

ボイス・レポート

< 全社版 >

平成 23 年度 第 2 四半期受付分

(平成 23 年 7 月～9 月)

(社) 生命保険協会

生命保険相談所

1. 平成 23 年度第 2 四半期の苦情受付状況

平成 23 年度第 2 四半期の苦情件数は 1,634 件で、苦情の定義を「不満足 of 表明があるもの」とした平成 18 年度以降最も少ない件数となった前期 (1,556 件) より 78 件、5.0%増加しているが、前年同期 (1,655 件) よりは 21 件、1.3%減少している。

なお、東日本大震災に係る一般相談と苦情の件数を、前期と比較すると、一般相談は大幅に減少し、苦情は引続きほとんど寄せられていない。

○大項目別に見ると、「保険金・給付金関係」が 504 件 (占率 30.8%)、「新契約関係」が 480 件 (同 29.4%) で、ともに前期より少し増加しているが、占率は減少している。前期大幅に減少した「保全関係」は 444 件 (同 27.2%) で、大幅に増加している。以下「収納関係」120 件 (同 7.3%)、「その他」86 件 (同 5.3%) となっており、ともに前期より減少している。

○内容別に見ると、『説明不十分』が最も多くなり、239 件 (同 14.6%) と前期より増加している。『入院等給付金不支払決定』は前期より減少して 2 番目となり、228 件 (同 14.0%) となっている。3 番目以下は、『解約手続』(116 件、同 7.1%)、『不適切な募集行為』(99 件、同 6.1%)、『入院等給付金支払手続』(97 件、同 5.9%) で、『解約手続』と『入院等給付金支払手続』は、前期に比べ 1 割以上増加している。前期大幅に減少した『契約内容変更』は 71 件 (同 4.3%) と増加し、6 番目となり、『契約引受関係』は 59 件 (同 3.6%) で 7 番目に下がっている。『満期保険金・年金等』は増加し、59 件 (同 3.6%) と同件数で 7 番目となり、以下『死亡等保険金支払手続』が 58 件 (同 3.5%)、『死亡等保険金不支払決定』が 57 件 (同 3.5%) の順となっている。

○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、連続して高い水準で推移しており、今期は、さらに増加しているが、リーマン・ショック (平成 20 年 9 月) 以前の契約に関する申し出も多い。

苦情項目別件数表 <平成23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	99	125.3	99	95.2					198	108.2
	不適切な告知取得	18	85.7	18	128.6					36	102.9
	不適切な話法	32	118.5	30	71.4					62	89.9
	加入意思確認不十分	-	-	-	-					-	-
	説明不十分	223	113.2	239	119.5					462	116.4
	契約内容相違	-	-	-	-					-	-
	事務取扱不注意	13	61.9	6	100.0					19	70.4
	契約確認	0	-	1	100.0					1	-
	契約引受関係	60	125.0	59	120.4					119	122.7
	告知内容相違	-	-	-	-					-	-
	証券未着	1	33.3	3	300.0					4	100.0
	その他	15	125.0	25	416.7					40	222.2
	計	461	105.3	480	104.6					941	104.9
収納関係	集金	9	64.3	14	116.7					23	88.5
	口座振替・送金	13	100.0	23	76.7					36	83.7
	職域団体扱	2	40.0	5	71.4					7	58.3
	保険料払込関係	35	134.6	24	100.0					59	118.0
	保険料振替貸付	20	31.7	14	32.6					34	32.1
	失効・復活	39	83.0	36	97.3					75	89.3
	その他	5	83.3	4	80.0					9	81.8
		計	123	70.7	120	75.9					243
保全関係	配当内容	38	52.8	56	94.9					94	71.8
	契約者貸付	26	123.8	31	155.0					57	139.0
	更新	25	96.2	34	113.3					59	105.4
	契約内容変更	59	83.1	71	83.5					130	83.3
	名義変更・住所変更	31	88.6	37	108.8					68	98.6
	特約中途付加	4	100.0	7	50.0					11	61.1
	解約手続	102	87.9	116	89.9					218	89.0
	解約返戻金	42	107.7	42	85.7					84	95.5
	生保カード・ATM関係	5	100.0	6	600.0					11	183.3
	その他	23	100.0	44	200.0					67	148.9
	計	355	86.2	444	100.2					799	93.5
保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	51	92.7	59	109.3					110	100.9
	死亡等保険金支払手続	54	77.1	58	98.3					112	86.8
	死亡等保険金不支払決定	51	110.9	57	126.7					108	118.7
	入院等給付金支払手続	86	82.7	97	85.8					183	84.3
	入院等給付金不支払決定	245	96.5	228	95.8					473	96.1
	その他	16	106.7	5	35.7					21	72.4
	計	503	92.5	504	96.4					1,007	94.4
その他	職員の態度・マナー	25	131.6	19	118.8					44	125.7
	保険料控除	0	0.0	1	-					1	25.0
	個人情報取扱関係	46	92.0	43	119.4					89	103.5
	アフターサービス関係	21	262.5	9	69.2					30	142.9
	その他	22	84.6	14	200.0					36	109.1
	計	114	106.5	86	119.4					200	111.7
総計		1,556	92.9	1,634	98.7					3,190	95.8

