会社にも税務についての説明義務があるのではないかと。

第10位は『死亡等保険金不支払決定』の52件(同3.3%)で、前期とほぼ同件数となっている。内容としては、今期は自殺免責の件数が増加し、高度障害非該当の関するものも引き続き多くなっている。

<死亡等保険金不支払決定>

- ・うつ病により意思能力がない状態で自殺したのは明らかなのに、契約後3年以内の自殺という理由で保険金が支払われないのは、おかしい。
- ・加入3社のうち2社からは高度障害保険金が支払われたが、1社だけは非該当だという。同じ状態なのになぜ該当・非該当に分かれるのか、納得できない。

第11位以下の項目では、11位の『解約返戻金』(50件、同3.1%)で、全体の苦情件数が減少するなか、前期(48件)よりやや増加した。次いで『失効・復活』が前期と同じ44件(同2.8%)で第12位となり、同じ収納関係では、『保険料払込関係』も前期と同件数で、未経過保険料の返金を中心に年度を通じて多くの申し出があった。

他方、前年度第4四半期から今年度第1四半期に増加した『保険料振替貸付』は、第2四半期以降減少が続き、今期も前期に比べ3割以上減少し、順位も第1四半期の9位から19位に下降した。

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781件(占率49.0%)と従来同様に最も多い。その占率は、下落傾向が続いていたが、今期は、前期より0.8ポイント増と、わずかながら上昇した。

「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703件(同44.1%)で、占率は、21年度第3四半期以降上昇傾向が続いていたが、今期の占率は前期と同じとなっている。このうち「代理店」に起因する苦情件数は167件(同10.5%)で、前期(158件)に比べやや増加し、占率は10.5%となり前期より1.2ポイント上昇し、近年では最も高くなった。

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 22 年度第 4 四半期に裁定申立てがあったのは 59 件で、裁定審査会において受理審議の結果、56 件が受理され、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」にもとづき 3 件が「不受理」となった。

これにより、22 年度の累計申立件数は 172 件（前年度 122 件）となり、前年度より 50 件増加し、受理された事案（166 件）の申立内容は、以下のとおりである。

なお、金融 ADR 法（保険業法）に定める指定紛争解決機関となった平成 22 年 10 月以降の申立件数は 93 件であり、裁定審査会の認知度が高まっていることが窺える。

申立人からの裁定申立内容	第 1 四半期	第 2 四半期	第 3 四半期	第 4 四半期	計
契約無効確認・既払込保険料返還請求	17	7	10	16	50
銀行等代理店販売における契約無効確認請求	11	10	5	12	38
保険金請求（死亡・災害・高度障害等）	2	1	1	2	6
給付金請求（入院・手術・障害等）	9	10	13	13	45
配当金（買増保険金・年金等）請求	2	2	1	5	10
その他	2	3	4	8	17
受 理 件 数	43	33	34	56	166
不 受 理 件 数	3	0	0	3	6
裁 定 申 立 件 数	46	33	34	59	172

(2) 裁定結果の概要について

平成 22 年度第 4 四半期に裁定審理が終了した事案は 38 件で、「和解による解決」が 10 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 23 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 1 件、「裁定書により和解案を双方に提示し受諾勧告を行ったが、申立人が受諾せず、裁定不調により裁定終了としたもの」が 2 件、「申立人より申立てが取り下げられたもの」が 2 件であった。

第 4 四半期に審理が終了した事案の裁定概要（申立てを取り下げられた事案を除く）は、以下のとおり。

[事案 21-112] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 3 月 11 日 和解成立

<事案の概要>

募集人が配当金を含めた将来における解約時の払戻金が確定的なものであると説明し、それを信じて契約締結したとして、契約を無効とし既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 1 年、平成 3 年、平成 10 年に、計 6 本の定期保険（申立契約①～⑥）に加入した。その後、一部契約については解約しているが、下記理由により、当該契約は詐欺による取消し事由、または要素の錯誤による無効事由に該当するので、既払保険料を返還してほしい。

(1) 勧誘時に、募集人が、使用を禁止されている社内研修教材を用いて、同試算表に記載されている将来の解約時払戻金が確定的なものであると説明した。

(2) 申込契約はA団体会員の税理士の関与先法人等を対象とした商品であるのに、申立人の顧問税理士は、平成2年4月にA団体会員を退会していたにもかかわらず、募集人が、A団体会員である税理士の指導・助言を受けることができると説明した。

<保険会社の主張>

以下の理由により、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1) 勧誘時に、募集人が社内研修教材を用いて説明したことは事実であるが、同試算表に記載されている将来の解約時払戻金が確定的なものであると説明したことはない。
- (2) 申立契約①の契約当時は、申立人の顧問税理士はA団体会員であったし、申立契約②ないし⑥の勧誘時に、募集人がA団体会員である税理士の指導・助言を受けることができると説明したことはない。

<裁定の概要>

本件は、答弁書の段階で相手方会社より和解案の提示があった。裁定審査会が、申立人および相手方会社から提出された申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記事情により同和解案は相当なものと判断されたため、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解決した。

(1) 相手方会社において試算表を作成するシステムが稼働し始めたのは平成2年9月のことなので、申立契約①の勧誘時に、募集人が研修教材の試算表を用いて、同試算表に記載されている将来の解約時払戻金が確定的なものであると説明した事実は認めることができない。(現に、申立人からは、申立契約①についての同試算表は提出されていない。)これに対し、申立契約②ないし⑤の勧誘時に、募集人が相手方会社の社内研修資料である試算表を用いて説明したことは、相手方会社も認めている。申立契約⑥については、申立人から、同試算表は提出されていない。

(2) しかし、募集人は、勧誘時に、同試算表とともに設計書を用いて説明を行ったことが推認され(一般的に、設計書なしでの説明は困難であるし、相手方会社のシステム上、同試算表は設計書を作成しなければ出力できない仕組みとなっている)、いずれの設計書にも、配当金額は将来の支払金額を約束するものではないという趣旨の記載がなされている。

また、申立人に対して交付されたことが明らかな「ご契約のしおり」にも、配当金額は将来の支払を約束するものではないという趣旨の記載がなされている。

そうすると、募集人が、勧誘時に、相手方会社の社内研修教材を用いて説明したとしても、試算表に記載されている将来の解約時払戻金が確定的なものであるとまで説明したとは考えられず、これを理由とする詐欺による取消しや要素の錯誤による無効は認めることはできない。

(3) 申立契約はA団体会員の税理士の関与先法人等を対象とした商品であるが、申立人の顧問税理士がA団体を退会したのは平成2年4月22日であるから、申立解約①の契約当時は、申立人の顧問税理士はA団体会員であったことが認められる。これに対し、契約②ないし⑥の契約時には、申立人の顧問税理士はA団体会員ではなかった。この点を捉えて、申立人は、募集人から、A団体会員税理士による(保険に係わる)継続的指導を受けられると説明され、それを信じて契約をしたのに、顧問税理士がA団体会員税理士でないことが分かっていたらば(募集人から告げられていたらば)契約を締結しなかったと主張する。

(4) 確かに、申立契約がA団体会員税理士の関与先法人等を対象とした商品であること

は事実だが、「設計書」「ご契約のしおり」のどこにも、A団体会員税理士による継続的指導が受けられるという記載は見当たらず、その他、募集人が、勧誘時に、ことさらに、A団体会員である税理士の指導・助言を受けることができると説明したとことを窺わせる事実は見当たらず、これを理由とする詐欺による取消しは認めることはできない。

(5) 申立人は、A団体会員税理士による（保険に係わる）継続的指導が受けられると信じて申立契約を締結したと主張するところ、これはいわゆる「動機の錯誤」に該当する。判例は、動機が何らかの形で相手方に表示されている場合には錯誤となり、さらにそれが法律行為の要素（重要な部分）に当たるときは、意思表示が無効となる、と解している。しかし、本件では、申立人において動機を表示したことを窺わせる事実はなく、要素の錯誤による無効は認められない。

また、申立人は、申立契約は員外契約であるから無効であると主張するが、員外契約であるからといって、契約自体が法律的に直ちに無効となるわけではない。

(6) 以上の次第で、申立人の請求は認めることはできない。しかし、募集人が、本来、募集には使用してはならない社内資料である研修教材を使用して説明していたことは（契約の効力を左右するものではないが）不適切な行為であることは確かである。

[事案 21-118] 契約転換無効確認請求

・平成 23 年 1 月 31 日 和解成立

<事案の概要>

募集人から虚偽の説明を受け誤った認識のもとで契約転換したとして、転換契約の取消を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

定期付終身保険（平成 9 年加入）の更新に当たり、営業担当者に終身保険のみを残して、定期保険特約等特約全てを外しての更新を希望したが、営業担当者から、下記のような虚偽あるいは誤った説明を受け、その結果、誤った認識により、平成 19 年 10 月、契約転換し新しい保険を締結した。

営業担当者の誤った説明により契約転換したのであり、契約転換を取消または無効にして、平成 19 年の更新時に遡って、転換前契約の終身保険のみを継続したものとし、転換後に支払った保険料との差額を返還してほしい。

- (1) 更新時期（平成 19 年 10 月）が到来する従前契約の終身保険契約 200 万円のみを継続を希望したが、募集人から、「契約更新の最低保障額は 2000 万円のため、そのような更新はできない」と言われたので、申立契約に転換したが、実際は希望した更新が可能であったことが判明した。
- (2) 当時、他社の医療保険契約を締結していたため、本件転換契約に短期入院特約を付加する必要はなかったが、この方法しかないと言われ、本件転換契約を勧められた。
- (3) 加えて、本件転換契約締結後、相手方会社は、1、2 年経過すれば保障額を 1,000 万円に減額できるという誤った説明をしており、説明義務違反がある。

<保険会社の主張>

申立人の転換契約について、募集人に対する調査の結果等によっても、以下の通り、募集人による虚偽あるいは誤った説明がなされた事実は確認できず、申立人は必要な説明を受けた上で本件転換契約を締結しており、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 営業担当者は、申立人から、終身保険のみを保障内容とする契約継続の申し出を受けておらず、また、単に最低限の保障にしたいと申し出を受けたものではない。むしろ、入院 1 泊

2日の費用を保障する特約（以下「短期入院特約」）を付加したいとの要望を受けた。

- (2) 契約更新では短期入院特約を付加することができなかつたため、営業担当者は、申立人に対して契約転換を勧めることにし、契約転換の最低保障である2,000万円を保障額と設定した上で、保険料の上昇を極力抑えた提案書を何度も作成し、提示した。
- (3) 申立人は、保険（契約転換含む）に対する一定以上の知識を有し、提案書を確認し、必要な説明を受けた上で本件転換契約を締結したのであるから、何らの錯誤、誤認等もない。
- (4) 申立契約締結後、募集人は保障額の減額は慎重に検討してから行なうことを勧めたにすぎず、誤った説明はしていない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張につき、法的には、消費者契約法第4条1項1号（不実告知）に基づく契約の取消しおよび民法95条の錯誤による契約の無効であると解し、申立人および保険会社から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人からの事情聴取の内容にもとづいて審理した。

審理の結果、下記(1)～(3)の事情を踏まえて、審査会より相手方会社に和解を促したところ、保険会社より和解案の提示があり、審査会においても、同和解案は妥当なものと認め、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解決した。

- (1) 申立人が、更新前から、保険料をできるだけ抑えようと考えていたこと、更新前から、他社の短期入院特約付の医療保険に加入しており、また他社のがん保険や生命共済にも加入していたことから、あえて転換して短期入院特約を付加する動機は低いと考えられること、実際、平成21年には、短期入院特約等はずしていることなどが認められ、相手方会社が申立人に転換を勧めた主たる動機である「申立人が短期入院特約を付加したいと要望したが、契約更新では短期入院特約を付加することができなかつた」という点についての合理性について、疑問がないとは言えないと判断した。
- (2) しかし、「申立人が、転換の前に、平成19年11月に更新時期がくる従前契約の終身保険契約200万円のみを希望し、募集人にその旨伝えたが、募集人から、契約更新の最低保障額は2,000万円のため、そのような更新はできないと言われた」との点については、これを認定するまでの証拠ないしは間接事実、一件記録及び申立人の事情聴取からは、認められなかつた。
- (3) 当審査会に申立てがある前に、相手方会社から申立人に対し、「平成19年の転換後の減額の申し出があつた際の、取扱い職員の説明につき、説明不十分な点が見受けられたので、平成19年に遡つての減額の取扱いは、所管課へ申請する余地はあるものと判断している。」と記された文書が出されている。

[事案 22-5] 入院給付金請求

・平成23年3月28日 和解成立

<事案の概要>

うつ病による治療を継続して行っているのに、うつ病は改善し入院の必要はないとして入院日数の一部しか入院給付金が支払われないことを不服として申立てがあつたもの。

<申立人の主張>

平成21年2月2日、うつ病を原因とする自傷行為により救急搬送され治療を受け、同月23日～11月19日まで、うつ病治療のため入院したにもかかわらず、相手方会社は、うつ病は3

月 16 日までに改善され、それ以降の入院は自傷行為のための入院と判断され、22 日分の入院給付金しか支払われない。

うつ病は改善されておらず、同年 3 月 17 日から今日まで、うつ病に対する治療は継続して行われ、今後も治療継続の必要性があると認識している。うつ病での入院の必要性を 22 日分しか認めない相手方会社の決定には納得できないので、当該医療保険契約の入院給付金支払限度日数である 90 日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、3 月 17 日以降の入院分の入院給付金の請求に応じることはできない。ただし、当初の入院請求は平成 21 年 8 月 28 日入院中での請求であり、当社が確認調査を実施した同年 9 月 28 日以降、解約された同年 11 月 19 日までの間については、入院を必要とするうつ病の治療を行っていたという判断材料がない。当社としても、申立人から同意書を提出するのであれば、その期間について医師への確認調査を実施する準備はある。

- (1) 確認調査した結果、主治医からは「うつ病については、2 月 23 日～3 月 16 日に入院し治療を行い症状は改善した。しかし、ケガの後遺症のため日常生活を送ることが困難なことから、引き続き入院している」という回答を得ており、3 月 17 日以降は、うつ病について治療は行われているものの、入院を必要とするものとは確認できなかった。
- (2) ケガの原因は自傷行為によるものであるため、約款記載の免責事由（被保険者の故意または重大な過失）に該当するため、3 月 17 日以降の入院部分について、災害入院給付金の支払いにも応じられない。

<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、答弁書等の内容にもとづき審理を行い、申立人の同意を得たうえで、本件入院治療に関し医師への照会を行い、照会結果にもとづいて相手方会社に対し再検討を要請したところ、和解案が提示された。

そこで、同和解案の内容について審理した結果、妥当なものと判断できたことから、同案について申立人の意向を確認したところ、承諾するとの回答が得られたことから、和解契約書の締結をもって、解決した。

[事案 22-12] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

変額個人年金加入の際に、募集人（銀行員）から契約関係費用等の説明がなかったとして契約無効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>

平成 21 年 4 月下旬、定期預金の入れ替え目的で銀行窓口にて出向いた際、募集人の勧めで変額個人年金保険（一時払）の加入手続きをした。しかし、翌月上旬に保険証券が届き確認したところ、下記のとおり、説明が不十分で思っていた商品と相違していた。これは重要事項の説明義務違反であり、契約を取り消しあるいは無効にして、一時払保険料全額を返還してほしい。

- (1) 当初は、投資信託を勧められたが、投資信託系のものには入りたくないと思ったにもかかわらず、生命保険と投資信託の複合商品を、生命保険と言われて勧められた。
- (2) 募集人は、解約控除については説明したが、保険契約関係費と資産運用関係費につき詳しい数値説明がなかった。これらの費用がかかると知っていれば、申立契約が投資信託系の商品と気づき、申立契約に加入しなかった。

- (3) 募集人が、申立契約につきクーリング・オフが可能な商品であることを説明しなかったために、契約申込み後、スムーズな契約撤回ができなかった。
- (4) 契約締結前交付書面について、表紙に「お申し込みにあたって、生命保険募集人より、以下の点について口頭でご説明いたします」と記載があるが、口頭での説明がなかった。

<保険会社の主張>

募集人は、以下のとおり、資料に基づき説明を行っており、錯誤・詐欺・脅迫といった契約の無効・取消事由および消費者契約法上の重要事項の不告知等の取消事由等はなく、保険料の返還には応じることができない。

- (1) 募集人は、募集時に、保険契約関係費と資産運用関係費について、パンフレットを示しながら説明している。
- (2) 募集人は、募集時に、クーリング・オフの記載があるパンフレットを開いて申立人に交付し、口頭によるクーリング・オフの説明を行っていないが、「クーリング・オフができるから契約締結を申し込む」という動機は、通常は契約締結の意思表示の要素になり得ないと考えられ、本対応は契約取消の要件には当たらないと考えられる。

<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、錯誤による無効（民法 95 条本文）を主張するものと解釈し、申立書、答弁書等の書面および申立人、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) 一件記録および申立人・募集人の事情聴取から認められた事実
- ①申立人は、申立契約について、約 3 時間の説明を受け、その結果、申立人は申立契約が一時払保険料（元本）を国内外の株や債券等で運用し、その運用実績に応じて積立金額が変動し、解約返戻金額は運用実績により一時払保険料（元本）を下回ることがあること等、変額年金保険である申立契約について、リスクを含む内容を理解していた。
- ②申立人は、募集人から、申立人が負担すべき費用のうち、解約時または積立金の一部引き出し時に負担する費用については説明を受けたが、保険契約関係費及び資産運用関係費については、具体的な数値の説明は受けなかった。（募集人が説明に用いた「ご提案書」等には、上記の具体的な数値の記載があるが、申立人は、その記載に気付かなかった）
- ③クーリング・オフについて、契約締結前交付書面（契約概要/注意喚起情報）及び契約申込書兼告知書の裏に記載があるが、募集人は、口頭で申立人に説明していない。
- (2) 錯誤の成立について
- ①保険契約関係費及び資産運用関係費の不告知による錯誤について
- 申立人は、運用方法やリスクについて理解しており、申立契約の内容の認識に間違いがあったとは判断できず、錯誤は成立しない。
- ②クーリング・オフについて口頭説明がなかったことによる錯誤について
- 事情聴取における申立人の発言内容から、クーリング・オフの告知があっても契約を締結したものと思われるため、クーリング・オフの告知がなかったことは契約締結の意思表示に影響を与えていないと考えられ、錯誤は成立しない。
- (3) クーリング・オフの不告知について
- クーリング・オフについては、クーリング・オフに関する書面の交付または申込日のいずれか遅い日からその日を含めて 8 日間に権利を行使できることが定められているのみで（保険業法 309 条第 1 項）、口頭での説明は、法的には義務付けられておらず、本件では、

クーリング・オフについて記載した契約締結前交付書面が交付されており、口頭での説明がなかったからといって、契約の効力には影響はない。

[22-13] 契約無効確認等請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定不調

<事案の概要>

営業担当者の誤説明により個人年金保険料控除の対象であると誤認し個人年金保険に加入したとして同保険料控除が受けられる契約への変更もしくは同保険の無効・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 21 年 9 月、営業担当者から、個人年金保険料控除(以下、年金控除)が受けられるとの説明を受け個人年金保険(5年確定年金)に加入したが、一般の生命保険料控除の対象にしかならなかった。年金控除を受けることが、加入の主たる動機であり、加入時に、年金控除の適用につき営業担当者に質問した際、募集人は、年金控除の対象になると回答した。

営業担当者から、申立契約が年金保険料控除の対象にならない商品であるとの正しい説明を受けていれば加入しなかったのであり、年金控除が受けられる契約に変更するか、契約を無効とし既払込保険料を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

営業担当者に募集時の状況につき確認したところ、申立人が主張するような虚偽の説明を行った事実を確認されないため、申立人の請求には応じられない。

- (1) 申立人は、年金控除が受けられる年金に加入希望とのことであったが、予算(年払保険料 30 万円)、年金額、年金開始年齢等から年金控除を受けられるような保険設計ができなかったことにより、申立契約(5年確定年金)での加入となったものである。
- (2) 契約加入に際しては、5年確定年金のため、「個人年金保険料税制適格特約(以下、税制適格特約)」を付加することが出来ず(※)、年金控除が受けられないことを説明し、申立人もそのことを了知のうえ、加入した。

※「個人年金保険料税制適格特約」を付加するには、①年金受取人が契約者本人か配偶者のいずれかであること、②年金受取人が被保険者であること、③保険料払込期間が10年以上であること(一時払は不可)、④年金の種類が確定年金(有期年金)の場合は、年金支払開始日における被保険者の年齢が60歳以上で、かつ年金受取期間が10年以上であること、の全ての要件を満たす必要がある。

- (3) 申立人は、近年における約3年間、当社に勤務しており、一般の方と比べ、保険商品に関する知識は相当程度有しているものと判断している。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を法的に整理すると、申立契約に税制適格特約が付加されていない(付加しえない)ことを告げなかったことにつき、消費者契約法第4条1項1号(不実告知)に基づく申立契約の取消もしくは民法95条の錯誤に基づく契約の無効を主張するものであると考え、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、募集人からの事情聴取の内容にもとづいて、募集に際し「申立契約は、税制適格特約を付加できず、年金保険料控除が受けられない」ことを、募集人が申立人に告知したか(あるいは、誤った回答をしたか)否か等について審理した。

審理した結果、下記のとおり判断するとともに、総合的に考慮して、審査会としての和解案を相手方会社に打診したところ、相手方会社からこれに応ずる旨の回答があったので、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、裁定書による和解案の受諾勧告を行ったが、申立人から和解案を受諾しないとの回答があったため、生命保険相談所規程第45条第2項にもとづき、裁定不調として裁定手続きを終了した。

- (1) 下記のとおり、募集人が税適適格特約について、正確な知識のもとで、申立人に適切に説明したかどうかについて疑問が残った。
- ①事情聴取の際、募集人に税適適格特約について尋ねたところ、「60歳年金開始、または10年確定であれば付けられる」と誤った要件を述べていた。
- ②募集人は、設計書の所定欄に「税適適格特約を付加しています。」と記載されていなかったため、税適適格特約は付いていないと申立人に説明したと回答しているが、相手方会社より提出された設計書ひな型の当該事項の記載欄と募集人が指摘した記載欄とは異なっている。
- (2) 一方で、本件において、低金利下で、年金保険料控除を受けられる契約であることが申立人の契約の重要な動機であり、それが表示されていたと推定されるものの、その点が、消費者契約法第4条1項1号の対象となる重要事項もしくは民法95条の要素の錯誤にあたるかについては、疑問が残る。
- (3) 募集の際に、申立人の主張するとおりのやり取りがあったとまでは、事情聴取からは判断できなかった。

[事案 22-14] 配当金請求

・平成 23 年 1 月 7 日 和解成立

<事案の概要>

実際の祝金等の受取金額が設計書記載の金額より少なかったことから、設計書記載の金額等を支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和 52 年に加入した定期付養老保険が 80 歳の満期を迎えたが、加入時に提示された設計書に記載されている満期保険金と 65 歳以降 5 年毎に支払われる祝金(配当による買増保険金)等の合計額に比べ、実際に受け取った金額が 200 万円以上も少なかった。

下記理由により納得できないので、設計書記載の金額を支払うか、それができないなら既払保険料に利息を付けて返還してほしい。

(1) 契約勧誘時に提示された保険設計書に次のような問題があった。

- ・各種「祝金」の欄に根拠の示せない金額が記載されている。
- ・「満期までご生存の場合のお受取合計額」が本来の金額より 100 万円程水増し記載されている。
- ・配当金について「多少の変更があります」と記載されているが、多少の金額どころではない変動額である。

(2) 営業担当者は、設計書にもとづき「当該商品は、掛けた保険金が増えて戻ってくる貯蓄型のもので」という説明があったため、年金保険などに類するものと認識した。

(3) 設計書の記載内容が契約した保険商品の内容であると信じ、保険料を納めていた。上記

(1)の設計書の記載は、保険業法に違反する重大な問題行為である。

<保険会社の主張>

下記理由等により、申立人の申し出に応ずることは出来ない。

(1) 30 年以上も前のことであり、当時の営業担当者とみられる人物は既に死亡していることから、本件設計書に手書き記載の各予想祝金額の根拠や正確性は今となっては不明だが、記載の祝金・満期保険金の各金額を足すと明らかに異なり、担当者の記入誤りと思われる。

(2) 申立契約が有効に成立したのであれば、その内容は約款に基づくものであり、契約締結権限や契約内容変更権限のない営業担当者による設計書予想祝金額欄の記入誤り等があった

としても、本件保険契約の内容に影響を及ぼすものではないと思料する。

(3) 本件設計書に「多少の」との表記はあるものの、申立人は、本件契約の祝金が配当金を原資としていること、本件契約の祝金は設計書記載どおり、または設計書に近い金額となることが必ずしも確定しているわけではないことは、申込みときに認識されていたものと考えられ、申立人に錯誤があったとまでは認められないと考える。

(4) 仮に、申立人が、本件契約の祝金は設計書記載どおり、または設計書に近い金額となることが確定しているという理由により、本件契約を締結したのであれば、法律上は動機の錯誤であり、この動機が表示されない限りは法律上の錯誤無効の要件を充たさないと考える。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の法律的主張は概ね下記1. のとおりと解釈し、申立書、答弁書等書面の内容にもとづいて審理し、下記2. のとおり判断するとともに、本件においては、従前の交渉経緯に鑑み、相手方会社が本審査開始前に申立人に示した和解案を、本審査においても維持することが妥当と考え、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解決した。

1. 申立人の主張

(1) 主位的請求

保険契約は、契約申込者において、約款及び説明資料に基づき契約判断をするものであるから、仮に設計書が約款に反していても、それは保険会社の問題であり、契約は設計書の記載に従うべきものであり、設計書記載の金額の支払いを求める。

(2) 予備的請求1

下記理由により、民法96条1項（詐欺）により契約を取消し、既払保険料に遅延損害金を付けて返還してほしい。

- ① 募集人は募集に際し設計書に基づき、「掛けた保険金が増えて戻ってくる貯蓄型」との虚偽の説明を行ったが、実際の受取金は払込保険料を下回った。
- ② 設計書には、明らかに受取総額について虚偽の金額が記載されている。
- ③ 設計書には、祝金等の配当金について「多少の変動がある」旨の記載しかないが、実際には大きな変動があり、虚偽の事実を記載したものである。

(3) 予備的請求2

本件募集行為は、虚偽の内容を記載した文書を使用して保険契約の勧誘を行ったもので、不法行為が成立するので、損害賠償を請求する。

2. 審査会の判断

本件の申立人の法律的主張はいずれも認めることはできない。

(1) 主位的請求について

個別契約において、約款と異なる契約が成立したと判断することは特別の理由のない限り認められない。本件において、申立人は設計書に基づき保険契約を締結する意思を形成したのであり、設計書の記載が保険契約の内容を拘束すると主張するが、設計書は単なる説明資料に過ぎず、契約の内容を左右するものでない。従って、申立人の主位的請求は理由がない。

(2) 予備的請求1及び2について

下記のとおり、本件はいずれも法律上の理由がない。

- ① 本件において、仮に募集人あるいは相手方会社が故意に虚偽の事実を告げ申立人を欺もうとしたのであれば、詐欺による取消を認めることができるとは、取消権は

民法 126 条により 20 年を経過した場合には、行使することができない(除斥期間)。本件は契約から 33 年間を経過しているため、事実関係を判断するまでもなく、法律上の理由がないことになる。

② 不法行為責任も民法 724 条により 20 年の除斥期間が経過しているため、賠償請求権を行使することはできない。

(3) その他の申立人の主張について

① 設計書の満期までの合計支払金額は当該文書自体から明らかに誤りであると判断でき、このように容易に判明することで、相手方を欺く意図を持っていたとは通常は判断できず、これは単なる計算ミスであり、故意に申立人を欺もうしようとしたとは考えられない。

② 配当金について、変動することが示されているとはいえ、「多少」との記載であり、反対解釈をすれば「多少」しか変動しないものと誤信させる危険性があること、祝金が配当金を原資としていることの説明が不十分であることなど、現時点の判断としては、説明義務を十分につくしたとは到底言えない。

しかし、不法行為の成否は、現時点での判断ではなく、行為時を基準とする判断であり、昭和 52 年当時は、バブル崩壊等の著しい市場変動前で、保険会社においても、配当金が本件のように大幅に変動することの予測は困難であったと思われる。

【事案 22-15】 転換契約無効確認請求

平成 23 年 3 月 25 日 裁定終了

<事案の概要>

契約分割及び一部転換にあたり、保障内容等について説明を受けていないとして転換前の契約に戻して欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 20 年 6 月、終身保険(平成 4 年加入)を分割し、医療終身保険への一部転換を行ったが、下記の通り説明義務違反があったことから、転換前契約に戻してほしい。

- (1) 分割した契約(転換前契約)について、予定利率が高い終身部分が 1000 万円から 300 万円に減額され、解約返戻金が減ることの説明を受けていない。
- (2) 転換後契約の特約について、10 年後に更新され保険料が上がることの説明を受けていない。
- (3) 分割した契約(転換前契約)の保険料払込期間は 60 歳であったが、転換後契約は 69 歳になっている。
- (4) 契約転換の 1 ヶ月後、相手方に就職するための面接を行ったが、その際、通院していて投薬を受けている事実を営業職員に伝えたところ採用を断られた事実があり、この時点で相手方会社は告知書の告知内容と異なることを認識したのであり、転換契約を取り消す義務があった。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の申し出に応ずることはできない。

- (1) 契約分割及び分割後の保険契約一部転換手続の際、比較提案書を交付し、同提案書において保障額、解約返戻金額について説明を行っている。
- (2) 「注意喚起情報+ご契約のしおり-一定款・約款」を手交するとともに、保障額等についての重要事項に関する説明を行っている。
- (3) 「意向確認書」によって、契約分割および分割後の保険契約一部転換が申立人の意向に合致していることを確認している。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立書、答弁書等書面の内容等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 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) 説明義務違反について

申立人の法的主張は、説明義務違反による消費者契約法 4 条に基づく契約の取消であると理解し検討すると、下記のとおり、説明義務違反があったとは判断できず、申立人の取消しの主張は認められない。

①申立人が提出した「お申込内容 お客様控」と題する書面によれば、存続契約が終身保険であって死亡等の保障金額 300 万円であること、転換後契約の終身医療保険（主契約）が死亡等の保障金額 10 万円であることがそれぞれ明記されており、当該文書には、解約返戻金額も明記され、かつ、申立人提出の「将来受取額のご説明」と題する書面でも解約返戻金額の計算が記載されている。

②申立人も認めるとおり、募集人により当該受取金額にマーカーが付されており、契約時に解約返戻金の説明もなされたことが推認できる。

③従って、契約時に当該契約の説明がなされていたことが推認されるとともに、仮に口頭での説明がなくとも、当該文書でその内容は十分に確認できることが認定できる。

(2) 告知義務違反による解除について

告知義務違反を理由とする解除をするか否かは約款上、相手方の判断に委ねられており、契約者(申立人)には解除を主張し、あるいは解除を求める法的権利はないことから、申立人の主張は認められない。

〔事案 22-18〕 契約転換無効確認請求

平成 23 年 3 月 25 日 裁定終了

＜事案の概要＞

転換時、営業担当者に転換後契約が終身保険であることを確認したのに実際はほとんどの部分が定期保険特約であったので、転換後契約の保険料の返還等を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成 12 年、それまで加入していた保険契約を契約転換したが、その際、営業担当者には「終身保険」を要望し、担当者から勧められた保険に加入した。加入時には、転換前契約である定期保険の不満を伝えながら、一生涯保障が続く終身保険の提案を強く要望したうえで、設計書の作成を依頼するとともに、定期保険でなく終身保険であることを確認したところ、担当者は、定期保険ではなく終身保険であるとはっきり回答していた。

ところが、平成 21 年に相手方会社から「更新のご案内」が送付されてきたため、担当者に確認したところ、契約転換により加入した保険は、終身保険ではなく「終身移行保険」であることが判った。

契約転換時に、定期保険を終身保険と偽り、保険商品を勧めて契約させたことは明らかであり、転換後契約の支払済保険料および転換前契約の生存給付金を返還してほしい。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、保険契約勧誘に際し、営業担当者の説明には、申立人を誤信させるような詐欺行為は何ら存在しないし、契約転換時において申立人の保険契約に対する理解には十分なものが認められ、申込みの意思表示には何ら錯誤はなかったと認められることから、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 本件保険契約の勧誘に際し、営業担当者の説明には本件保険契約の保険料がずっと同一であることを誤信させるような詐欺行為はなんら存在しない。
- (2) 生保代理店という申出人の属性から考え、加入時において、本件保険契約に対する理解には十分なものが認められ、本件申込の意思表示には何ら錯誤は無かったと認められる。
- (3) 本件保険契約の保障設計書や毎年送付されている生涯設計レポートからも本件保険契約が終身保険と誤信するはずがない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主たる主張は本件保険契約の既払保険料の返還の請求であるから、その法的主張としては、営業担当者の詐欺（民法 96 条 1 項）による取消、または錯誤（民法 95 条本文）による無効の主張であると判断し、当事者双方から提出された書面等の内容、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した。

その結果、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 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. 詐欺について

詐欺とは、契約の一方当事者が、相手方に対して故意に虚偽の事実を告げて、相手方を錯誤（事実とは異なる認識を持つこと）に陥れ、相手方に契約をする意思を形成させて契約をさせることを言うが、下記のとおり、本件営業担当者において、故意に申立人を欺もうする意思があったとは認められないことから、詐欺による取消の主張を認めることはできない。

(1) 本件保険契約は、終身保険の機能を併せもつ保険であり、事情聴取等の結果によれば、募集人は終身保険と本件保険を両方設計して申立人に提示したところ、申立人は保険料が低額な本件保険を選択したものであることが認められる。

(2) 申立人は、10 年の更新について説明を求めた際に、募集人は「見直しができる」と説明し、その際に保険料が増加すると説明せず、あたかも定期保険ではないように誤信させたとあるが、本件保険契約は、指定年齢までは明らかに 10 年満期の定期保険で、そのことは設計書やパンフレットからも明らかであり、募集人の「見直し」という説明は、10 年更新を否定するまでの意図をもった欺もう行為であるとは認められない。表現の不適切性は否定できないものの、単に分かりやすくとの意図に基づくものであり、申立人に判断を誤らせるためになされた欺もう行為であるとは判断できない。

2. 錯誤について

(1) 本件において、申立人はどのような錯誤があったかは判然としないものの、終身保険と他の定期保険部分については、指定年齢まで保険料が変わらないという認識があったという主張と理解される。しかし、事情聴取の結果においても、契約時に終身保険部分を希望した事実は認められるものの、本件契約が上記希望に沿ったものであるとの認識があったということまでは認定することが困難である。

(2) 本件契約について錯誤があったとしても、申立人は錯誤について次のような重大な過失^{【注】}があり、民法 95 条ただし書きにより、錯誤による無効を主張することはできない。

【注】重大な過失とは、僅かな注意をすれば容易に正確な事実を認識できるにもかかわらず、これを怠ったことをいう。

①本件では、設計書により、更新前の契約と更新後の契約が示され、更新前の契約には終身保険と明記されている部分があるのに対し、本件契約ではこの記載はなく、終身保険ではないことが示されている。

②申立人は、募集人と数回面談し、事前にかかる設計書等の交付を受けており、その保険内容を容易に知ることができる。

③申立人は生命保険募集人の資格を持っており、当該保険契約の詳細までは知らないとしても、「満期」「更新」等という保険の一般用語を理解できなかったとは到底考えられない。

【参考】

民法 95 条（錯誤）

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

民法 96 条（詐欺又は強迫）

①詐欺又は強迫による意思表示は、取り消すことができる。

[事案 22-23] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

平成 23 年 1 月 4 日 和解成立

<事案の概要>

契約締結に際し、営業担当者から保険契約について説明を一切受けておらず、契約申込書にも自署押印していない。契約を取り消し支払済保険料全額を返還してほしい。

<申立人の主張>

平成 18 年頃、貯蓄目的で、妻が契約者となり娘を被保険者とする学資保険に入っていると思っていたが、平成 21 年 6 月に妻によって申立解約されたことを契機に、自分の知らないところで勝手に、自分を契約者とした学資保険ではない内容不明の保険（実際は、娘を被保険者とする変額保険<有期型>）が契約されていることが分かった。

下記のとおり、相手方会社とは申立契約を締結したことはなく、契約申込書も偽造されたものであり、契約を取り消して既払込保険料を返還してほしい。

- (1)営業担当者とは、申立契約に関し一度も会ったことはなく、申立契約についての説明も一切受けていない。
- (2)契約申込書類の契約者の署名は、自分のものではなく、筆跡を見る限り長男に書かせたものと思われる。
- (3)営業担当者は夜 8 時過ぎに私の家を訪れ、私にパンフレットを見せて説明した上で私がサインをしたと、相手方会社は主張しているが、そのような事実は全くなく、その時間は私は出かけていて留守にしていた。

<保険会社の主張>

下記のとおり、保険契約は有効であり、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)営業担当者は、申立人の自宅で、申立人の妻も同席して、商品説明を行なっている。
- (2)申込書は、契約者である申立人が自署、押印している。
- (3)申立契約は、平成 21 年 7 月に解約手続がなされたが、申立人より、同年 8 月に、無断解約であるとして解約取消しの要請があり、当社は、申立人の意思に従って申立契約を有効に継続させた経緯からすると、申立人は、申立契約について理解しており、申立契約は有効に成立している。また、有効でないとしても、申立人による追認を主張するものと理解する。

<裁定の概要>

申立契約の効力が争点になった場合、相手方会社は、申立契約が適式になされたことを立証する必要があるが、裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等書面の内容にもとづいて審理したところ、下記のとおり、本件ではその立証はできておらず、訴訟手続に移行しても、立証できるか疑問があると判断した。

そこで、当審査会は相手方会社に和解を促したところ、相手方会社より和解案の提示があり、当審査会も、同案により本件を解決するのが妥当であると考え、生命保険相談所規程第41条1項を適用して、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解決した。