※ 苦情項目の見直しを行い、平成23年度より「加入意思確認不十分」「契約内容相違」「告知内容相違」の3項目を廃止した。

※ 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	82	17	0		0	99	保全関係	配当内容	2	0	0	54	0	56
	不適切な告知取得	16	2	0		0	18		契約者貸付	11	1	0	19	0	31
	不適切な話法	17	13	0		0	30		更新	9	1	0	24	0	34
	説明不十分	136	82	1	9	11	239		契約内容変更	22	4	5	40	0	71
	事務取扱不注意	4	1	1	0	0	6		名義変更・住所変更	13	4	3	15	2	37
	契約確認	0	0	1	0	0	1		特約中途付加	2	0	1	4	0	7
	契約引受関係	7	7	0	44	1	59		解約手続	51	12	4	47	2	116
	証券未着	1	0	0	2	0	3		解約返戻金	10	5	3	24	0	42
	その他	7	7	0	9	2	25		生保カード・ATM関係	3	0	1	2	0	6
	計	270	129	3	64	14	480		その他	10	0	5	29	0	44
									計	133	27	22	258	4	444
収納関係	集金	10	2	1	1	0	14	保険金・給付金関係	満期保険金・年金等	9	1	1	48	0	59
	口座振替・送金	3	2	2	15	1	23		死亡等保険金支払手続	12	1	7	34	4	58
	職域団体扱	1	0	0	4	0	5		死亡等保険金不支払決定	1	0	2	54	0	57
	保険料払込関係	2	0	1	20	1	24		入院等給付金支払手続	25	6	12	52	2	97
	保険料振替貸付	5	0	0	8	1	14		入院等給付金不支払決定	42	17	3	165	1	228
	失効・復活	8	3	0	23	2	36		その他	1	0	0	4	0	5
	その他	1	0	0	2	1	4		計	90	25	25	357	7	504
	計	30	7	4	73	6	120								
※「制度・事務」は取扱いに疎漏はないが、 現行の事務・約款、会社の制度そのものを 原因とした苦情 ※発生原因が営業担当者であり、代理店である ことが確認出来ない場合は、営業職員に分類 している。							その他	職員の態度・マナー	11	4	3	0	1	19	
								保険料控除	0	0	0	1	0	1	
								個人情報取扱関係	19	9	0	13	2	43	
								アフターサービス関係	2	0	0	7	0	9	
								その他	2	0	1	11	0	14	
								計	34	13	4	32	3	86	
総 計		557	201	58	784	34	1,634								

<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、『説明不十分』が239件（占率14.6%）で最も多くなり、前期（223件）より約7%増加している。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割弱となっている。

<説明不十分>

- ・加入しようと思い、営業担当者と話しているが、十分な説明をせず、早く申込書に署名させようとする。
- ・一次払いで変額終身保険に加入したが、リスクの説明がなかった。代理店である銀行側からは、リスクを説明しているといわれ、契約を取り消してもらえない。
- ・10年前に更新型の保険に加入したが、更新時に保険料が倍近くなるとの説明を受けていなかった。
- ・新しい営業担当者から勧められ、転換したが、設計書と証券の保険金額が異なり、それについて十分な説明をしてくれなかった。
- ・営業担当から、しつこく転換を勧められたので、仕方なく言われるままに転換した。その際に、転換後のデメリットや更新後の保険料のことなど、説明が全くされていなかった。