(1) 前提事実

当事者が提出した書面及び証拠より、以下の事実が認められる。

- ① 申立契約の告知書は、被保険者（申立人の長女）自署欄と親権者連署欄はいずれも申立人の妻が署名している。
- ② 申立契約の契約申込書は、契約者（申立人）の生年月日の誤記があったことから、差替申込書が作成されており、当初申込書と差替申込書の保険契約者欄の筆跡は同一人のものと認められが、申立人の筆跡と認められる本裁定申立書の申立人氏名欄の筆跡とは異なる。従って、当初申込書と差替申込書の保険契約者欄の筆跡は、申立人以外の者の筆跡と認められる。
- ③ 申立契約につき、平成21年6月に解約請求がなされ、解約払戻金が支払われたが、解約請求書の保険契約者欄の筆跡は、申立人の妻のものと認められる。
- ④ 申立人の申入れにより、前記解約は取り消され、申立人の妻が解約払戻金を戻し、申立契約は継続された。

(2) 関係者の供述（説明）の検討

- ① 営業担当者は、本裁定申立前の相手方会社による調査において、申立人の自宅で、申立人の妻同席にて商品説明を行い、申込書には申立人が自署している旨述べていたが、再調査において、供述は変遷し具体的な記憶が無い旨を述べている。従って、募集人の供述は相手方会社の主張を立証する証拠にはならない。

なお、解約請求については、申立人の妻を介して行われているが、申立人に直接確認はしていないと述べている。

- ② 申立人の妻は、相手方会社によるヒアリングにおいて、申込書類の署名押印は申立人自身が行っていると述べているが、この供述は、申込書の筆跡が申立人のものとは認められないという客観的事実と矛盾するもので、信用することはできない。従って、申立人の妻の供述も相手方会社の主張を立証する証拠にはならない。

なお、解約請求について、申立人の同意を得たかについての説明は曖昧で、本件各証拠からすると、解約請求は、申立人の妻が申立人に確認することなく行っていることが窺える。

(3) 相手方会社の主張の検討

- ① 当初申込書及び差替申込書の筆跡は、申立人のものとは認められないという客観的な事実があり、前記のとおり営業担当者及び申立人の妻の供述が、会社の主張を立証する証拠足り得ない以上、相手方会社の主張(1)(2)を認めることができない。
- ② 相手方会社の主張(3)について検討するに、申立人は、時期は定かでないが、申立人の妻によって、長女のための学資保険に加入したとの認識を有しており、解約された申立契約がその学資保険であると思い、解約取消しの申入れをしたことが窺え、申立契約について理解して申入れをしたと認めるには疑問がある。従って、申

立人が、申立契約について理解していたという間接的な事実が認められない以上、その間接的な事実を証拠として申立契約が有効であったと認めることはできず、また、追認があったと認めることもできない。よって、相手方会社の主張(3)も認めることはできない。

[事案 22-24] 重度慢性疾患保険金請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

慢性膵炎との診断を受け特約にもとづき保険金を請求したところ、約款所定の支払基準に該当しないとして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 21 年、膵炎で入院し治療を受け慢性膵炎との診断を受けた。そこで重度慢性疾患保険金を請求したところ、相手方会社は、約款に定める重度慢性疾患保険金の支払対象である「慢性膵炎」に該当しないとして支払われない。医師が慢性膵炎の診断をしたのだから納得できないので、重度慢性疾患保険金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、約款の支払基準に該当しない以上、申立人の請求に応ずることはできない。

病院あて二度事実確認をした結果、いずれの医師より、申立人の状態は約款上の支払基準として定めている「慢性膵炎の臨床診断基準」に合致する所見が存在しないと説明されたため、約款上の所定の慢性膵炎でないことが判明した。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者から提出された診断書、約款等の書類にもとづいて審理を行った結果、下記の事項を総合すれば、申立人の罹患した膵炎は、約款に定める日本消化器病学会慢性膵炎検討委員会案『慢性膵炎の臨床診断基準(1983年)』の細則の診断基準による「慢性膵炎」には該当しないことが明らかであり、申立人の請求内容を認めることはできないことから、生命保険相談所規程第 44 条により裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1) 保険約款の拘束力

生命保険契約は(特約も含めて)、生命保険会社が予め作成した所定の保険約款にもとづき契約の内容が定められ、これは、申込者が保険約款の各条項を知り、理解していなくても変わらない(保険約款の拘束力)。したがって、本件で、申立人の請求が認められるか否かも、保険約款所定の保険金の支払要件に該当するか否かで決まることになる。

(2) 申立人の罹患した膵炎は約款所定の「慢性膵炎」に該当するか

下記のいずれについても、申立人(被保険者)の膵炎の症状は、約款記載の『慢性膵炎の臨床診断基準(1983年)』の細則に該当しない。

① X 病院内科の A 医師作成に係る重度慢性疾患診断書には、疾病名として「慢性膵炎の急性増悪」と記載されているが、(ただし、臨床診断基準(1983年)による診断確定日は空欄となっている)、相手方会社が A 医師に面接し確認したところ、同医師は、経過から見て慢性膵炎という診断名でよいと思うが、主膵管の拡張はないので上記臨床診断基準細則による慢性膵炎には該当しなくなる、と回答している。

② 同様に、X 病院院長の B 医師に面接し確認したところ、同医師は、主膵管レベルの膵嚢胞や主膵管の閉塞はなさそうで、嚢胞ができる酷い慢性膵炎とは違う、おそらくそこまではないタイプであろう、主膵管及び胆管拡張は認められず、平成 21 年 9 月の CT 検

査では、慢性膵炎は軽度で重症化していなかった、と回答している。

- ③当審査会において、念のため、申立人の承諾を得て、相手方会社がX病院等から取り寄せた検査画像等を、独自に医療情報会社に調査を依頼した結果、本件の症状は、『慢性膵炎の臨床診断基準（1983年）』の細則には該当しない、検査がいくらか調子の良い時に実施されたことを考慮してもそれは変わらないであろう、との回答を得ている。

[事案 22-35] 入院給付金請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

慢性肝炎及び頸腕症候群等で2回入院したが、約款に定める「入院」に該当しないことを理由に、いずれの入院についても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>

平成 21 年 10 月に医療保険に加入、加入直後の同月上旬から翌月 11 月中旬まで慢性肝炎で 30 日以上入院(第 1 回入院)した。退院後、仕事中に腰を痛め医師に診てもらったところ、入院を勧められ、同年 11 月下旬から翌月 12 月下旬まで頸腕症候群、腰椎症、根性坐骨神経痛で 30 日以上入院(第 2 回入院)した。

そこで入院給付金等を請求したところ、相手方会社は、自宅での治療が困難であった状況がなかったとして、いずれの入院についても支払いを拒否され、入院給付金を支払ってくれない。入院したのは、医師の指示に従ったことであり、途中で退院させて欲しいと言ったが、医師から数値が下がるまではダメと言われ許可が得られなかった。医師からの勧めで入院したのに、自宅での治療が困難であった状況が認められないのは、納得出来ないので、入院給付金等を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の入院治療は、約款に定める「入院」の定義(「医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること」)に該当しないため、入院給付金等の請求に応ずることはできない。

(1) 第 1 回入院について

申立人は、保険申込みの 2 日後から入院しているが、入院直後より、長時間(半日から終日)にわたる外出(10日)・外泊(6日)を頻繁に繰り返しており、常に医師の管理下にあったとは言えない。また、治療内容も、点滴または服薬であり、外来治療できる内容である。

(2) 第 2 回入院について

入院日当日から外泊していることから、独歩入院が可能でADL(日常生活動作)の制限もなかったものと考えられる。その後も外出(16日)・外泊(3日)を頻繁に繰り返しており、常に医師の管理下にあったとは言えない。

<裁定の概要>

本件においては、申立人の入院が、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とするのが、判例・通説である。

裁定審査会では、申立人の入院に、客観的、合理的な必要性、相当性があったか否かについて、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. 第 1 回入院について

第 1 回入院について、下記のとおり、「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」と判断することは困難であり、入院給付金の支払を拒絶した相手方会社の対応は不適切であったとは言えない。

(1) 入院の状況について

申立人は、「慢性肝炎」との診断で入院しているが、カルテ、看護記録、調査会社の確認報告書等による申立人の入院の状況は、下記のとおり、重篤な症状であったとは考えられず、慢性肝炎患者の入院適応ではなかったと判断される。

- ① 看護記録によると、申立人は、入院翌日より外出しており、以後、繰り返し外泊、外出の記録がある。
- ② 入院を指示した理由について、主治医は、「自宅にいとアルコールを飲んでしまい、又肝障害をきたすので、はっきりアルコールを飲まない状態を確認したかったのです。」と回答しているが、外出・外泊時にアルコールは良く飲んでいた様子であるとも回答している。

(2) 入院目的の合致について

申立人の入院は、医師の指示によるものであるが、その目的が、「アルコールを飲まない状態を確認したい。」という趣旨であるとする、申立人は、外出して、頻りにアルコールを飲んでいるようであることから、目的に合致した入院治療を行っていたとは言い難い状態であったと考えられる。

2. 第 2 回入院について

主治医の、腰痛がひどくて、安静加療が必要であるとの判断で入院しているが、下記のとおり、「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」と判断することは困難で、入院給付金の支払いを拒絶した保険会社の対応は不適切であったとは言えない。

- (1) 申立人は、看護記録によると、入院の翌日以降、看護師に腰痛を訴えることもほとんどなく、入院直後から、無断外出するなどベッド上で安静にしていることがなく、ほとんどの時間部屋に不在であった。
- (2) 入院 5 日後には、外出して外で仕事をしていることから、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。
- (3) 治療内容も、投薬、トリガーポイント注射、腰椎牽引、ホットパック等通院で十分可能なものばかりである。

[事案 22-37] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 2 月 18 日 裁定終了

<事案の概要>

募集人（銀行員）による不十分な説明により、認識していたものと異なる変額年金保険に加入させられたとして、契約を取消し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 3 月、普通預金に残高があったことから、募集人（銀行員）より「良いものがあるから…」と勧められ、銀行窓口で変額年金保険（保険料一時払）に加入したが、その際の募集

人の説明不足により、次のとおり、希望していた商品とは全く別のものであった。契約を取り消し、既払込保険料を返還してほしい。

- (1) 「預金は老人ホームに入るための資金であり、元本を保証したもので5年間しか預けることができないので、安心安全なものが良い」と伝えたと、本件商品を勧められたが、同商品は運用期間が10年で、5年では元本保証がなかった。
- (2) 銀行は預金しか取り扱っていないものと思っており、元本保証のない商品を買っているとは知らず、元本割れすることの説明がなかった。
- (3) 変額年金保険というものが全く分からず、本件商品が保険とは説明されておらず、保険とは思わなかった。

<保険会社の主張>

募集代理店および募集人に対する募集時の経緯等の調査を行った結果、以下のとおり、申立人は少なくとも加入時において、商品内容・リスクを了解のうえ申込みに至っており、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 募集人は、申立人が当初5年物国債の購入を検討するも低金利に不満を持っていたことから、運用期間が10年であることを前提に運用の成果や早期受取りも見込むことのできる申立契約の提案を決定し、提案にあたっては、商品パンフレット等を使って運用期間や中途解約リスク等を申立人に説明している。
- (2) 申立人は、募集人から説明を受け、自らの意思で申込書に署名・捺印しており、その申込書の中で、「運用期間」欄には「10年」と、「死亡保険金受取人」欄には実弟の氏名を記入している。さらに、「確認書」欄において、「(申込書の)裏面「確認書」」の内容、「ご契約に際しての重要事項/ご契約のしおり・約款」・「特別勘定のしおり」を受領し、かつ内容について確認・同意をした旨、および「商品の仕組み・特徴・契約者の負うリスク等の重要事項」について販売資格者から説明を受け、その内容を確認のうえ同意した旨、署名・捺印している。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張（「利率の良い商品で、5年間運用し元本の保証があるものと希望したのに、本件商品はこれに合致したものではなかった」）について、錯誤による無効（民法95条本文）、あるいは消費者契約法4条1項1号（不実告知）、または同条2項（不利益事実の故意の不告知）による取消しの主張と判断し、申立書、答弁書等の書面および申立人、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、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. 錯誤無効について

本件においては、錯誤のうち「動機の錯誤」が問題となるが、仮に動機の錯誤になるとしても、申立人には重大な過失があるので、錯誤による無効の主張は認められない。

- (1) パンフレットを見れば、下記のとおり、運用期間も元本保証がどのような場合にあるのかも容易に理解できるようになっている。申立人はこれを見たかどうか記憶がない、あるいは見なかったと言うが、商品内容を説明したパンフレットの中心となる部分を見ずに契約をすることは重大な過失と言える。

- ①募集に際し示されたことを申立人も認めている本件商品のパンフレットによれば、得られる利益（一時払保険料に対する運用益）は変動があり、元本を下回る可能性があることが分かりやすい図で示され、かつ運用が目標値に到達した場合と到達しない場合、更に到達せず元本も下回った場合が大きな文字で具体的に示されていて、元本割れの危険性がある

ことが明らかに分かる

②運用が元本割れした場合には年金受取の場合のみ元本が保証されることも記載されており、更に運用期間も、3年経過以降目標値に達した場合には運用を停止して、一括又は年金での支払いがなされるが、そうでない場合には運用期間の満了時まで運用がなされることが明記されている。

(2) 申立人は申込書に記入しているが、そこには運用期間を10年、目標値を120パーセントと自ら記載している。また保険であることを知らなかったとも主張するが、申込書のタイトルは変額個人年金保険である旨の記載があり、かつ、死亡保険金受取人欄にも自ら受取人を記載しており、保険と知らなかったという主張は不自然である。

(3) 申立人が募集人に老人ホームに入る資金であると表明した事実は、申立人の供述以外にこれを裏付ける証拠はない。

【参考】民法第95条（錯誤）

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。

2. 説明義務違反について

説明義務違反を問題とする場合には、申立人が募集人の説明について「事実に反する説明があったこと」、「不利益事実の告知が無かったこと」を証明しなければならないが、提出された文書および事情聴取の結果においても、申立人はどのような説明があったか覚えていないと言うのみで、説明義務違反を認定するに足りる証拠はない。したがって、消費者契約法に基づき取消しは認められない。

3. 希望に合致しない商品を勧めたという主張について

消費者の希望に合致した商品が存在しない場合、その要望になるべく類似した商品を勧めることは当然に販売者に許された行為であり、仮に募集人が申立人の全ての要望に合致しない商品を勧めたとしても、それ自体のみで、直ちに相手方会社に契約取消しを求める理由とはならない。

[事案 22-38] 契約転換無効確認請求

平成23年2月18日 裁定終了

<事案の概要>

契約転換のデメリットについて口頭説明が不十分であったとして、契約転換を取り消し元の契約に戻してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成16年、営業担当者から契約転換を勧められ、定期付終身保険(同5年加入)を、終身移行保険へ転換を行ったが、下記のとおり契約転換に伴うデメリット等重要事項についての説明が不十分だった。営業担当者から、契約転換のデメリットや転換以外の方法について説明があったなら契約転換しなかったので、転換を取り消し転換前契約に戻してほしい。

(1) 転換前契約の予定利率は5.5%であったにもかかわらず、予定利率の変更について説明することなく、予定利率1.65%の転換後契約を勧めて締結させた。

(2) 営業担当者は、転換後契約のメリットばかり説明しこれを勧め、予定利率の高い転換前契約の終身部分を残すとか、あるいは契約転換せずに医療保険のみを新契約にするなどの方法があるにも関わらず、転換後契約以外の提案が一切なかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の申し出に応ずることはできない。

- (1) 転換前後における被転換契約および転換後契約の保障内容および保険料の具体的数値を示せば保険者としての説明義務は尽くされており、予定利率について説明すべき義務がなく、保険会社の説明義務違反がある旨の申立人の主張は不当である。
- (2) 申立人が「終身部分を残す案」や「医療特約を付す案」の希望を示したのであればともかく、契約者に対して保険会社側が自ら積極的にそのような提案をすべき義務があるとまでは言えない。
- (3) 申立人は申立契約の内容を十分に理解して、その加入を決め契約しており、平成 16 年 10 月に有効に成立した転換後契約の保障を履行してきた。また、平成 21 年 9 月には無事故給付金を支払い、同年 12 月には申立人からの請求に応じて、入院給付金を支払っている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面の内容、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、審理した。

その結果、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 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)消費者契約法にもとづく契約取消について

申立人は、転換後契約について、①予定利率の説明がないこと、②他に有利な契約が存在することを説明しなかったことの二点で、消費者契約法 4 条 2 項の不利益事実の故意の不告知による取消しを求めるものと理解できる。しかし、同法 7 条 1 項は、同 4 条規定の取消権は、契約締結の日から 5 年を経過したときは行使できない（除斥期間）と定めている。本件契約日は平成 16 年 4 月であり、21 年 4 月 9 日をもって除斥期間が経過するが、申立人の申立てによっても、本件契約について異議を申し立てたのは早くとも 22 年 2 月 26 日であり、既に消費者契約法に基づく取消権は行使できないことになる。

(2) 錯誤無効について

申立人は、貯蓄性の高い保険を求めており、予定利率について知っていれば、本件契約転換をしなかったとする主張と理解でき、申立人は明確には主張していないが、錯誤無効（民法 95 条）の主張とも考えられる。

しかし、保険契約は特別の種類の種類を除き、一般には保障に重きを置くものであり、上記申立人の主張するところは、動機の錯誤^{【注】}となる。動機の錯誤は、契約時に当該動機が表示されていることを必要とするが、申立人の主張のみを見ても、これが表示された事実が認められない。

したがって、錯誤により申立契約が無効となるものではない。

【注】「動機の錯誤」とは、表示に対応する意思（契約をしようとする意思）はあるが、具体的な意思決定をする際の動機あるいは過程に思い違いがあることです。判例は、動機が何らかの形で契約の相手方に表示されている場合には錯誤となり、さらに、当該錯誤が法律行為（契約）の要素に当たるときは意思表示が無効となるとしています。法律行為をなすに当たった動機は、一般に表示されることがないので、表示されない内心の動機に食い違いがあれば無効とすることは、相手方に酷だからです。

(3)説明義務について

予定利率は複雑な計算の一要素であるから、これを口頭で説明するまでの法的義務が保険者にあるとは言えない。新旧の予定利率およびこれにより保険料に影響があることが分かるようなことを文書で示せば足りるものである。本件契約の際に交付されている設計書にはこれが明示されており、この点の説明義務違反はない。

また、申立人は、転換以外の他の方法の説明がなかったと主張するが、確かに、契約者にとってベストな契約を説明することは望ましいが、何がベストかは個人的な事情により様々であり、特に要望を示されない限り、第三者には判断することはできない。よって、保険会

社において、転換契約時に転換以外の方法もありうることを文書等で示せば足り、考えられる他の方法を具体的に示すまでの法的義務があるとまでは言えず、この点の説明義務違反も認定できない。

[事案 22-39] 入院給付金請求

・平成 23 年 1 月 11 日 和解成立

<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、入院期間の一部日数の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 12 年に医療保険に加入していたが、心筋梗塞により平成 20 年 6 月 30 日から 10 月 30 日まで 123 日間入院した。その間、6 月 30 日から 8 月 4 日までの 36 日間（ただし、当初 4 日間は不担保）の入院給付金を請求したところ（第 1 回請求）、32 日間分が支払われた。続いて、8 月 5 日から 9 月 11 日まで 38 日間の入院給付金を請求したところ（第 2 回請求）、約款所定の「入院」に該当しないことを理由に支払われない。

下記理由により、納得出来ないので、8 月 5 日以降 80 日分の入院給付金および遅延利息を支払ってほしい（ただし、申立人の真意は、同年 8 月 5 日から退院日である同年 10 月 30 日まで 87 日分の入院給付金の支払いを求めるものと思われる）。

- (1)平成 20 年 4 月には、心臓の状態の悪化により、経済的に困窮したことから、募集代理店担当者に保険契約の解約を申し出たところ、担当者より「120 日間は入院給付金が支払われるから、解約せずに入院治療したらどうか」と、病院を紹介された。また、入院中においても 1 疾病につき 120 日間は保険が適用されると、断定的に回答された。
- (2)主治医は、入院が必要であったことを認めている。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の入院給付金の支払請求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立人の入院は、下記のとおり、常に医師の管理下でなければ治療が不可能という状況ではなく、当社保険約款に規定する「入院」の定義に該当しない。
 - ① 申立人は入院中に、頻繁に外出・外泊した事実がある。
 - ② 入院中の治療内容が内服治療のみである。
 - ③ 主治医も、通院治療も可能であるため医師の管理下でなければ治療が不可能な時期はなかったと、回答している。
- (2) 「入院」の定義に該当するか否かについては、主治医の見解のみに基づいて判断されるものではなく、客観的に判断されるべきものである。
- (3) 申立人より解約の申出を受けた事実は無く、申立人より健康に係る相談があったことから、代理店担当者が知っていた病院を紹介したにすぎない。
- (4) 申立人より、代理店担当者へ保障内容の照会があった際、担当者が、1 入院の支払限度が 120 日であることを説明したことは事実であるが、断定的に「120 日間は入院給付金が支払われる」と説明した事実はない。

<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、答弁書等の書面の内容にもとづいて審理を行い、下記のような様々な事情を総合考慮した結果、和解することが相当であると判断し、生命保険相談所規程第 41 条第 1 項を適用し、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解決した。

- (1) 約款の規定する「入院」の要件を満たすかどうかは、主治医の見解のみに基づいて判断されるものではなく、一般医学上の見解に基づき、客観的に判断されるべきものである。その意味で、相手方会社が、本件入院は約款所定の「入院」には該当しないとして、入院給付金の支払を拒絶することが不当である、とまでいうことはできない。
- (2) しかしながら、他方で、本件入院に至る経緯として、次のような事実が認められる。申立人は、平成 20 年 3 月頃、路上で痙攣発作を起こし救急搬送され、続けて、自宅でも発作を起こし救急搬送された。一人暮らしの申立人は、今後の発作に対する大きな不安を抱き、募集代理店に相談したところ、病院を紹介され受診した。
主治医は、通院治療も可能であるとしつつ、患者の痙攣発作に対する不安が非常に強く、症状が安定するまで入院の必要がある、と述べている。
- (3) 確かに、約款の規定する「入院」の要件を満たすかどうかは客観的に判断されるべきだが、入院の必要性の判断に当たって、被保険者（申立人）の生活環境や心理的な要素（発作の危険性に対する強い不安）を全く考慮してはならない、とまではいうべきではないと考える。
そして、通常人が申立人のような状況に置かれれば、痙攣発作に対して強い不安を抱き、入院治療を希望することは十分に理解できるところであり、主治医がその点を考慮して入院治療の必要性を認めることは、医療の裁量性（医師の裁量権）も考慮すると、不相当であるとはいえない。
- (4) 相手方会社は、平成 20 年 6 月 30 日からの入院について、約款の規定する「入院」には該当しないと主張しているが、それでも平成 20 年 8 月 4 日までの入院については入院給付金を支払っている。一方、8 月 4 日までの申立人の病状と、同月 5 日以降の病状とで顕著な差異は存在しない。

【相手方会社の約款抜粋】

「入院」とは、医師（会社が特に認めた柔道整復師法に定める柔道整復師を含みます。以下同じ。）による治療（柔道整復師による施術を含みます。以下同じ。）が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、前項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。

[事案 22-41] 入院給付金請求

・平成 23 年 1 月 11 日 和解成立

＜事案の概要＞

交通事故による頸部挫傷等で約 1 カ月間入院したにもかかわらず、入院給付金が全く支払われないことを不服として申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成 20 年 10 月、タクシー乗車中の交通事故で A 病院に救急搬送され頸部挫傷と腰椎捻挫と診断されたが、投薬治療なしで帰宅した。その後、同月下旬から翌月下旬まで B 整形外科に入院したので、入院給付金を請求したところ、保険約款に定める「入院」の要件に該当しないことを理由に、災害入院給付金が全く支払われない。下記理由により納得できないので、遅延利息を付けて災害入院給付金を支払ってほしい。

- (1) 明らかな交通事故による災害入院であり、早期に回復し、社会復帰をする為の入院を 通院で可能と判断されたのは心外である。
- (2) 同乗者は 6 日間入院した後退院し、2 日分の入院給付金は受領し現在も通院中である。
- (3) 他社 3 社からは入院給付金が支払われており、1 社だけ不支払はおかしい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、当該入院にはその必要性が認められないので、支払いの請求に応ずることはできない。

- (1) 申立人の今回の入院は確かに病院の施設で寝泊りしているものの、当初、2回入院を断わられており、最終的に頼み込んで入院しているが独歩入院しており、入院全期間にわたり歩行補助具の使用もなく、入浴・トイレも単独で可能であり、ADL（日常生活動作）制限を窺わせる事実はない。また、その後提出された資料をもってしても、入院の必要性を認められる事実はなかった。
- (2) 交通事故による入院であることを否定しているわけではなく、また、同乗者がいまだ通院していることと、今回の入院の必要性に関連性はない。さらに、会社ごとに査定基準が異なることから、他社が支払っていることと申立人が支払わないこととの関連性もない。

(注)相手方会社の保険約款で定める「入院」の定義（抜粋）

「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、備考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」と記載されている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方が提出した書面等に基づいて審理し、下記の諸事情を総合考慮した結果、生命保険相談所規程第4条第1項により、和解案の受諾を当事者双方に勧告したところ、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって解決した。

- (1) 確かに、入院の必要性について相手方会社が指摘するような問題点があることは否定できないが、他方、主治医は、医師の指示による入院であり、退院勧告はしておらず、ベッド上で安静にしながら持続牽引（介達牽引）を実施し、疼痛の緩和を図るために入院による治療が必要であったとしている。
- (2) 入院の必要性の判断に当たっては、主治医（B整形外科医師）の意見のみに基づいて判断されるものではなく、一般医学上の見解に基づき、客観的に判断されるべきものだが、医療の裁量性も考慮すると、主治医の意見は十分に斟酌されるべきものである。独歩入院であり、歩行補助具の使用はなく、入浴・トイレ等のADL制限もなく、ブロック注射もされていないとしても、直ちに主治医の意見が不相当であるとまでは言えない。
- (3) 入院中、申立人には実際に長時間の牽引が実施されており、許可外泊も1日であることから見ると、いわゆるモラルリスクの問題がある事案とは思われない。

[事案 22-42] 既払込保険料返還請求

平成 23 年 2 月 21 日 和解成立

<事案の概要>

営業担当者の「契約を復活し 13 カ月分の前納保険料を払い込めば、4 年後には払込保険料以上の解約返戻金が受け取れる」という説明を信じ手続きしたものであり、営業担当者の説明どおり支払ってほしいとして申立てがあったもの。

<申立人の主張>

父が保険契約者・被保険者として平成 19 年に加入していた終身介護保険と変額保険（終身型）の 2 つの保険契約について、営業担当者の説明を信じて、下記のとおり契約の復活、契約者変更、保険料の前納に応じたが、その説明は真実ではなかった。

営業担当者が説明したとおり、前納期間以降の保険料を払い込むことなく、営業担当者が話した金額 282 万円（払込保険料プラス α 相当）を支払って欲しい。

- (1) 営業担当者は母に対し、父が支払ってきた保険料が無駄にならないように、失効した契約を復活して、契約者を父から私に変更して契約を継続することを勧められ、2 契約の復活保険料を営業担当者に渡し、保険料を保険会社に振り込み復活したうえで、契約者を父から私（娘）に変更した。
- (2) さらに、営業担当者は、各保険料の 13 カ月分の前納保険料さえ支払っておけば、その後の保険料の支払いは不要で、4 年後の平成 23 年には、これまで払い込んだ保険料累計額を上回る金額(282 万円) が戻ってくるとの説明を受け、それを信じて各保険の 13 カ月分の保険料を前納した。

<保険会社の主張>

申立人等から提出された資料について営業担当者に所要の確認を実施したが、申立人が主張するような、同担当者が事実と相違する説明に基づき復活および契約者変更手続きを行い、前納保険料を支払わせた事実はなかったものと判断しており、申立人の要望には応じることはできない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および相手方会社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、下記事情を斟酌し、相手方会社に和解による解決の検討を要請したところ、和解案の提示があった。

裁定審査会としても、同和解案を相当なものと考え、生命保険相談所規程第 4 1 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解決した。

- (1) 募集人は、前納保険料さえ支払っておけば 4 年後には 282 万円になって戻ってくると説明したことはないと述べ、申立人等の主張と対立している。申立人は、裏付けとなる証拠として、申立人の母のメモ、募集人の書き込みのある設計書を提出しているが、いずれの証拠も、募集人が前納保険料さえ支払っておけば 4 年後には 282 万円になって戻ってくると確約したことの証明には不十分である上、仮に募集人がそのように確約したとしても、法律的に相手方会社がそのような支払義務を負うものではない。
- (2) しかし、失効した申立人の父の保険を、元妻（申立人の母）が復活保険料を支払うことにより復活させ、申立人に契約者を変更した上で、さらに前納保険料を支払うという極めてイレギュラーな経緯を考慮すると、募集人において申立人が誤解するような説明をなした可能性がないわけではなく、また、募集人による設計書への書き込みの中に、保険料に関わる趣旨不明の記載がある。

[事案 22-44] 契約転換無効確認請求

平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

一部転換した際、営業担当者から転換以外の方法について説明がなかったとして、転換後契約を無効とし元の契約に戻してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 21 年に営業担当者から提案があり、終身保険(同 3 年加入)を減額し、医療保険へ一部転換を行ったが、転換手続きにおいて、下記のとおり、転換以外の方法(選択肢)について営業担当者から説明がなかった。もし転換以外の方法について説明があれば、契約転換しなかった。一部転換を無効とし転換前の契約に戻してほしい。

- (1) 募集人から「以前の契約は医療保障が十分でない」と強く勧められたことにより、理解不

十分な状況でもあとから説明するというので、今契約しなければという危機感に迫られ契約した。

- (2) 私の要望があるにもかかわらず、募集人は転換以外の選択肢(転換前契約を払済保険に変更し新たに医療保険に加入する方法等)を明確にせず、勧める商品の良さのみを強調したため、知識がなく、それを鵜呑みにしてしまった。また、払済保険の説明が明記された資料を募集人からもっていない。
- (3) 選択肢は、私が調べていく中で発覚したが、募集人は事前に知っており、私の希望や問いに説明は必須ではないので提案しなかったと言うが、もし説明を受けていたら、契約転換はしなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、適正な手続きにより転換手続きが行われており、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 申立人は、契約分割による保険契約一部転換後の契約内容に関する募集人の説明を問題にしているわけではなく、本件手続後の契約内容に関して申立人には何らの錯誤・誤解もない。
- (2) 本件の勧誘は、新特約への変更・転換の勧誘であり、申立人が有する保険契約の見直しについての「すべての選択肢」を説明するものではなく、申立人が、同契約について考えられる「すべての選択肢を明確にすることを求めた」とも考えられないし、具体的に申立人から払済保険に関する「選択肢」を示すように求められたという事実もない。
- (3) 保障内容を変更すれば保険料も変えられるという「選択肢」が存在しうることについて、申立人になんらかの錯誤があったとは考えがたい。
- (4) 申立人が問題にしている具体的な「選択肢」についても、本件とは保障内容や保険料が相当異なり、通常人なら必ずその「選択肢」を選択するというようなものとは言えず、申立人についてもその「選択肢」を選択したとは思われないから、申立人にはなんらの錯誤もない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張は、錯誤無効(民法 95 条)を主張するものと解し、申立書、答弁書等の書面の内容、申立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、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) 錯誤無効について

下記のとおり、申立人の錯誤を「要素の錯誤」と認定することはできず、錯誤無効の主張は認められない。

申立人において錯誤が認められたとしても、申立人の錯誤が、民法 95 条の錯誤に該当するためには、「要素の錯誤」(注)が認められる必要がある。本件における「要素の錯誤」の成否を検討するに、保険商品の選択は、保障内容や保険料の違いから、契約者によって相当幅があると言えるので、通常人が、分割前保険を払済保険とし、かつ、新たに医療保険のみ契約する選択肢を選択すると認めることはできない。

(注)「要素の錯誤」とは、法律行為(本件では分割転換契約)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(本件では申立人)はもちろんのこと、通常人においても、意思表示(本件では分割転換契約)をしなかったであろうことを意味する。

(2) 一部転換以外の選択肢を説明しなかったことについて

下記のとおり、募集人が、分割前保険を払済保険とし、かつ、新たに医療保険のみ契

約するような選択肢の説明をしなかったことを問題とすべき特段の事情があったとは認められない。

- ① 本件の募集は、医療保障にかかる旧特約の新特約への変更または転換の勧誘としてなされたものだが、分割転換契約後の分割後存続保険と分割転換後保険が、申立人にとって、著しく不適合であると認められるのであれば別だが、本件では、そのような事情は認められない
- ② 申立人の事情聴取によれば、申立人は、分割転換契約当時、分割後存続保険と分割転換後保険の各内容について了承していたと認められ、契約時点においては、分割転換契約後の各保険に納得し、契約したものと認められる。

【参考】民法95条（錯誤）

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 22-45] 入院給付金請求

・平成23年2月18日 裁定終了

＜事案の概要＞

交通事故による全身打撲で100日以上入院したにもかかわらず、入院当初の4日分しか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21年発生の交通事故の全身打撲により、最初にA病院において17日間入院治療（1回目入院）を受け、退院後翌日からB整形外科において胸腰部打撲症などにより111日間入院治療（2回目入院）を受けた。そこで、災害入院特約にもとづき入院給付金を請求したところ、特約約款に定める「入院」の要件に該当しないことを理由に、A病院に入院した当初の4日分しか入院給付金が支払われないが、下記理由により納得できないので、A病院での残りの入院期間と、B整形外科での入院の全日数分の入院給付金を支払って欲しい。

- (1) 相手方会社は、A病院での5日目以降の入院は、2型糖尿病の治療を主としたと言うが、全身打撲の治療も行われていた。
- (2) B整形外科での入院も、腰部などの痛みがあまりにもひどく、胸腰部打撲症、腰部捻挫、両下肢神経痛等の診断のもと、安静治療が必要であり通院治療は無理であった。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、申立人のA病院での5日目以降およびB整形外科での入院は、災害入院特約約款の定める入院に該当しないので、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 交通事故を直接の原因とするケガの治療はA病院における4日目までの入院で終了していて、同病院における5日目以降の入院は、2型糖尿病の治療を主な目的とする入院であり、全身打撲の治療を直接の目的とするものではなかった。
- (2) B整形外科での治療方法は、電気治療や運動療法など必ずしも常に医師の管理下において治療に専念しなければならないものではなかった。B整形外科では日常生活も自立しており、通院治療が困難な特段の支障も認められない。

(注) 相手方会社の災害入院特約約款で定める「入院」

入院給付金の支払の対象となる「入院」については、「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をいいます」と定めている。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、「入院」に該当するか否かについては、入院先の主治医の意見のみに基づいて判断されるものではなく、医学水準に照らして客観的、合理的に判断されるべきものであると解し、本件入院が、災害入院給付金の支払いの対象となる「入院」に該当するかについて、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面に基づき審理した。

審理の結果、下記の理由により、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条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

(1) A病院における入院について

A病院医師が作成した「意見書」によれば、全身打撲の治療期間及びそのために必要であった入院期間は入院当初の4日間で、それ以降の入院は、2型糖尿病の治療のためであったとされており、5日目以降の入院は、交通事故による全身打撲の治療のための不慮の事故による傷害を目的とする入院とはいえないとした相手方会社の判断は、相当であったと言える。

(2) B整形外科における入院について

下記により、申立人は、自宅等での治療が困難なため、常に医師の管理下において治療に専念しなくてはならない状態にあったとは認められず、B整形外科における全入院期間が、災害入院給付金の支払対象となる「入院」に該当しないと言える。

① A病院医師が作成した「意見書」によれば、同病院退院後の申立人の入院の必要性の有無について、同医師は「ありません」と回答しており、A病院を退院した時点では、申立人は、入院治療の必要性はなかったことが窺える。

② 申立人が追加提出したB整形外科の診療録及び看護記録によれば、申立人は外出・外泊を頻繁に行っていたことが認められ、入院中の日常生活もほぼ自立であったとされている。

(3) 入院中の治療内容は、内服薬の他に、リハビリとして電気治療、朝のラジオ体操、運動療法、ホットパック、マッサージが行われているが、いずれも通院による治療が可能なものと認められる

[事案 22-47] 祝金積立利息・配当金請求

・平成23年1月29日 和解成立

＜事案の概要＞

こども保険の満期時受取額が加入時に説明された金額より少なかったとして、説明された資料記載の金額の支払いを求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

こども保険に20年前に加入し、途中で支払われる祝金は据え置き、平成20年に満期を迎えたが、支払われた金額は契約時に営業担当者の補助資料（手書き資料）で説明された金額より少なく、払い込んだ保険料の累計額を下回っている。

勧誘された際には補助資料で説明を受け、支払った保険料の額より多く受け取れることから加入することを決めた経緯があり、補助資料には受取金額が変動（増減）するという文言が一切入っていない。顧客の判断に誤解を与えるような資料を使用した営業担当者の販売姿勢、保険会社の管理体制に問題がある。加入時に補助資料で提示された金額と実際に支払われた金額の差額を支払って欲しい。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、募集行為には問題はなかったと認識しており、申立人の請求に応ずることは

出来ない。

- (1) 手書きの補助資料は、正式に本社の審査を得たものではなかったが、パンフレットを正式資料として顧客へ提示しており、その補助資料としてこども保険の手書き資料を作成し、お客様に判りやすく説明したものと判断している。
- (2) 配当・据え置き利息については、当時の運用実績を表示しており、補助資料とはいえ掲載数字は正当であり、もちろんパンフレットには「将来をお約束するものではない」ことの記載がある。
- (3) 補助資料記載の金額と実際の支払額の差は、配当金の違いに加え、配当金の積立利率および祝金の据置き利率が加入時の状況と大きく異なったために生じたものである。加入時に提示した金額を支払いきなかつた事実については、申し訳なく真摯に受け止めるものの、補助資料に「将来のお支払額をお約束するものではありません」との記載がなかったことをもって差額の支払に応じることは、他の契約者との公平性の観点からも当然にできない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および相手方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した結果、下記の事実等を総合考慮のうえ判断し、和解案を申立人および相手方会社双方に提示し、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解決した。