第2位は、『入院等給付金不支払決定』の228件（同14.0%）で、前期は約8%増加し、第1位であったが、今期は逆に約7%減少した。苦情内容としては、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」、「入院給付金不支払」の順となっている。

<入院等給付金等不支払決定>

- ・転換時に、営業職員からは、「鼻炎の治療の件は告知しなくてよい」と言われた。その後、鼻の病気が悪化し、手術を受け、給付金を請求したが、不支払いとなった。
- ・加入時に、営業職員に対して投薬の話をしたのに、給付金を請求したら、告知義務違反を問われた。
- ・手術給付金を請求したところ、契約前発病なので、不支払いという通知がきた。納得がいかない。
- ・カスタマーセンターに手術名を伝え、手術給付金の対象と言われたので、鼻の手術を受けた。その後、給付金を請求したが、給付対象外と言われた。納得がいかない。
- ・担当者からは、「ガンと名がつけば給付金が出る」と言われていたが、診断結果は非浸潤性であり、給付金が支払われなかった。

第3位は『解約手続』の116件（同7.1%）で、前期は約14%減少したが、今期は逆に約14%増加した。苦情内容としては、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>

- ・加入している2件とも解約したいと申し出たが、解約手続き書類は、1件分しか送られてこなかった。
- ・他の保険会社と契約したので、現在の契約を解約したいと申し出たが、手続きしてくれない。
- ・解約手続きを申し出たが、営業担当者との対面でないと取り扱ってくれない。なぜ、郵送手続きを認めないのか。
- ・コールセンターに解約を申し出たところ、担当者が自宅を訪問し、解約手続きもしないで、別の商品の説明を長時間して帰っていった。
- ・元妻が、勝手に解約手続きを行い、返戻金を全額受け取っていた。契約者本人に直接確認せず、解約に応じたのは問題ではないか。

第4位は、『不適切な募集行為』（99件、同6.1%）で、前期と同件数であった。内容としては、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>

- ・自分が全く承知していない契約があることが判明したので、支社の窓口に出向き、契約の無効を求めている。
- ・私が知らないうちに、被保険者になっている契約があった。
- ・営業担当者から名義貸しを強要され、申込みをしてしまったが、契約の無効を申し出たい。
- ・理解力が落ちている高齢の母に対して、営業職員が強引に契約転換をさせた。

第5位は、『入院等給付金支払手続』の97件（同5.9%）で、前期は1割近く減少したが、今期は1割以上増加し、内容としては、請求手続手配、給付金支払確認が多くを占めている。

<入院等給付金支払手続>

- ・父が脳梗塞で話せない状態である。入院給付金を請求したいと思い、連絡したところ、請求書類は送付してくれるが、個人情報理由に契約内容を教えてくれない。
- ・昨年、入院給付金の支払い手続きを営業職員に頼んだが、一向に音沙汰がない。
- ・給付金を請求したところ、確認が2回も入り、担当職員の対応に気分を害した。

第6位は、「契約内容変更」の71件（同4.3%）で、前期は2割以上減少したが、今期は2割以上増加した。内容としては、内容変更手続遅延・放置、保険期間・種類の変更に関するものが多い。

<契約内容変更>

- ・営業担当者に保険金額の減額を申し出たが、手続きされないの、やむなく窓口で手続きを行った。
- ・定期付終身保険が更新時期を迎え、定期特約を更新したくない旨営業職員に伝えたが、できないと言われた。一方、支社に確認したら、可能との回答であった。
- ・契約時の説明では、将来保険金額を減らすことが可能と聞いていたが、最低保険金額の規定があることは聞いていなかった。

第7位は、『契約引受関係』と『満期保険金・年金等』の59件（同3.6%）となっている。

このうち『契約引受関係』の件数は、前期（60件）とほぼ同件数で、苦情内容は、契約不承諾、条件付が多い。

一方、「満期保険金・年金等」の件数は前期より1割以上増加し、内訳としては、支払手続や生存給付金積立残高の減少が多い。

<契約引受関係>

- ・子供の保険を申し込んだが、加入不可となった。保険会社に理由を聞くと、「医的問題ではない」と言うが、明確には答えてくれない。
- ・保険の見直しを進めてきた営業職員から、「加入できる」と言われたので、他生保の契約を解約し、当該会社に告知したが、加入を断られた。他生保の契約は既に解約しているので、申込どおりの内容で引き受けて欲しい。
- ・転換に際し、告知、診査等を行った結果、特別条件が提示された。具体的な査定内容について回答を求めたが、開示できないと言われた。