1. 申立人の請求の法的根拠

申立人は、まず、手書き補助資料の記載にしたがった給付を求めているから、これは手書き補助資料の記載にしたがって、契約の内容が定まるという主張であり、契約上の債務の履行を求めているものと考えられる。また、支払済保険料との差額の請求は、本件契約を錯誤（当該金銭が支払われると思って契約したが、実際にはそのような契約ではなかった）を理由として無効とし（民法 95 条）、支払った保険料の返還を求めるものと理解する。

2. 契約の内容について

保険契約は、約款にもとづく附合契約であり、契約内容は特別の事情のない限り約款によって決定される。祝金は約款上配当金を原資とするものであり、配当金が低くなれば祝金もこれに応じて低くなる。

本件手書き補助資料は、契約の内容を分かりやすく説明するためのものであり（但し、相手方会社が正式に作成したものではなく、募集人が説明を容易にするために作成したものと推測される。）、それに記載している数値は保険金額等約款上固定した金額以外のものは予想金額である。保険契約は約款により内容が決まるものであり、手書き補助資料はまさに補助的資料に過ぎないので、その記載は契約内容を拘束するものではない。

したがって、手書き補助資料記載の金額を契約上の債務の履行として請求することはできない。

3. 錯誤について

生命保険契約は、多数の契約者から保険料の支払いを受けて、これを被保険者に事故があった場合、被保険者あるいは保険金受取人に給付するものであるから、特別の保険契約以外は、満期保険金等保険事故がない場合の給付は、本来支払保険料に満たないことが通常であり、満期時の支払金額は、生存給付金等約款で定められた給付以外は、資産の運用による配当金により構成され、変動することが前提となる。

民法 95 条の錯誤は、要素の錯誤、即ち当該当事者のみならず通常人もそのような錯

誤があれば契約をしなかったといえることが必要だが、生命保険契約は、保険事故時の保障が契約の中心であり、配当金の額は可変的なものであり、契約の要素とはならず、仮に申立人が説明資料記載の金額が支払われることを信じたとしても、民法 95 条により契約が無効となるものではない。

4. 和解案の提示

保険契約においては、専門知識を有する保険会社に、契約者に対して重要事項についての説明義務があり、これを欠く場合には保険会社に不法行為責任が生ずることもあるが、不法行為責任は行為の時から 20 年を経過した場合には、損害賠償を請求することはできない（民法 724 条）。従って、本件においてもこの規定により権利を行使することはできない。また、保険契約の説明は文書とともに、口頭の説明も重要であるが、説明から長期間経過した現在においてはこれを認定することは不可能である。

しかし、一方において本件手書き補助資料が契約者に記載金額の変動することを認識させるには不十分な記載であることも事実であり、他のパンフレットと併せて見れば予想できなくはないとはいえ、誤解を与えるような文書であることも事実であり、この手書き補助資料があらわすように、受取金額のみ強調した勧誘があった可能性も否定できない。

[事案 22-48] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

募集人（銀行員）の勧めで変額個人年金に加入した際、募集人の説明で定期預金と同じと誤信させられたとして、契約を取消し、既払込保険料返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 17 年 8 月、以前から付き合いのあった銀行から連絡があり、自宅で募集人（銀行員）から説明を受け、勧められるままに変額個人年金保険に加入したが、募集時に、申立契約が変額個人年金であることの説明が一切なく、定期預金であると誤信させられて、変額個人年金に加入手続きをした。

本件契約は、10 年間運用して 15 年の年金受取によって元本保証するものだが、加入当時は 74 歳であり、元本全額を回収するためには 99 歳までかかる。そのような説明があり、変額型だと分かっていたら、申立契約に絶対に加入しなかった。説明に際しても、パンフレット等は一切見せられておらず、受け取ってもいない。契約を取り消し、払い込んだ保険料を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

申立人に対して保険募集を行った銀行の説明によれば、下記のとおり、適切な説明がなされているものと判断され、当該銀行と申立人のいずれの主張が全体として信憑性が高いかという観点からは、当社としては当該銀行の主張の方が信憑性が高いと判断され、申立人による請求に応じることはできない。

- (1) 募集人は、約 1 時間をかけてパンフレット及び「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり・約款」を用いて商品説明（預金ではなく生命保険であることの説明を含む）を行い、当該冊子も交付したのであり、適切な説明を十分に行っていた。
- (2) 申立人は、申込みに際して同席していた妻の指示により、死亡保険金受取人を妻とする旨を申込書に自署している。
- (3) 「保険契約申込書兼告知書」の「受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ/ご契約のし

おり・約款」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、不実告知に基づく契約取消し（消費者契約法第4条1項1号）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、答弁書等の書面および申立人の妻、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、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) 提出された書面及び事情聴取の結果により認められた契約締結の経過

①申立人は、申立人の妻に、申立契約につき募集人の説明を聞き、契約締結の是非について判断することを委ねていた。申立人の妻が、主として募集人から説明を受け、申立人が契約申込書兼告知書を自ら記入した。

②申込書には、最上段に「変額個人年金保険」との記載があり、その下には、保険契約者、被保険者、年金受取人、死亡保険金受取人、基本保険金額、年金種類、年金支払開始年齢等を記載もしくはチェックする欄があり、申立人は、それぞれ自ら記入している。

(2) パンフレット等の使用・交付について

通常、募集人は、パンフレットなどを使用して契約内容を説明するのが一般的で、パンフレットなどを使用せずに申立契約の内容を説明することは困難であり、申立人の妻が確認し、申立人が記入した申込書の「保険契約申込書兼受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり・約款」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、その内容を確認していたことについて、申立人の署名押印がある。よって、申立人の妻が、募集人から何らの資料も受け取っていないという主張は、不自然と言わざるを得ず、募集人がパンフレットを用いて、契約の説明をしたものと推測せざるを得ない。

(3) 定期預金と誤信させるような虚偽の説明について

申立人が署名押印した申込書には、年金保険であることが明記され、被保険者、年金受取人、死亡保険受取人等や基本保険金額、年金種類等、申立契約が保険であることが明白に分かる項目が存在しており、申立人の妻がこの申込書を確認した後、申立人が、自らこれらの各項目を記入していることや、募集人が説明に使用したパンフレットに申立契約の資産残高が変動することが明白に記載されていることに照らすと、募集人が、これらの書類の記載内容に明白に反して、本件契約が定期預金であるとの説明をしたと考えることは到底できない。また、募集人の虚偽の説明を認めることができる証拠は、申立人の妻の供述しかなく、他に上記推認を覆す特段の事情は認められない。

よって、募集人が本件契約が定期預金であると誤信させるような虚偽の説明を行ったとは認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく契約の取消しは認められない。

(4) 錯誤の成否について

パンフレットの記載及び申込書の記載（特に申込書の商品の欄の10年運用コースにチェックがあり、年金支払コースが15年に指定されていること、年金支払開始年齢84歳との記載があること）からすれば、申立契約は、本件契約が10年の運用の後に申立人が84歳から支払開始される年金によって、元本保証をする契約であることが容易に認識でき、本件において、申立人の妻に、錯誤の存在を認めることは困難である。

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、申込書の内容を確認せず、申立契約に加入することを決定し、申立人に署名・押印させた申立人の妻には、錯誤に陥ったことにつき重大な過失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 条ただし書き）。

[事案 22-49] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

募集人（銀行員）の勧めで変額個人年金に加入した際、募集人の説明により定期預金と同じと誤信させられたとして、契約を取り消し、既払込保険料返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

銀行に預けていた預金が満期になったことから、夫名義で 3 カ月前に加入した変額個人年金保険の加入手続きをしたが、加入に際して、申立契約が変額個人年金であることの説明が一切なく、貯金と誤信させられて、変額個人年金保険に加入させられた。

本件契約は、10 年間運用して 15 年の年金受取によって元本保証するものだが、加入当時は 73 歳であり、元本全額を回収するためには 98 歳までかかる。そのような保険を勧める方がおかしい。説明があり、変額型だと分かっていたら、申立契約に絶対に加入しない。説明に際しても、パンフレット等は一切見せられておらず、受け取ってもいない。契約を取り消し、払い込んだ保険料（一時払）を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

申立人に対して保険募集を行った銀行の説明によれば、下記のとおり、適切な説明がなされているものと判断され、当該銀行と申立人のいずれの主張が全体として信憑性が高いかという観点からは、当社としては当該銀行の主張の方が信憑性が高いと判断され、申立人による請求に応じることはできない。

- (1) 募集人は、約 1 時間をかけてパンフレット及び「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり・約款」を用いて商品説明（貯金ではなくて生命保険であることの説明を含む）を行い、当該冊子も交付している。
- (2) 一時払保険料を特別勘定で投資信託等に運用するため、投資リスクがあり運用成果が払込保険料を下回る場合があること、10 年の運用期間となること、運用成果が払込保険料を下回った場合の年金受取総額の最低保証についても説明している。
- (3) 「保険契約申込書兼告知書」の「受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり・約款」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、不実告知に基づく契約の取消し（消費者契約法第 4 条 1 項 1 号）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、答弁書等の書面の内容および申立人および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、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) 提出された書面及び事情聴取の結果により認められた契約締結の経過
 - ① 申立人が募集人に電話して、募集人が申立人宅に行き、申立契約の説明をした。
 - ② 申込書には、最上段に「変額個人年金保険」との記載があり、その下には、保険契約者、被保険者、年金受取人、死亡保険金受取人、基本保険金額、年金種類、年金支払開始年齢等を記載もしくはチェックする欄があり、申立人は、それぞれ自ら記入している。
- (2) パンフレット等の使用・交付について

通常、募集人は、パンフレットなどを使用して契約内容を説明するのが一般的で、パンフレットなどを使用せずに申立契約の内容を説明することは困難である。申立人が記入した申込書の「保険契約申込書兼受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり・約款」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、その内容を確認していたことについて、申立人の署名押印があるので、申立人が、募集人から何らの資料も受け取っていないという主張は、不自然と言わざるを得ない。

本件においては、申立人が、募集人からパンフレット等を受け取っていないことを裏付けるような間接事実による反証もないところから、募集人がパンフレットを用いて、契約の説明をしたものと推測せざるを得ない。

(3) 10年貯金型の元本保証商品と誤信させるような虚偽説明の有無について

申立人が署名押印した申込書には、年金保険であることが明記され、被保険者、年金受取人、死亡保険受取人等や基本保険金額、年金種類等、申立契約が保険であることが明白に分かる項目が存在しており、申立人がこの申込書を確認した後、申立人が、自らこれらの各項目を記入していることや、募集人が説明に使用したパンフレットに申立契約の資産残高が変動することが明白に記載されていることに照らすと、募集人が、これらの書類の記載内容に明白に反して、本件契約が10年貯蓄型の商品であるとの説明をしたと考えることは到底できない。また、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、募集人が本件契約が定期預金であると誤信させるような虚偽の説明を行ったとは認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく契約取消しは認められない。

(4) 錯誤の成否について

パンフレットの記載及び申込書の記載(特に申込書の商品の欄の10年運用コースにチェックがあり、年金支払コースが15年に指定されていること、年金支払開始年齢83歳との記載があること)からすれば、申立契約は、本件契約が10年の運用の後に申立人が83歳から支払開始される年金によって、元本保証をする契約であることが容易に認識でき、申立人に、錯誤の存在を認めることは困難である。

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、申込書の内容を確認せず、署名・押印した申立人には、錯誤に陥ったことにつき重大な過失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条ただし書き)。

[事案 22-50] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年2月18日 裁定終了

<事案の概要>

募集人(銀行員)の説明不足により、変額年金保険を10年後に利息が付加され一括受取りできる定期預金と誤認したとして、契約取消・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17年、募集人より、定期預金(5年もの)の満期が近づいたので書換えに来店するよう電話連絡を受けて銀行を訪問したところ、募集人から、急ぐ資金でなければと提案を受け、変額年金保険に加入した。その際、募集人の説明不足により、申立契約を、期間10年の定期預金で10年後に払い込んだお金の5%の利息が付加され一括受取りできるものであると誤認し、申込手続きを行った。

ところが、平成22年1月、保管していた契約書を見て疑問を感じ、保険会社に照会したところ、10年後の満期時に元本を下回っていた場合には、期間10年の年金受取りでない元本

相当額の105%が保証されないことを初めて知らされた。

加入時には、募集人からそのような説明はなく、当該商品の説明時間も10分程度でパンフレットを用いた説明もなかったため、申立契約を期間10年の定期預金で10年後に5%の利息が付加されて一括受取できる定期預金であると誤認したものであり、申立契約を取り消し、払込保険料と5年分の利息を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

募集行に募集状況等につき確認したところ、以下の通り、募集過程において、不適切な行為はなく、契約取消し、既払込保険料の返還を求める申立てに応ずることはできない。

- (1) 募集人は、商品説明にあたって、商品内容をまとめたパンフレットを使用して説明を行った。この際、まず最初にパンフレット裏面の保険会社名の表示を示して、当該商品が生命保険であることを示している。
- (2) 募集人は、パンフレットの該当箇所を示しながら、本件商品が、10年の運用後にお預かり金額の105%を10年かけて受取るという年金商品であることを説明し、イメージ図を使用して運用実績による変動についても説明した。
- (3) 募集人は、申立人が説明を受けた当日に申込手続きを完了することを希望した際に、改めて別の日に手続きを行うことを提案したが、申立人の強い希望により説明当日に申込手続きを完了した。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、不実告知に基づく契約取消し(消費者契約法第4条1項1号)もしくは、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、申立人の申立内容は認めることができないことから、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) 申立契約が締結された経緯

当事者の提出した書面及び事情聴取の結果によれば、申立契約が締結された経緯は、以下のとおりであったと認めることができる。

- ① 申立契約の申込書は、最上段に変額個人年金保険(年金総額保証型特別勘定年金特約)契約申込書との記載があり、その横に「〇〇生命」とそれぞれ太字で記載があり、その下の、契約者、被保険者、死亡保険金受取人、年金受取人、年金支払期間、年金総額保証額、積立期間、基本保険金額、等を記載もしくはチェックする欄について、申立人が、それぞれ自ら記入している。申立人がチェックした年金種類は、年金支払期間10年、年金総額保証額105%、積立期間10年である。
- ② 個人年金保険お客様カードには、「私は以下の確認事項を確認した上で、私自身の判断と責任において個人年金保険を申し込みます。」との記載があつて、申立人の自署・押印があるが、その下の部分には、「私は、保険商品について次の説明を受け、内容を理解・確認いたしました。」「保険商品は預金等ではなく、元本保証および利回りの保証はありません。また、預金保険の対象ではございません。」「私は、引受保険会社の作成するご契約のしおり/約款/重要事項のお知らせ/特別勘定のしおり等の交付・説明を受け、個人年金保険にかかる重要事項について内容を理解・確認いたしました。」等の記載がある。

(2) 説明時のパンフレット使用の有無等について

事情聴取によれば、申立人は、申立契約の説明を受けるに際し、同契約のパンフレットは机の上に置いてあったが、説明の際に募集人がそれを「指し示して」説明した点についての記憶がないと主張しているが、通常、募集人は、パンフレットなどを使用して契約内容を説明するのが一般的であつて、パンフレットなどを使用せずに申立契約の内容を説明することは困難である。申立人は、募集人がパンフレットを机の上に置いて説明している

ことまで認めながら、募集人が、そのパンフレットを指し示して説明した記憶がないと主張するが、その主張は不自然と言わざるをえない。

(3) 虚偽説明について

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、消費者契約法第4条1項1号に基づく取消しは認められない。

①申立人が署名押印した申込書には、年金保険であることが明記され、被保険者、年金受取人、死亡保険金受取人等や基本保険金額、年金種類等、申立契約が保険であることが明白にわかる項目が存在しており、申立人は、この申込書を確認した後、自らこれらの各項目を記入している。

②募集人が説明に使用したパンフレットには、申立契約の資産残高が変動すること、積立期間が10年～14年、年金受取期間が10年であることが明確に記載されていることから、募集人が、これらの書類の記載内容に明白に反して、本件契約が期間10年の定期預金であるとの説明をしたと考えることは、到底できない。

(4) 説明不十分について

下記のとおり、説明不十分による錯誤は認めることはできない。

①パンフレットの記載及び申込書の記載からすれば、申立契約は、本件契約が10年の運用の後に、10年間の年金によって、元本の105%の保証をする契約であることが容易に認識しえるので、本件において、申立人に、錯誤の存在を認めることは困難である。

②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、パンフレットおよび申込書等の内容を確認せず、申込書等に署名・押印した申立人には、錯誤に陥ったことにつき重大な過失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）。

〔事案 22-51〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年3月24日 和解成立

<事案の概要>

変額個人年金保険に加入したが、商品内容の説明を一切受けておらず、被保険者の同意がないまま契約させられたものであるとして、契約取消しと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19年11月、営業担当者から勧められて変額個人年金保険（保険料一時払）に加入したが、その際、次のような不適切な募集行為があったので、契約を取り消し一時払保険料を返還してほしい。

(1)営業担当者は、募集時に資料、パンフレット、設計書もないまま、言葉だけで以前募集した他生命保険会社の保険商品と保障内容も受取方法も同じであると説明し、わずか20～30分の間で申込書の作成を急がせ、明らかに説明義務を怠った。

(2)営業担当者は、被保険者に無断で被保険者名を使用することを強く指示し、夫の注意にもかかわらず、被保険者（長男）の氏名の代筆を依頼してきた。その後、長男に面接もせず、同意の意思の確認もとらなかった。

(3)保険会社も営業担当者も、本件につき不適正な行為があったことを認めている。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)募集人は、申立契約の募集にあたり、申立人とその夫に、商品や重要事項等（元本保証

がない点を含む)の説明を行い、パンフレット・約款・申込書のお客様控えを渡しており、申立人の主張する虚偽の説明を行なった事実は認められない。

(2) 募集人は、本件契約の募集にあたり、被保険者と面接せず、加入同意も確認していないが、募集にあたって、同席し、被保険者欄に代筆した申立人の夫は、10 余年にわたって、当社に勤務し募集人のキャリアを有している。

その後の事情からも、申立人側は、被保険者の同意がなければどのような効果が生じるかについて十分理解のうえ、特別勘定商品である当該保険契約を継続してきたにもかかわらず、経済環境の推移によって運用成績の悪化が顕著になった段階で、それまでの態度を翻し、被保険者不同意を主張していることが明らかなので、申立人の取消請求は不当である。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張は、法的には、消費者契約法第4条1項1号(不実告知)に基づく契約の取消および民法95条の錯誤による無効、被保険者の不同意による無効の主張である(商法674条1項)と解し、申立書、答弁書等書面の内容にもとづき審理した。

その結果、裁定審査会が認定した事実により、下記①～③の事情を踏まえて、当審査会より、相手方会社に和解案を提示したところ、相手方会社よりこれに応ずる旨の申し出があったことから、生命保険相談所規程第41条第1項により、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、和解契約書を締結し解決した。

①申立契約が、被保険者の同意を得ないで締結された契約であることは明らかである。

②商法674条は、他人を被保険者とする死亡保険契約については、被保険者の同意を要求しており、その趣旨は、モラルリスクや賭博保険の防止等を目的とする公序に関する規定であるため、強行規定であるとされ、同意のない保険契約は、無効であるとされている。