<満期保険金・年金等>

- ・一時金で受け取るか、据置にするかの選択手続きについて、満期後、半年経過してから、営業担当が訪問してきた。あまりにも対応が遅すぎる。
- ・成年後見人として、年金受取手続きをしているが、保険会社からは、毎年、証明書の提出を求められる。初回のみ提出でいいのではないかと。
- ・こども保険の満期案内が届いたが、設計書で示された金額と実際の金額が相違しており、納得いかない。

第9位は『死亡等保険金支払手続』の58件（同3.5%）で、前期は約5%減少したが、今期は約7%増加した。

<死亡等保険金支払手続>

- ・死亡保険金受取りに関する書類を提出後、4回にわたり追加の書類があると言われ、その都度提出しているが、まだ支払われない。
- ・死亡保険金の請求にあたり、必要な書類を一度に連絡してくれればいいのに、追加で要求されるのは、非常に困る。

第10位は『死亡等保険金不支払決定』の57件（同3.5%）で、前期より1割以上増加した。内訳としては、高度障害非該当が多く、次いで災害保険金非該当に関するものとなっている。

<死亡等保険金不支払決定>

- ・高度障害保険金の請求をしたが、リハビリ中であり、回復の可能性があるため、支払うことはできないと言われている。
- ・担当者が症状を確認したうえで、高度障害保険金の対象となると言ったが、その後、確認に3か月もかけ、不支払い決定の通知が届いた。
- ・重過失を理由に災害保険金が支払われないのは納得いかない。

第11位以下の項目では、11位の『配当内容』（56件、同3.4%）は、減少傾向が続いていたが、今期は3期ぶりに増加した（ただし、前年同期と比べると約5%減少）。次いで、『その他保全関係』44件（占率2.7%）、『個人情報取扱関係』43件（同2.6%）、『解約返戻金』42件（同2.6%）、の順となっている。

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784件（占率48.0%）と従来同様、最も多いが、その占率は、前期に比べ3.0ポイント下降した。

一方、「営業職員」と「代理店」を合わせた「営業担当者」に起因するものは758件（同46.4%）で、占率は前期より2.6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、201件（同12.3%）で、前期（146件）に比べ3割以上増加、占率も12.3%となり前期より2.9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 23 年度第 2 四半期に裁定申立てがあったのは 64 件で、裁定審査会において受理審議の結果、61 件が受理された。前年度同期の申立件数 33 件より 31 件増加し、前期(61 件)を 3 件上回り、引き続き増加傾向にある（なお、平成 22 年 10 月 1 日に指定紛争解決機関となってから、1 年間での申立件数は、218 件である）。

受理された申立事案 61 件の申立内容等は、以下のとおりである。

申立人からの裁定申立内容	第 1 四半期	第 2 四半期	計
契約無効確認・既払込保険料返還請求	19	23	42
銀行等代理店販売における契約無効確認請求	14	7	21
給付金請求(入院・手術・障害等)	13	11	24
保険金請求(死亡・災害・高度障害等)	4	3	7
配当金(買増保険金・年金等)請求	3	8	11
その他	8	9	17
受理件数	61	61	122
不受理件数	0	3	3
裁定申立件数	61	64	125

(2) 裁定結果の概要について

平成 23 年度第 2 四半期に裁定審理が終了した事案は 57 件で、「和解による解決」が 7 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 42 件、「審査会が適正な判断をすることは困難であり、裁判手続きによる解決が相当であると判断し、裁定打ち切りとしたもの」が 6 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 1 件、「申立人から申立てが取り下げられたもの」が 1 件であった。

第 2 四半期に審理が終了した事案の裁定概要（申立てが取り下げられた事案を除く）は、以下のとおり。

[事案 22-67] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 7 月 11 日 和解成立

<事案の概要>

銀行員（募集人）を通じて変額個人年金保険に加入した際、加入時の募集人の説明に虚偽の説明があったとして、解約したことによって生じた元本（既払込保険料）と解約返戻金との差額（損失）の補填を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 19 年 1 月、使用目的のない預金の運用方法について銀行の支店窓口で相談に行ったところ、募集人より勧められ、一時払保険料（500 万円）を支払い変額個人年金（積立期間 10 年、年金支払期間 15 年）に加入、さらに同年 3 月に 300 万円の増額をした（支払済み保

険料は 800 万円となった。)

その後、平成 20 年 9 月に米国の金融危機が発生し、不安になり銀行支店の窓口を訪問し、加入時と同じ説明を受けたが、翌日、保険会社に行き説明を受けたところ、加入時の募集人の説明は虚偽であることが分かった。

そこで、銀行宛て苦情を申し出たが、回答がないため 3 日後に解約を請求し、646 万円余の払戻金を受け取ったが、もともと募集人の下記のような虚偽の説明、説明不十分により、「10 年の積立期間満期後の積立金につき元本保証がある」と誤信して契約申込みをしたもので、契約は無効であり、既払込保険料と解約返戻金との差額分（153 万円余）の損失を補償して欲しい。

- (1) 「10 年後元金は一括して受け取れる」との説明を受けたのみであり、リスクの説明は受けず、元金が保証されるのは年金払いのときにのみ限られることは説明されなかった。
- (2) 投資リスクの説明を受けていないため、保険契約申込書兼告知書の控えには、「リスク理解」等の項目にチェックが入っていない。保険会社及び募集銀行の保有する控えでチェックが入っていても、それは募集人が私のいないところで勝手に記入したものである。
- (3) 投資リスク他、すべてのチェック箇所の説明を受けておらず、募集人は説明責任を果たしていない。

<保険会社の主張>

申立契約を取り扱った銀行へ確認し、同銀行から得られた回答結果では、下記のとおり、申立人の主張する事実を確認できなかった。当社としては、申立人と銀行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、銀行の主張の方が信憑性が高いと判断されるので、申立人の請求には応ずることはできない。

- (1) 募集に当たっては、申立人に対してパンフレット及び「特に重要なお知らせ（注意喚起情報）／ご契約のしおり・約款」を用いて商品説明を行っており、当該冊子を交付した。募集人は、パンフレットの記述に沿って、運用期間（10 年間）中の運用が思わしくなかった場合でも、年金受取総額について払込保険料が最低保証されるが、一括受取を選択すると最低保証がないことも説明した。また、基本保険金額の増額に際しても、10 年満期後の積立金の受取りにつき元本保証があるという虚偽の説明はしていない。
- (2) 保険契約申込書兼告知書の「お客様控」の「受領・確認欄」には、「契約概要／特に重要なお知らせ（注意喚起情報）／ご契約のしおり・約款／特別勘定のしおり」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。
- (3) 保険契約申込書兼告知書の「お客様控」におけるチェック漏れについて、募集人に明確な記憶はないものの、三枚複写の保険契約申込書兼告知書のお客様控を剥がして申立人に交付した後でチェック漏れに気づき、改めてチェック漏れの項目に記入してもらった。その際に、お客様控も敷いて記入していただくのを失念したのではないかとのことであるが、保険契約申込書兼告知書のチェック漏れは、保険申込時または増額請求時に申立人に対して満期時の元本保証についての虚偽説明がなされたことを直ちに推認させる事実ではない。

<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、金融商品販売法 5 条の損害賠償であ

ると解し、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基づき審理した。

審理の結果、下記1. のとおり、本件では募集人が虚偽の説明をしたとは認定できないものの、下記2. のとおり、募集人に説明不足があり、契約者の十分な理解を得られないまま契約に至った可能性が高いものと判断できる。

よって、当審査会は、本件紛争の主たる原因は、申立人が理解不足のまま安易に契約を締結したことにあると考えるが、その理解不足が募集人の説明不足に起因する可能性が高いことを重視し、和解により解決することが相当であると思料し、生命保険相談所規程第41条第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. 説明義務違反の証明

以下によると、申立人の主張する「10年経ったら一時払保険料（500万円）が一括して返ってくる」という説明と明確に矛盾するので、仮にこのような説明をしたのであるならば、申立人が当然に疑問を抱いて回答を求めるはずだが、このような事実は認定できず、従ってかかる説明が存在したと推測することは困難である。