③よって、被保険者の同意を得ずして、その住所・氏名を代筆した申立人の夫がかつて相手方会社に勤務していたことは、その効力に影響を与えない。

[事案 22-61] がん入院給付金請求

・平成23年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

がん罹患して入院しがん保険から給付を受け、その後3回にわたり入院したが、がんを直接の原因とする入院等に当たらないとして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9年3月、大腸癌でA病院に入院し手術(S状結腸切除術)を受け、加入していたがん保険により、入院および手術給付金を受け取った。その後、平成9年6月に約12日間(入院①)、平成10年1月下旬から約12日間(入院②、入院中に腸閉塞解除術を受ける)、平成10年5月下旬から約8日間(入院③)、それぞれ入院した(いずれも病名は、上記手術後の腸管癒着による術後腸閉塞との診断)。

そこで、がん入院給付金およびがん手術給付金の支払いを請求したところ、いずれの入院も手術も、約款に規定する「がんを直接の原因とする」入院または手術に該当しないとして、支払われない。下記理由により納得できないので、がん入院給付金およびがん手術給付金を支払ってほしい。

(1) 他社のがん保険にも加入しているが、他社からは争点となる期間についても「100%の支払い」を受けた。同じがん保険であるにもかかわらず、支払判断が分かれるのは、納得がいか

ない。

- (2) S状結腸がんの手術が原因で、手術後に腸閉塞や腸管癒着などが発生し、入院および手術に至ったのだから、因果関係や関連性を認めて当該入院給付金および手術給付金を支払うべきである。
- (3) 加入したがん保険について、詳細な説明を受けておらず、保険会社の主張するような内容であれば、加入していたかも分からない。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の請求には応じられない。

- (1) 他社で保険給付の事実があったとしても、あくまで当社約款に従い査定を行うため、他社の保険給付結果が、当社の支払査定に影響することはない。
- (2) 合併症(手術併発症)による入院・手術は、約款の支払事由の一つである「がんの治療を直接の原因」とは解せないため、給付の対象には当たらない。
- (3) 申立契約は正常に書面の取り交わしによって成立しており、契約者には約款により契約するという意思が推認される。給付金の支払査定結果に不満があることを以って、契約時の説明不足を理由に約款の拘束力、附合契約性を否定することは適切ではない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および相手方会社双方から提出された書面等の内容にもとづき審理したところ、下記理由により、申立人の申立内容は認めることができないことから、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) 支払事由該当性について

入院①～③と入院②の時になされた手術が、「がんを直接の原因とする入院(手術)」に該当するかについて検討したが、以下の理由により、いずれの入院も手術も「がんを直接の原因とする入院(手術)」には該当しないと言える。

<入院①について>

入・通院証明書によれば、「S状結腸切除術施行し、経過順調にて退院。外来通院していたが、術後癒着性イレウスにて再入院」と記載されており、入院は合併症によるものであって、がんを直接の原因とはしていなかったと認められる。入院期間中には、がんの治療を目的とする治療もなされておらず、この点からも「がんを直接の原因とする入院」とは認められない。

<入院②および手術について>

診断書によれば、「S状結腸癌に対する手術により、腸管癒着をきたし腸閉塞に至った」と記載されているが、入院証明書によれば、「腹痛が増強し、腸管膜血栓症の診断にて緊急開腹術を施行」と記載され、腸管膜血栓症の原因は「ウイルス性腸炎」と記載され、入院はウイルス性腸炎が原因で、がんを直接の原因とはしていなかったと認められる。また、手術も腸管膜血栓症に対する開腹手術であったと認められ、また、入院期間中には、がんの治療を目的とする治療もなされておらず、この点からも、同入院及び手術は「がんを直接の原因とする入院(手術)」とは認められない。

<入院③について>

診断書によれば、「S状結腸癌に対する手術により、腸管癒着をきたし腸閉塞に至った」と記載されているが、診療録から読み取れる内容からすると、入院の原因について疑問があるが、入院は、がんを直接の原因とはしていなかったと認められる。そして、この入院期間中には、がんの治療を目的とする治療もなされておらず、この点からも、同入院は「がんを直接の原因とする入院」とは認められない。

(2) 申立人の主張について

下記の申立人の各主張については、いずれの主張も認めることはできない。

①がんの手術に起因する合併症について

申立契約は、「がんを直接の原因とする入院（手術）」の場合に給付金が支払われる内容であり、しかも、腸閉塞は、がんの手術に限らず開腹手術で一般的に生じる合併症であることからすると、がん保険の保障対象とすべきとは言えない。

②相手方会社の取扱いが他社と異なることについて

契約者にとって、同種保険であるのに保険会社によって取扱いが異なることに違和感があることは理解できるが、約款に基づく支払可否の決定は、各社ごとの判断によるものであることから、約款に違反していない限り、各社の判断に違いが生じることは、やむを得ない事態と言える。

③約款についての説明不足について

「ご契約のしおり・約款」には、給付金が支払われるのは「がんを直接の原因とする入院（手術）」であることが明記されており、一読すれば理解できる内容と言える。がん保険という特定疾病を対象とする保険において、給付金の支払いは、がん治療のための入院や手術に限定されることは明らかであり、こうした事項の説明は、「ご契約のしおり」等に明記されていれば、詳細説明がなくても、保険会社の説明義務に反するものではない。また、合併症に適用がないことの説明も、契約者から格別に確認を求められた時は別として、そうでない時に、合併症の場合の適用の有無についてまで説明をする義務は認められない。

[事案 22-62] 入院給付金請求

・平成 23 年 1 月 31 日 裁定不調

<事案の概要>

肝嚢（のう）胞で入院・手術し給付金を請求したところ、告知義務違反による契約解除、入院給付金不支払いを不服として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 19 年 11 月に医療保険に加入し、同 20 年 11 月中旬から 12 月上旬にかけて肝嚢胞により入院し手術を受けた。そこで、入院給付金と手術給付金を請求したところ、告知義務違反を理由に、申立契約を解除し給付金の不支払いの通知を受けたが、下記理由に納得できないので、入院給付金・手術給付金の支払いと、給付金請求後から契約解除までの 3 カ月間の払込保険料を返還して欲しい。

- (1) 肝嚢胞を病気とは認識しておらず、事実と異なる回答をしたことについて、故意および重大な過失はない。
- (2) 相手方の営業担当者より、告知の重要性等について説明を受けておらず、告知の重要性について認識していれば、保険契約の乗り換えはしなかった。
- (3) 相手方会社による調査は 1 月に行われているにもかかわらず、解除通知は 4 月末に到達しており、余りにも時間がかかりすぎて不当である。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の主張は受け入れることはできないので、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 契約時に告知の重要性を説明し、保険契約の乗り換えについても、その不利益を説明している。また、前医の診断書等より、申立人（被保険者）は疾病について知ってい

たにもかかわらず、それを告知しなかったことは申立人に故意・重過失があったと考えられ、契約解除決定に変更は無い。

- (2) 解除事由確認の調査についても、時間がかかったのは主治医からの返答がいただけなかったためであり、保険会社としては調査会社から報告を受けた日から1カ月以内に解除通知をしていることから、粗漏は無かった。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人および相手方会社から提出された書類等にもとづき審理を行った結果、下記1～3の理由により、申立内容を認めることはできない。

他方、相手方会社は、本裁定が申し立てられる前の申立人との交渉の過程において、調査に時間を要したことを勘案し、相手方会社が申立人に対し、給付金請求から契約解除までの3か月分の保険料相当額を支払うことによる和解を提案していた。そして、相手方会社は、現在もそうした解決の意向を有しており、3か月分の保険料相当額を上回る金額を和解金として支払う意向を有している。

当審査会としても、相手方が同和解金を支払うことにより本件を解決するのが妥当であると考え、裁定書による和解案の受諾勧告を行ったが、申立人から和解案を受諾しないとの回答があったため、生命保険相談所規程第45条第2項にもとづき、裁定不調として裁定手続きを終了した。

1. 告知義務違反の有無について

下記(1)～(3)からすると、申立人には告知義務違反が認められるため、相手方会社による契約解除は不当とは言えない。また、本件では、告知前の診断と告知後の手術は、同じ病名の肝嚢胞であり、因果関係を認めることができ、相手方会社は申立人に対し、入院及び手術に伴う給付金の支払いも免れることができる。

(1) 不実告知の有無について

申立人の契約前のAクリニックおよびB大学医療センターでの診察の事実は、告知書の質問事項に対し「はい」に該当する事実であったにもかかわらず、申立人は「いいえ」と回答している。

(2) 重要な事実に該当するか

保険会社が、告知書で質問した事項は重要事実にあたると推定されることから、本件においても、申立人が質問事項に対し正当に告知していれば、相手方会社は、申立契約の締結を拒絶したかまたは少なくとも同一条件では契約を締結しなかったと考えるのが相当と言える。そして、本件ではこの推定を覆す証拠は見当たらないことから、前記事実は、重要な事実に該当すると言える。

(3) 故意または重大な過失の有無

① Aクリニックでの診察は告知日の約2か月前、B大学医療センターでの診察は告知日の約1か月半前であったことから、両医療機関での診察は、質問事項から容易に思い浮かべることができた事実であったと認められ、申立人は、事実と異なった回答をしたことについて、少なくとも重大な過失があったと認められる。

② 申立人は、肝嚢胞について、医師より「病気の中に入らない」と説明され、病気とは認識していなかったと主張するが、そのような医師の説明があったことを証明する証拠は見当たらない。そして、B大学医療センターでの受診は、肝嚢胞について治療の検討をするために、Aクリニックの紹介でなされたものであったこと、申立人も経過観察との認識を有していたことからすると、仮に、申立人が説明するような医師の説明があったとしても、質問事項に対し「はい」と回答すべきであることは容易に理解できたものと認めざるを得ない。

2. 告知の重要性に関する説明義務違反について

告知義務に関しては、ご契約のしおりに記載されており、その内容は一読すれば容易に知り得る。保険契約において、告知書の質問事項に対し正しい回答をすべきことは当然のことであり、こうした当然と考えられる事項であって、契約のしおりなどにも明記され、一読して容易に理解できる事項について、仮に、募集担当者から口頭の説明がなかったとしても、相手方会社に説明義務違反があったと認めることはできない。

3. 解除権の除斥期間の経過について

解除の原因となる事実を知った時とは、告知義務違反の各要件に関する具体的な事実を知った時と解され、本件において、相手方会社は、平成 21 年 3 月 31 日に調査会社より資料が届き、それを確認して解除の原因となる事実を知り、翌 4 月 27 日付で申立契約を解除する旨通知しており、相手方会社に除斥期間(注)の経過はない。

また、契約が解除されるまでは申立契約は有効な契約として存続していることから、給付金請求後から契約解除までの 3 か月分の払込保険料の返還を認めることはできない。

(注) 除斥期間とは、法律関係を速やかに確定させるため一定期間の経過によって権利を消滅させる制度を言い、保険契約者等が故意または重過失に基づき告知義務に違反した場合でも、保険会社が解除の原因があったことを知った時から 1 か月間解除権を行使しないときは解除権は消滅する。

[事案 22-63] 傷病一時給付金請求

平成 23 年 1 月 26 日 裁定終了

<事案の概要>

閉鎖性動脈硬化症と頸部・腰部脊柱管狭窄症で入院し、入院一時金は支払われたが、傷病一時給付金が約款規定により支払われないことを不服とし申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 20 年 11 月中旬から平成 21 年 2 月上旬まで、頸椎々間板ヘルニア症と腰部脊柱管狭窄症により入院、医療保険にもとづき入院一時給付金、傷病一時給付金等が支払われた。その後、閉塞性動脈硬化症と頸部・腰部脊柱管狭窄症により、平成 22 年 1 月下旬に 7 日間入院し、入院一時給付金、傷病一時給付金を請求したところ、入院一時給付金は支払れたものの傷病一時給付金については、「閉塞性動脈硬化症」は給付対象傷病に該当しない、「頸部・腰部脊柱管狭窄症」は「同一の傷病種類を原因とする入院について 2 年間に 1 回の給付しかされない」という給付限度に該当するとして支払われないが、下記のとおり、加入時に営業担当者の説明不十分等があったので納得できない。傷病一時給付金を支払って欲しい。

- (1) 傷病一時給付金の支払対象となる傷病（傷病種類）が限定されているという説明があれば、本件契約に加入していない。
- (2) 傷病一時給付金に関する同一傷病による給付制限（2 年間に 1 回給付）についても、説明がなく、説明があれば本件契約に加入せずに、他の医療保険に加入した。
- (3) 保険会社は、約款に書かれているので文書で説明されているというが、一部の傷病しか対象にならないのに、口頭説明がないのは納得できない。

<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) 募集時の対応について

本件申立契約に係る契約上の重要な事項が記載されている『ご契約のしおり』、『注意喚起情報兼確認・同意書』、『意向確認書兼適合性確認書』については、申立人の自署あるいは押印がなされており、『契約概要』も申立人に提示されていることから、「募集時の説明が不十分」という申立人の申立理由については、承諾できない。

(2) 傷病一時給付金の支払該当性について

診断書には、入院の原因となった診断確定傷病名『閉塞性動脈硬化症』と『腰部脊柱管狭窄症』の2つが記載されているが、『閉塞性動脈硬化症』については約款別表記載の給付対象傷病には該当しない。また、『腰部脊柱管狭窄症』については給付対象の傷病だが、過去2年以内に同疾病で傷病一時給付金が給付されていることから、約款規定により、今回の入院に関しては、傷病一時給付金を支払うことはできない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および相手方会社双方から提出された書面にもとづき審理を行うとともに、申立人から事情聴取を行い、申立人の主張は、法的には相手方会社の説明義務違反に基づく損害賠償請求を主張するものと解し、審理した。

その結果、下記の理由により、申立人の申立内容は認めることができないことから、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) 相手方会社が傷病一時給付金の支払いを拒むことは、下記のとおり、約款上認められる。

①本件の一件記録によれば、閉塞性動脈硬化症は、約款別表記載の給付対象傷病には該当しない。

②頸部・腰部脊柱管狭窄症はいずれも、約款別表記載の給付対象傷病に該当するが、申立人は、過去2年以内に同一傷病種類の腰部脊柱管狭窄症と頸椎椎間板ヘルニアにより入院し、2回目の入院と同一の傷病種類に該当する傷病による入院をしたものとみなされて、傷病一時給付金の支払いを受けており、約款規定「給付金の給付限度」に該当する。

(2) 下記のような事実がある場合、これらの内容について、仮に、募集人が資料を明示しての説明をしなかったとしても、それが説明義務に違反するものとは言えず、説明義務違反による損害賠償の請求を認めることはできない。

①本件募集では、提案書が使用され申立契約の内容について一通りの説明がなされたこと、募集人が、給付対象傷病は全傷病であるとか、給付限度がないといった虚偽の説明はしていないことは、申立人も認めている。

②申立契約において、給付対象傷病を全傷病としないことや、2年間に1回の給付限度が不合理な内容とは言えない。

③「ご契約のしおり・約款」が交付されたことは申立人も認めており、同資料を一読すれば、申立契約は、傷病一時給付金について給付対象傷病を全傷病としないことや、2年間に1回の給付限度があることは容易に知り得る。

[事案 22-64] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年3月25日 裁定終了

<事案の概要>

募集人が、契約者が飲酒して判断能力が低下しているときを狙って契約させたとして、契約無効、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21年5月、営業担当者が予告もなく、毎晩晩酌をすることを知っていながら判断能力が低下しているときを狙って、夕方、自宅に訪問して来て、契約を締結させられた。その時、自分は飲酒しており、判断能力が低下していた状態であったし、前もっての説明もなく、その場で設計書を見せられただけで、契約後1週間ほどしてから約款、重要事項説明書を渡され、また、クーリング・オフをできないようにされたことを後で知った。本件契約は無効であり、既払込保険料を返還してほしい。

<保険会社の主張>

下記のとおり保険契約は有効であり、申立人の請求には応じられない。

- (1) 当社にて確認した結果、下記理由により「飲酒時の判断能力の低下している時を狙っての契約は無効である」との主張には当たらないと判断をした。
 - ① 申立人は、契約申込み時における取扱者および妻とのやりとりを十分に記憶していること。
 - ② 申立人は「契約申込み時、飲酒しており判断能力がなかった」と主張するが、契約申込みに際しては、配偶者（妻）も同席しており、その妻は「税理士に相談してから契約してはどうか」とも意見していた。
 - ③ 仮に、その契約申込みが十分に検討されないままにされたものであったとした場合、翌日にでもその契約内容を再確認することができ、また、場合によっては、クーリング・オフ制度の利用もできたはずである。
- (2) 提案に際しては、事前に契約者の配偶者と面談し詳細を説明した後、契約申込をいただいた日に、申立人とその妻に対し商品パンフレット、設計書を使い、当該契約の特徴や具体的な設計内容のほか、重要事項説明書・約款の内容を詳細に説明したうえで、契約をいただいたものであり、「前もって説明も無く、その場で設計書を見せられた」との申立人の主張には合意できない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人代表者および相手方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した結果、下記理由により、申立内容を認めることができないことから、生命保険相談所規程第44条により、裁定書によりその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 下記のような事実からすれば、申立人代表者が、契約申込時に飲酒していたか否かについては不明だが、少なくとも、申立人代表者が、酩酊して判断能力が低下していた状態にあったとは認められない。
 - ① 申立人代表者が契約申込時に酒を飲んでいただか否かについては、上記当事者の主張のみで、客観的な証拠は出されておらず、契約申込時に申立人代表者が判断能力が低下するほど飲んでいたとする申立人の主張には、疑問が残る。
 - ② 申立書等の書類の文字を見る限り、申立人代表者の筆跡には字の乱れも見られない。
 - ③ 万が一、申立人の代表者が酩酊して判断能力が低下した状態で契約締結したとしたなら、翌日以降、申立人から契約の無効の主張があるはずだが、そのような事実はなく、以後、継続して保険料の支払いがなされている。
- (2) 仮に契約申込時に、申立人代表者が判断能力が低下した状態であったとしても、契約の無効が成立するためには、申立人代表者が意思能力のない状態であった、あるいは、募集人が申立人代表者の意思能力の低下した状態を利用して強引に契約を締結させた等の公序良俗ないしは信義則違反の契約であったと評価できる程度の事情が必要だが、契約締結の経過等から、到底そのようには判断できない。
- (3) 申立人は、適合性の原則違反も主張していると解釈される余地もあるが、確かに、申立契約締結後8か月経過後に契約者貸付を受け、加入後1年未満で契約を失効させており、月額6万円余の保険料支払いに無理があった可能性はあるが、申立人の事業収入や申立契約の節税効果などを考え併せると、本件契約が適合性の原則に違反するとはまでは言えないものと思われる。

[事案 22-65] 入院給付金請求

・平成 23 年 2 月 18 日 裁定終了

<事案の概要>

肩・肘関節炎及び腰痛により 100 日以上入院したが、一部の入院期間分しか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 21 年 11 月～翌年 3 月上旬まで、右肩関節炎、右肘関節炎、腰痛症により 100 日以上入院した。そこで、医療特約に基づいて入院給付金を請求したところ、保険会社は 12 月 29 日までの入院日数分の入院給付金しか支払わず、それ以降の入院期間分の入院については、入院治療を必要とする状態ではなかったとして、入院給付金が支払われない。

しかし、以下の理由により納得出来ないもので、12 月 30 日以降の自宅療養期間を除く入院期間 66 日分の入院について、入院給付金を支払って欲しい。

- (1) 相手方会社は、自宅での治療が困難であった状況がなかったとして、入院給付金を支払わないが、申立人が入院したのは医師の判断に基づくものである。
- (2) 入院中の外出には正当な理由があり、外泊は、病院が休診となるため、院長の指示のもと、全ての入院患者が自宅療養を余儀なくされたためである。
- (3) 他社は、全期間の入院給付金が支払われた。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の入院期間のうち不支払期間（66 日分）の入院については、約款上、入院給付金の対象となる入院とは認められず、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1) 本件傷病の一般的な療法としては、いずれも外来による通院治療で足り、また、実際に本件入院にて採られた療法についても同様である。
- (2) 申立人の容態として、右肩関節炎、右肘関節炎については当初から入院治療の必要性は認められない。また、腰痛症についても、本件入院中、年末年始には 5 連泊にまでおよび、その後、外泊・外出を頻繁に繰り返していることからすれば、遅くとも 5 連泊を開始した平成 21 年 12 月 30 日の時点では、入院治療を必要とする容態にはなかったことが明らかである。

<裁定の概要>

本件においては、支払対象外と判断された申立人の入院が、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。

そこで、裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等に基づき、支払対象外と判断された申立人の入院期間にかかる入院について、客観的、合理的な入院の必要性・相当性があったか否かについて審理した結果、下記 (1) の事実にもとづき入院の必要性・相当性につき、

(2) のとおり判断できることから、平成 21 年 12 月 30 日以降の入院について、入院給付金の支払いを拒絶した相手方会社の対応は、不適切であるとは言えない。

よって、申立人の申立内容を認めることはできず、生命保険相談所規程第 44 条により、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 診療録、診断書、担当医師の回答書等による申立人の入院中の状況

①担当医師は、入院加療を指示された理由の問いに回答しておらず、申立人から入院希望があった旨の回答をしている。

②初診時の歩行状態については、「自力歩行は困難 つかまり歩行 歩行器使用」との記載がある。

③肩・肘関節炎及び腰痛に関する治療内容は、いずれも運動療法と理学療法である。

④入院期間中、申立人は、外泊10日間、外出10日間している。最初の外泊は、入院してから6日目である。平成21年12月30日～平成22年1月3日までは、5日間連続して外泊している。

(2) 上記事実を踏まえた、申立人の入院についての必要性、相当性についての判断

①申立人の「右肩関節炎、右肘関節炎」は、骨折や神経損傷等の器質的異常所見は見られず、手術の必要な状態でもなく、そもそも入院治療の必要性がなかった事案であり、実際に行なわれている治療も、入院して行なわなければならないものとは考えられない。

②申立人の「腰痛症」は、入院時「腰痛のため歩行障害あり自力歩行は困難、つかまり歩行、よって歩行器使用」との状況で、申立人の希望もあり、腰痛により自力歩行が困難であるということで、入院治療が行われたものである。

③また、腰痛については、入院中、画像検査や神経学的検査などの他覚的検査が行なわれておらず、捻挫や挫傷等による軟部組織の損傷も見られないことから、長期の入院が必要な状態ではなく、自力歩行が可能な状態にまで改善すれば、入院治療の継続の必要性はないと考えられる。

④平成21年12月30日から5日間は、申立人が外泊し、治療が中断されていたが、カルテの記載内容によっても、この時点で自力歩行が困難な状態が継続していたことを窺わせる記載はなく、歩行障害の原因となる神経症状や運動障害の存在も窺えないことから、遅くとも同年12月30日には、「自宅等での治療が困難なため、常に医師の管理下において治療に専念する必要性」は認められないと考えられる。

〔事案22-69〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

変額年金保険に関する募集人（銀行員）による重要事項の説明不足等があったとして、中途解約返戻金と既払込（一時払）保険料の差額の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成21年に夫が死亡し死亡保険金が銀行口座に振り込まれたことなどから、募集代理店である銀行から勧められ22年1月、変額個人年金保険（保険料一時払）に加入したが、勧誘時に募集人（銀行員）の説明不足、虚偽の説明があった。また、夫が死亡した以降うつ病になっていて、その事実は募集人にも伝えていた。

その後、同年7月に同保険を解約し解約返戻金を受け取っているが、下記により、既払込（一時払）保険料と解約返戻金の差額を支払って欲しい。

(1) 募集人に「短期（約1年）で元本保証のある金融商品」と依頼したのに、申立契約は運用期間10年の生命保険であり、そのような説明はなかった。

(2) 募集人は、「110%の一番低い設定目標にして、早ければ、1年ではなく、3ヶ月又は6ヶ月の時点でも少しでも上がっていれば、同銀行でもっと良い商品も出るなので、すぐに移行できる」と説明した。

(3) 募集人は、パンフレットを使用し「債券とか株で運用します」といった安易な説明しかしておらず、リスクや中途解約に伴う手数料（解約控除）の説明が全くなかった。

<保険会社の主張>

募集代理店および募集人に対する募集時の経緯等の調査を行った結果、申立人の主張するような事実はなく、申立人の要求に応ずることは出来ない。

(1) 運用期間の説明について

募集人は、募集時に、申立人の適合性や意向のヒアリングおよび「ご相談シート」によって確認しており、「短期で預けられるもの」と限定して金融商品の提案を依頼されていない。また、募集人は、「契約締結前交付書面」を使用し、申立契約の運用期間が10年であることを説明している。一方、申立人は、「運用期間10年」と明記された「契約申込書」に署名・押印し、また、募集人から商品のしくみ・特徴について説明を受けたことや、提案された内容(運用期間10年)でよいことについて、契約申込書の確認書欄への押印や「意向確認書」へのチェックおよび署名により認めている。

(2) リスクの説明について

募集人は、契約締結前交付書面を使用して中途解約リスク等を説明しており、解約時についての質問があった際も「運用状況が悪い時に解約すると元本割れし、解約控除が生じる場合がある」旨回答をしている。一方、申立人は、募集人から説明を受けたことや、中途解約時に解約払戻金が一時払保険料を下回るリスクがあること、解約控除が生じることを確認したことについて、契約申込書の確認書欄への押印や意向確認書へのチェックおよび署名により認めている。

(3) 諸費用(手数料)の説明について

募集人は、契約締結前交付書面を使用して「運用期間中」や「運用成果確保時」、「運用成果を確保する前に解約・積立金の一部を引き出した場合」の費用について説明した。一方、申立人は、募集人から諸費用等について説明を受けたことについて、意向確認書にチェックをしたうえで署名をしている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を法的に構成すれば、要素の錯誤(民法95条本文)による申立契約の無効もしくは詐欺による取消し(民法96条1項)を主張するものと考え、申立書、答弁書等の書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき下記のとおり審理した結果、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. 本件を検討するに、以下のような事実が認められる。

- (1) 申立人自身が記入し、署名している「契約申込書・告知書・確認書」には、「運用期間10年」と明記され、「年金支払期間(保証期間)」には「10年」にマル印が付けられ、「死亡保険金受取人」として長男と記入している。
- (2) 募集人が、申立人に対し、簡易パンフレットを利用しながら商品内容の説明を行ったことは申立人も認め、簡易パンフレットには、①運用期間は10年で年金原資(一時払保険料相当額)が保証されるためには運用期間満了まで運用することが必要であること、②一時払保険料は株式と債券を組み合わせた特別勘定で資産運用されること、③価格変動リスク・金利変動リスク等の投資リスクがあること、④運用実績及び契約者が負担すべき費用により、解約払戻金等の金額が一時払保険料の額を下回り、損失が生じるおそれがあること、⑤運用期間中に契約者が負担すべき費用、契約日から6年未満に解約する場合には所定の解約控除がなされること、等が明記されている。
- (3) 申立人が署名している「意向確認書」には、①運用期間等は提案の内容でよいか、②本件商品は運用実績に応じて解約払戻金額等が変動すること、運用期間中の投資リスクが契約者に帰属することを理解し了解したか、③本件商品は中長期の継続を前提とした変額個人年金保険で

あること、中途解約した場合の解約払戻金額は運用実績及び所定の諸費用の控除により一時払保険料を下回る可能性があること等を理解し了解したか、等という確認事項が記載されており、申立人はいずれの事項にも「はい」とチェックしている。

2. 上記事実に照らすと、申立人の主張するような事実を認めることはできず、下記理由により、「要素の錯誤」(注)の存在や、「詐欺」を認めることはできない。

(1) 申立人は、募集人から、簡易パンフレット中の目標値と特別勘定の円グラフの箇所以外には、特にリスクについては全く説明を受けていないと述べるが、募集人が上記簡易パンフレットを利用しながら、目標値と特別勘定の円グラフ以外の箇所について全く説明をしないことは、常識的に考えられない。また、申立人は生命保険だとは思っていなかったと述べるが、前記のような事実から考えて不自然である。

(2) 申立人は、申立契約の申込み当時、パニック状態と不眠症とうつ状態が酷かったと述べ、これは法律的には、意思能力(正常な判断能力)を喪失していたとの主張と解されるが(意思能力がない状態でなされた法律行為は無効)、仮にパニック状態と不眠症とうつ状態にあったとしても、それが直ちに意思能力の喪失につながるわけではなく、他に意思能力の喪失を疑わせるような事情は窺われない。

(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、意思表示をしなかったであろうことを意味する。

[事案 22-73] 災害死亡保険金請求

・平成 23 年 3 月 25 日 裁定終了

<事案の概要>

義父が自宅浴槽内で溺死したが、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 22 年、義父は自宅の浴槽内で溺死したので、死亡保険金を請求したところ、主契約から普通死亡保険金が支払われたが、相手方会社は、虚血性心疾患による病死と判断し、災害関係特約にもとづく不慮の事故を対象とする災害死亡保険金を支払ってくれない。

義父は、以前から心臓は強いと言われており、心疾患による病死との決定には納得できない。義父は、当日は疲労のため浴槽の中で寝てしまい、水がたっぷり入った浴槽の中で起き上がれずに溺死した、不慮の事故であるので、災害死亡保険金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、被保険者の死亡は不慮の事故によるものではなく、災害死亡保険金を支払うことはできない。

(1) 検案医は、頭・胸部の CT 検査で異常がないこと、髄液検査での脳出血が否定されていること、溺水の際に見られる法医学的な証拠である気道内の泡沫液の充満、肺内の湯水の貯留の所見が無いこと等から溺水ではなく、検死結果に基づき死因を「虚血性心疾患」と判断している。

(2) 警察も、被保険者に外傷がなく、争った跡やもがいたような形跡は無かったと述べており、検案医の検死結果により「虚血性心疾患」による病死と判断している。

(3) 他に不慮の事故とみられる形跡も確認されていない。

<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、答弁書等書面の内容にもとづき審理し

た。その結果、解剖はなされておらず、必ずしも被保険者の死因が明らかとはいえないが、下記事実からすると、被保険者の死因は、入浴中の急病死として虚血性心疾患であったとの疑いが強く、「外来の事故」によるものと認めることはできず、災害死亡保険金の支払対象となる不慮の事故に該当すると認めることはできないことから、生命保険相談所規程第 44 条を適用し、裁定書によりその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 検案医作成の死亡証明書によると、申立人の「直接死因」は「虚血性心疾患」、「死亡の種類」は「病死および自然死」と診断されている。その理由として、検案医は、「頭・胸部のCT検査で異常がなく、外傷もないこと、脳髄液検査で脳出血が否定されていること、明らかな気道内の水の貯留は確認できず、溺水の際に見られる茸状泡沫が確認できない」と説明をしている。
- (2) 被保険者には、溺死に特有な外表所見としての、外鼻腔、口から微細泡沫が確認されていないので、被保険者の死因が溺死であったと認めることはできない。
- (3) また被保険者のCT検査の結果、頭部・胸部に異常はなく、外傷は無いということなので浴槽内での転倒などの事故があったと認めることはできず、脳髄液検査の結果でも、脳内出血も認められていないので、転倒などの事故や、脳内出血が被保険者の死因であったと認めることもできない。

【事案 22-75】 配当金請求

・平成 23 年 3 月 25 日 裁定終了

<事案の概要>

満期時受取額が設計書記載の金額に比べ余りにも少なすぎるとして、設計書記載の配当金の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和 54 年に加入した定期付養老保険が平成 21 年に満期を迎えたが、加入時に提示された設計書記載の金額に比べ、ボーナス(配当金増額保険金)も満期配当金もあまりにも少なすぎる。下記理由により納得できないので、実際に支払われる額と見積書の表示金額との差額および遅延損害金を支払ってほしい。

(理由)

ボーナスプランによる支払金額も「配当金特殊支払による増加養老保険特約」に基づく支払も、配当金ではなく、特約満期保険金であるところ、各特約満期保険金の額は、契約時に決定されているものであり、相手方会社は、契約時に確定された金額を支払う義務がある。

<保険会社の主張>

以下のとおり、相手方が設計書記載金額との差額(およびその遅延損害金)を支払う義務を負うものではない以上、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) ボーナスプランによる支払いも「配当金特殊支払による増加養老保険特約」に基づく支払いも、主契約に係る配当金の支払方法の一手段であり、配当金を原資として保険を買い増しし、その保険金が保険金受取人らに支払われるものである。したがって、その保険金額は当然に配当金額に左右されるところ、配当金額は経済情勢によって変動するものであり、契約締結時に確約されるものではない。
- (2) 設計書の下部にも、ボーナス金額、満期配当金額については、今後変動することがあることが示されており、契約締結当時のパンフレットにも、同様の記載がある。

＜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) 保険契約は「附合契約」であり、約款の記載にしたがって契約内容が定められるものである。本件契約においても、ボーナスプラン及び満期時配当金の約款の記載がそれぞれ如何なるものであるかが問題となるが、下記記載のとおり、約款によれば、申立人が請求しているボーナスプランによる支払いおよび満期時特別配当金は、いずれも社員配当金であり、変動が予定されているものである。

そして、設計書の下部にも、「記載のボーナス金額、満期配当金額については、パンフレットにもご説明のとおり、今後変動することがあります。したがって、将来のお支払額をお約束するものではありません。」と記載されており、契約締結当時のパンフレットにも、同様の記載があるので、契約時にも、これらの金額が確定した数字ではないことが予想されていたことは明らかであり、よって申立人の主張は認められない。

①ボーナスプランに基づく支払いについて

約款によれば、本件におけるボーナスプランによる支払いは、下記のとおり、通常配当金の支払方法の一種である増加保険特約によるものであり、契約時に金額が確定しているものではない。

- ・本件契約において、「ボーナスプラン」と呼ばれるのは、増加保険特約によるものであり、同増加保険特約とは、毎決算期に割り当てられる通常配当金の支払方法として、保険買増を選択した際に付加される特約である。
- ・定款によれば、配当金は、決算において剰余金が生じたときに社員配当準備金に積み立てられ、社員配当準備金から、保険約款によって定められた方法によって、(割り当てられ、分配) 配当される金銭をいう。決算において剰余金が生じるか否かは、経済情勢によって影響を受けるものであるため、保険契約締結時に配当金額がいくらになるか確定しているわけではない。

②特約満期保険金について

特約満期保険金は、主契約に自動的に付加される「配当金特殊支払による増加養老保険特約」により、特別配当金を消滅時配当の財源の一部として事前に積み立て、一時払特殊養老保険の保険料に充当することにより、当該特殊養老保険を買い増しし、主契約の満期に支払われる金銭で、特約満期保険金も、配当金の支払方法の一種であることは明らかで、配当金が経済情勢によって増減する以上、契約時に確定しているとは言えない。

(2) その他

①契約転換について

申立人は、主張書面において、申立契約が契約途中において相手方会社により「転換」がなされたと主張するが、保障内容の変更により主契約の名称が変わっただけであり、契約内容が変わったわけではない。また、「転換」は、相手方会社の一方的な意思表示のみで行うことはできず、申立契約が契約継続中に転換されたとはいえない。

[事案 22-78] 特定疾病保険金請求

平成23年3月25日 裁定終了

＜事案の概要＞

膀胱癌で入院し手術を受けたが、浸潤性がないという理由で特定疾病保険金が支払われない

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21年1月、A病院に入院し病理診断結果、「膀胱癌(上皮内癌以外)」、TNM分類「pTa N0M0」と診断され(以下「本件疾病」という)、膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)を受けた。そこで、保険金、給付金を請求したところ、入院給付金と手術給付金は支払われたものの、浸潤性がないという理由で特定疾病保険金が支払われなかった。

1年後の22年3月に再発、A病院に再入院し「膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)」を受けたので、再度、保険金、給付金を請求したところ、1回目の入院・手術と同様、入院給付金、手術給付金は支払われたが、浸潤性がないという理由で特定疾病保険金がまた支払われなかった。下記理由により、納得出来ないので特定疾病保険金(200万円)を支払ってほしい。

- (1) A病院の診断書において、本件疾病が「上皮内癌以外」と記載されており、本件疾病は、特定疾病保険金の支払い対象となる「悪性新生物」に該当する。
- (2) 新型がん特約において、癌として認定しがん入院給付金、がん手術給付金が支払われているのに、何故、特定疾病保障定期特約については特定疾病保険金が支払われないのか理解できない。
- (3) 約款の内容について事前に説明を受けていない。
- (4) 他生保会社で締結している他の保険契約で給付金が支払われている。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求(特定疾病保険金の支払)に応ずることは出来ない。

- (1) 膀胱癌におけるTNM分類上、「pTa」は乳頭状非浸潤癌を示し、約款上支払対象外となっている上皮内癌と同等の状態と判断され、支払対象である悪性新生物の定義にも該当しない。
- (2) 新型がん特約は、特定疾病保障定期保険約款で支払対象外と規定されている上皮内新生物についても、がん入院給付金、がん手術給付金の支払対象としており、特定疾病保険金とがん入院給付金・がん手術給付金の支払事由は異なるものである。
- (3) 生命保険契約は附合契約性を有しており、特定疾病保険金の支払可否は該当契約の約款の規定に従い判断される。
- (4) 他社で締結している他の保険契約の約款、および他社の支払可否判断に、当社の支払可否判断が拘束されるわけではない。

<裁定の概要>

下記理由のとおり、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) A病院の診断書では、本件疾病は「尿路上皮癌」で「上皮内癌以外」と記載され、TNM分類「pTa N0M0」と記載されているが、これは、非浸潤性・乳頭状癌であり、所属リンパ節転移はなく、遠隔転移もなかったことを示している。

申立契約の約款によれば、特定疾病保険金の支払対象となる悪性新生物とは「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」と定義されおり、本件疾病は、特定疾病保険金の支払対象となる悪性新生物には該当しない。

- (2) 腫瘍が浸潤性のものか非浸潤性のものかは、いわば腫瘍の性質に着目した分類であり、上皮内にとどまる「上皮内癌」であるか「上皮内癌以外」であるかは、いわば腫瘍の状態(深達度)に着目した分類であり、分類の基準が異なる。従って、「上皮内癌以外」の腫瘍が直ちに浸潤性のもの、すなわち約款で規定する「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」とは言えない。
- (3) 申立人は、相手方会社が、がん入院給付金・がん手術給付金の支払いには応じていることを指摘するが、これは、がん特約と特定疾病保障定期特約の約款の規定の仕方が異なるため

で、矛盾するものではない。

(4) 生命保険契約は附合契約^[注]であり、契約の内容は約款の規定に従って決まるものであり、約款において、特定疾病保険金の支払対象が「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」に限定されている以上、その点につき、申立人が相手方から説明を受けていなかったとしても、同保険金を支払うべきか否かは申立契約の約款に従って判断される。

【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です。相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されている。

[事案 22-82] がん診断給付金請求

平成23年3月25日 裁定終了

<事案の概要>

膀胱癌で入院し手術を受けたが、約款に定める悪性新生物に該当しないという理由で、ガン診断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 22 年 3 月、A 病院に入院し病理組織診断の結果、「膀胱癌（上皮内癌以外）」、T NM 分類「T a N 0 M 0」と診断され（以下「本件疾病」という）、「経尿道的膀胱腫瘍切除術」を受けた。（入院期間：同月 3 日から同月 7 日まで）。

そこで、団体信用生命保険契約にもとづき、ガン診断給付金を給付金受取人（銀行）に支払うように請求したところ、相手方会社は、約款に定める悪性新生物に該当しないということで、ガン診断給付金を支払わないが、下記理由により納得できないので、ガン診断給付金を支払ってほしい。

- (1) 約款には、悪性新生物の判断基準が記載されておらず、何ら約款に記載されていない TNM 分類を基準として悪性新生物か否かの判断をするべきではない。
- (2) 下記の要件①は、医的に何ら意義のない要件である。
- (3) 悪性新生物の判断には、要件②の分類の元になる WHO が作成する ICD-9 に準拠した提要昭和 54 年度版を用いることから、悪性新生物の該当性については、昭和 54 年当時の WHO の腫瘍学の分類である国際疾病分類腫瘍学（ICD-O）第 1 版もしくは第 2 版に依拠してなされなければならない。

<申立契約の保険約款に定める支払要件>

ガン診断給付金は、被保険者が要件①および要件②を両方を満たす疾患に罹患した際に給付される。

- ①「対象となる悪性新生物・・・は」、「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（ただし、上皮内ガンおよび皮膚の悪性黒色腫以外の皮膚ガンを除く）」（表 1）によって定義付けられる疾病」（以下「要件①」という）
- ②「昭和 53 年 12 月 15 日行政管理庁告示第 73 号に基づく厚生省大臣官房統計情報部「疾病、傷害および死因統計分類提要」（昭和 54 年版）に記載された分類項目中、表 2 の基本分類番号に規定される内容によるもの」（以下「要件②」という）

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の罹患したガンは、約款上支払い対象外となる疾患であり、ガン診断給付金は支払うことは出来ない。

- (1) 約款解釈は、契約当事者の意思を合理的に解釈すべきところ、医学は日々進歩しているので、本来特約が備えるべきリスクもその時々医学的水準に左右されることから、最新（確

- 定診断時)の医学的判断基準によって判断されると解するのが当事者の合理的意思である。
- (2) TNM分類を用いることは、同分類が悪性腫瘍の病期分類として広く定着していることからすれば、当事者の合理的な意思と考えるべきである。
- (3) 「悪性新生物」を定義する本件約款別表1に文言上申立人主張の要件②の基準によるべきであるとは、全く規定されていない。何より、30年以上昔の医学的基準によって、悪性新生物の該当性を判断するのは、当事者の合理的意思の範疇を完全に超えている。

＜裁定の概要＞

下記のとおり、申立内容は認められないことから、指定(外国)生命保険業務紛争解決機関業務規程第37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. 「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患」の解釈について

- (1) 約款に特定の具体的な医学的基準が示されている場合には、その基準を使用して判断すべきであることはもちろんだが、具体的な医学的基準が記載されていない場合において、具体的な医学基準を用いて、約款文言の内容を適切に特定することが可能ならば、その基準を排除する必要はないと考えられる。そして、その場合に使用する医学的基準は、約款を適用する時点における標準的な医学的基準とするのが合理的であり、当事者の意思にも合致すると考えられる。
- (2) TNM分類は、国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページにおいても、膀胱がんのステージを判断する基準として、「国際的に用いられている」と記載されており、国内外で標準的に用いられている基準であると考えて差し支えないものと思われ、「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」は、その文言から、がんの広がり(深達度)に着目した定義であると考えられ、がんの深達度を示すのに、国内外において標準的に用いられているTNM分類を使用して、上記文言を解釈することは適切であると考えられる。
- (3) 申立人が上記約款文言の解釈の基準として使用すべきであると主張する国際疾病分類腫瘍学(I D C - O)第1版及び第2版については、なぜ要件①の判断基準になるのかその根拠が明らかではなく、20年～30年以上前に定められたものであり、現在の医学水準に合致するものではないと思われ、申立人が平成22年に罹患し、治療を受けた本疾患に、約款を適用する際の解釈の前提にするのに適当な基準であるとは考えられない。

2. 申立人の罹患した疾患が、約款上の悪性新生物であるかについて

下記の事実から、申立人の膀胱腫瘍は、非浸潤性の乳頭状癌であって、悪性腫瘍ではあるものの、転移や浸潤しないと考えられていると判断できるので、「組織への無制限かつ浸潤的破壊的増殖で特徴づけられる疾病」にはあたらないと解釈でき、要件①を満たさない疾病であると考えられる。よって、申立人の疾患は、要件②を検討するまでもなく、ガン診断給付金の支払対象となる悪性新生物にはあたらないものと判断できる。

- (1) 診断書によれば、本件疾病は「膀胱腫瘍」で「上皮内癌以外」と記載され、TNM分類「T a N 0 M 0」と記載されている。これは、非浸潤性・乳頭状癌であり、所属リンパ節転移はなく、遠隔転移もなかったことを示している。
- (2) 病理組織検査報告書によれば、申立人の膀胱の生検体のうち、「①左側壁」については、「G 1 ~ G 2 相当の尿路上皮癌が示唆される。明らかな癌の浸潤は、確認できない。(p T a)」「②左三角部」についても「G 1 ~ G 2 相当の尿路上皮癌が示唆される。癌の浸潤は明らかではない(p T a)。」との記載がある。
- (3) さらに、国立がん研究センターのホームページによると、非浸潤性・乳頭状癌について、「肉眼的に、ちょうど、カリフラワーか、いそぎんちゃくのように表面がぶつぶつとなっているかたちをしたがん(乳頭がんともいう)で、膀胱の内腔に向かって突出しています。

しかし、がんの病巣は、膀胱の粘膜にとどまっていることが多く（表在性がん）、転移や浸潤（がんが周囲に広がること）をしないものです。」との記載がある。

〔事案 22-92〕 契約無効確認請求

平成 23 年 3 月 25 日 裁定終了

<事案の概要>

亡母が知らない間に自分を契約者、子供を被保険者とする生命保険に加入していたとして、契約を無効とし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 21 年 12 月に母が死亡し、母が自分の全く知らないうちに、自分を契約者、子供（加入当時 7 歳）を被保険者として生命保険に加入していたことが初めて判った。下記のとおり、契約手続きは、亡くなった母が、自分が知らない間にしたもので、契約は無効であり、既払込保険料と既に受け取った解約返戻金との差額を返還してほしい

- (1) 自分は申込書の署名・押印はしておらず、亡くなった母親が手続きしたもので、告知書の親権者欄の署名も自分のものではない。
- (2) 健康確認（面接士扱い）が実施されているが、自分は面接士に面談したことがない。
- (3) 営業担当者と亡くなった母に関連した保険が他に 7 件もあり、うち 4 件は契約者本人の自筆でないと思われる。

<保険会社の主張>

下記のとおり、契約の締結過程に瑕疵がなかったことが推認され、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 募集手続全般について、募集担当者・担当元面接士に取扱事情を確認したところ、いずれも取扱いに問題はなかったものと判断され、申立人の主張と相反している。
- (2) 契約内容についても、申立人側の「転換前契約の年払保険料の範囲内で見直ししたい」との意向に沿って保険設計されたものであり、資産形成機能と保険本来の保障機能のバランスを考えた合理的な内容になっているものと考えられる。
- (3) 契約後 7 年余りが経過し、契約後の保険証券や毎年の通知にて契約内容をお知らせしている。また、既に契約者本人が解約手続きをし、解約返戻金を請求するという有効な契約があることを前提とした行動をとっている。

<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、答弁書等の書面の内容にもとづいて審理した結果、下記のとおり、本件契約は結果において有効となり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争機関「業務規程」第 37 条により、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) 本件契約が無効であるか否かは、申込書等書面の署名の真偽を確認しなければならないが、本審査会においてはかかる認定（鑑定を必要とする）手続きがないので、この点から本件契約の有効無効を判断することはできない。
- (2) しかし、本件が無権代理行為であると仮定した場合であっても、本人が当該無権代理行為に基づく契約が有効であることを前提とした行為をした場合には、無権代理行為の追認となり、契約は有効となる。（民法 116 条本文）
- (3) 本件では、申立人は平成 22 年 8 月に、当該保険契約の解約手続きをし、解約返戻金を受領している。このように、契約の解約権及び解約返戻金の受領権は、契約者でなければ為し得ない行為であり（もし契約が無断でなされたのであるならば、申立人は保険料を支払っていないはずであり、自分で支払っていない保険料に基づく解約返戻金の返還を請求でき

る理由はない)、かかる行為は、契約が有効であることを前提とした行為であり、追認に該当する。

- (4) この追認は、契約が有効とするものであるもので、被保険者の法定代理人として被保険者同意の無権代理をも追認したことにもなる。

【参考】民法 116 条（無権代理行為の追認）

追認は、別段の意思表示がないときは、契約の時にさかのぼってその効力を生ずる。ただし、第三者の権利を害することはできない

[事案 22-98] 入院給付金請求

・平成 23 年 2 月 18 日 裁定終了

<事案の概要>

メニエール症候群の治療のため入院治療を受けたが、入院日数の一部しか入院給付金が支払われないことを不服とし申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 3 月上旬から 92 日間、Aクリニックに入院しメニエール症候群の治療を受け、疾病契約に基づき疾病入院給付金の支払いを求めたところ、4 月 10 日以降の入院分は、特約約款で規定されている「入院」には該当しないとして入院当初の 32 日分しか入院給付金が支払われなかった。

入院給付金の支払対象にならなかった入院期間についても、担当医が入院治療が必要と認め、医師の管理下にて治療したものであり、納得できないので、全入院期間分の入院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

申立人の入院について、入院証明書(診断書)等にもとづいて確認のうえ当社約款に規定する「入院」の定義に該当するか検討した結果、すでに入院給付金を支払っている 32 日間以外の入院期間 60 日間については、下記のとおり、療法、申立人の容態、外泊状況等に照らして、約款に定める「入院」に該当しないので、入院給付金の追加支払いの請求には応じられない。

(1)平成 22 年 4 月上旬以降ほぼ 1 週間ごとに外泊を継続していること、本件入院前後に認められる容態などに照らせば、遅くとも外泊の定期的な継続と認められる同年 4 月 10 日以降の段階では、既に容態として入院を必要とする状況にあったとは認められない。

(2)本件入院で採られた療法のうち、薬物療法はいずれも外来による通院治療で足り、安静臥床についても、遅くとも同年 4 月 10 日以降の段階では、入院を必要とするものではない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方から提出された書類にもとづいて、申立人の入院が、約款規程の入院に該当するかどうかについて審理を行った結果、下記により「入院給付金の支払要件となる入院」と判断することは困難であるため、本件申立内容を認める理由がないとして、指定(外国)生命保険業務紛争解決機関業務規程第 37 条を適用して、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) 本件入院中の治療内容は、主治医作成の「病状についてのまとめ」等によると、「めまい時臥床」の他は薬物療法であったことが認められ、本件の薬物療法は、外来通院でも可能といえ、薬物療法のために入院の必要性があったとは認められない。

(2)めまいの症状が重い場合には、入院の必要性を認めることができるが、申立人のめまいの程度について見ると、4 月中の症状として、「病状についてのまとめ」では、「めまい程度は軽減」と記載されている。また、申立人は、4 月上旬から退院するまでの間、定期的に

外泊しており、めまいの症状が、定期的に軽減するとは通常考えられないことからすると、少なくとも外泊を始めた頃のめまいの程度は、外泊を意図すればいつでも外泊できる程度であったと認められる。

(3) メニエール症候群の一般的な入院期間は、平均の在院日数で7日とされており、それを超えると一般的に長期の入院と看做される特定入院期間は13日とされている。

(4) なお、「入院・手術証明書」には合併症として「心室性期外収縮」と記載され、「病状についてのまとめ」によれば、ホルター心電図検査を行い、薬物療法がなされているが、ホルター心電図検査は携帯型の心電計を使用する検査であることから入院して行う必要はなく、薬物療法も同様と言える。従って、心室性期外収縮のための入院の必要性も認められない。

〔事案 22-123〕 契約転換無効確認請求

・平成23年3月25日 裁定打切り

<事案の概要>

転換契約は契約者の意思に基づかないものであるとして、契約転換を無効と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19年に契約転換によりなされた申立契約への加入手続きは、下記のとおり、契約者の意思にもとづかずになされたもので、契約転換は無効であるから、既払込保険料を返還して欲しい。

(1) 本件保険契約の加入申込書は、契約者である自分が作成したものであるが、自分は、同申込書を代理請求特約付加のための書類と認識して署名押印したものであり、本件保険契約の申込みをする意思はなかった。

(2) 営業担当者は、被保険者(娘)が自署すべきである加入申込書および告知書の被保険者欄に無断で自ら署名し、書類を偽造したものである。

<保険会社の主張>

本件保険契約への加入は、契約者の意思に基づき行われたもので有効であるから、申立人の請求に応ずることはできない。

(1) 契約転換による本件保険契約への加入手続きは、下記の通り、契約者の意思に基づくものである。

① 契約申込書は、その体裁および記載内容から、保険契約への加入を申込み書類であることは明らかである。

② 申立人は、契約申込書を作成すると同時に、保険料口座振替申込書を作成しているが、代理請求特約の付加で保険料口座振替申込書の提出など必要ないことは、普通に考えれば明らかである。

③ 申立人は、契約申込書を提出後、本件保険契約の第1回保険料充当金を支払っている。

④ 営業担当者は申立人に対して、設計書、重要事項説明書、パンフレット、約款冊子を交付し、本件保険契約の内容を説明している。

⑤ 本件保険契約の成立後、当社から申立人に対し保険証券を送付しており、申立人は現にこれを所持している。

(2) 本件の苦情申出は、営業担当者が申立人の実兄との間でトラブルを生じ、その一連の経過に呼応してなされており、本件申立ては、営業担当者に対する報復目的でなされたものである。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立書および答弁書等にもとづき審理を行ったが、被保険者欄の署名問題に関しては、被保険者欄の署名が本人または法定代理権を持つ親族の署名でなければ無効である可能性が高くなることから、本件では署名の真偽を明らかにする必要があるが、厳密な証拠調手続をもたない当審査会においてかかる認定をすることは不可能であり、裁判所における訴訟手続によることが適切であると判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第32条1項（4）により、裁定手続きを打ち切ることとした。

(3) 申立不受理事案の概要

平成 22 年度第 4 四半期において、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」にもとづき「不受理」となった 3 事案の概要、不受理の理由は下記のとおりである。

[事案 22-126] 契約取消請求

・平成 23 年 1 月 26 日 不受理決定

<事案の概要>

昭和 49 年と昭和 53 年にそれぞれ加入した保険契約および昭和 60 年に転換した保険契約についての加入経緯に疑問を感じ、相手方会社から保険証券を取り寄せ確認したところ、申込書が他人の字で書きかえられており、保険証券が他人の住所へ送られ、偽造されていた。これは、営業担当者等が関与した不法行為であり、保険契約を取り消してほしい。

<不受理の理由>

本件申立ての当否の判断に際しては、各契約手続の経緯、申込書の署名の真偽等の事実認定が極めて重要な要素となること、契約時から既に 30 年が経過しており、契約手続の経緯について認定することが極めて困難であることや筆跡鑑定が必須となると思われること等を考慮すると、公正な判断を行うためには、裁判所における訴訟手続によることが適切であり、厳密な証拠調べ手続をもたない裁定審査会において裁定を行うには適当でないと判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 24 条 1 項 (9) に基づき申立てを不受理とした。

[事案 22-131] 名義変更無効請求

・平成 23 年 1 月 26 日 不受理決定

<事案の概要>

平成 21 年に夫（被保険者）が死亡し、死亡保険金受取人（＝保険契約者）となっていた義母に死亡保険金が支払われた。しかし、もともと契約者＝夫、死亡保険金受取人＝自分（妻）となっていたものを、夫の妹（相手方会社の募集人）が勝手に平成 13 年に名義変更したものである。また、夫は亡くなる前の平成 19 年には高度障害状態に該当していたが、死亡保険金が支払われるまで生命保険加入の事実を知らなかったため、高度障害保険金を請求することができなかった。

義母への死亡保険金の支払いを取消し、高度障害保険金を夫の相続人である妻の私に支払ってほしい。

<不受理の理由>

本件は、既に死亡保険金が支払われており、仮に本件申立てが認められた場合、死亡保険金受取人の利害関係に重大な影響を与えることになることから、本件紛争を解決するためには死亡保険金受取人の関与を必要とするが、裁定審査会においては、申立人以外の方の権利を手続的に保障する制度がないため、裁判手続による解決が妥当と考え、裁定を行うことは適当でないと判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 24 条 1 項(6)に基づき、申立てを不受理とした。

[事案 22-159] 解約返戻金支払等請求

・平成 23 年 3 月 9 日 不受理決定

<事案の概要>

昭和 57 年に加入した定期付養老保険について、平成 2 年に定期付終身保険に転換し、同 12 年に減額更新し、同 22 年に解約した申立契約について下記の点につき要求したい。

- ① 解約に関して、受け取った解約返戻金が少ない。初回の契約条件による平成 22 年 7 月までの払込みによる解約返戻金額を支払うとともに、解約返戻金の算出根拠を明示してほしい。
- ② 転換契約に関して、営業職員の発言（積立金の返金）にしたがって、転換当時に受け取らなかった積立金を支払ってほしい。

<不受理の理由>

裁定審査会は、申立内容の適格性審査を行った結果、いずれの申立ても、以下のとおり判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 24 条第 1 項第 9 号に基づき、申立てを不受理とした。

- (1) 初回の契約条件による平成 22 年 7 月までの払い込みによる解約返戻金の支払いの申立て
① については、なぜ初回の契約条件にしたがうべきなのか等、解約返戻金の支払いを求める根拠が不明確である。
- (2) 契約転換時に営業担当者の説明のあった積立金の返金の申立て ② については、営業担当者の発言を問題とし、契約者貸付請求書の説明の申立てについては書面作成の経緯を問題としているが、いずれの点についても、当時から約 20 年が経過していることから、当事者双方の当時の記憶・記録が定かでないことが考えられ、公正な判断を行うためには、厳密な証拠調手続をもたない裁定審査会において裁定を行うには適当でなく、裁判所における訴訟手続によることが適切である。

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