- (1) 申立人は、事情聴取に際し、募集人の説明内容について明確には記憶しておらず、「10年たったら元本が一括して返ってくる」というような説明をした」と言うのみであり、この供述のみで説明義務違反の事実を認定することはできない。
- (2) むしろ、申立人が最初に説明を受けた際に受領したパンフレットによれば、本件商品は、資産が株式等の投資により運用されること、この資産残高は一時払保険料を下回ることがありうるということが分かりやすく図示され、大きく「運用が思わしくなく年金保証額を下回った場合」が表示され、そこでは年金で受け取る場合には一時払保険料相当額が保証されるものの、一括受取をした場合には保証されないことが明示されており、本件商品は運用終了時点で一括受取をする場合には元本が保証されないことが分かるように表示されている。
- (3) また、申立人が署名している「保険商品のご提案にあたって」と題する書面には、「ご提案させていただく保険商品は預金ではなく、元本の返済が保証されているものではございません。」と明確に記載されている。

2. 本件募集上の問題点

本件募集行為には次の問題点がある。

(1) 説明時間が非常に短いこと

- ① 本件商品は変額保険であり、各種のリスクも当然に存在し、高い利益も望めるが、高いリスクをも負う商品であり、従って、契約者の負うリスクを十分に理解させるためには、本件商品の特性や構造を十分に理解させなければならない。また、元本保証される場合の条件と、その場合でも発生する損失について十分に理解させる必要がある。
- ② 説明義務を果たしたというためには、募集人としては、単に決められたことを告げるだけでは足りず、適合性の原則に従って、契約者の理解力にあわせて、契約者が当該商品の特性を理解して、自己の利益、不利益を判断するに必要な程度の説明をし、かつ、契約者がこれを理解したことを確認しながら説明を続行しなければならない。
- ③ この為に、多くの募集人は1時間以上の時間をかけることが普通であるが、本件では、

申立人の最初の支店訪問時の説明時間は、他の商品の説明を含めて20分ないし30分であり、2回目の契約申込みの際の訪問では、15分程度の説明であった。もちろん、最初の訪問時点でパンフレット等を交付しているが、一般人がパンフレットを読んだだけでは十分に理解できないこともままある商品であり、募集人としては、申込時点において、契約者の理解を十分に確かめる必要がある。

- ④投資経験等がある等、本件商品について高い理解力を持つ契約者が相手であれば必ずしも不適切とは言えないが、本件事情聴取により審査会が確認した申立人の理解力では、本件の説明時間では、申立人が十分に理解できる説明をしたとは考えられない。

(2)募集人の商品内容に対する理解が十分でないと推定される

募集人からの事情聴取の際、募集人は年金保険として説明をしたと述べ、実際に本件保険が年金保険であることが商品の特性として重要であるにもかかわらず、設定されている各種年金の差異を説明できないなど、本件保険商品に対する理解が十分ではないと推定された。募集人が商品内容を十分理解していない以上、顧客に対し十分な説明ができるとは考えられない。

[事案 22-76] 入院給付金請求

・平成23年8月16日 裁定終了

<事案の概要>

食道がんに罹患し5回入院したが、1～4回目までの入院についてはがん入院給付金が支払われたが、5回目の入院については、ガンの治療を直接の目的とする入院に当たら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>

夫は平成21年1月に食道がんと診断され、検査、術前管理、手術等のため4回ほど入院し、がん保険により入院給付金、手術給付金を受け取った。その後、平成21年3月末から約3ヶ月間、術後のリハビリおよび食事療法のため入院（5回目入院、本件入院）したことから、がん入院給付金を請求したところ、約款に規定する「がんの治療を直接の目的とした」入院に該当しないとして、支払われない。

下記の理由により納得できないので、がん入院給付金を支払ってほしい。

- (1)入院目的が、検査、診断、化学療法、管理、手術、リハビリ、食事療法、点滴治療と、すべてがん治療の一つの流れであり、がんの治療に必要な治療である。
- (2)「がんに対しての直接の治療ではない」と言いながら、一方では入院目的及び治療内容が「食道がんの検査、診断」「食道がん手術前の管理」である1回目及び3回目の入院に対して、入院給付金を支払っている。
- (3)5回目の入院（本件入院）では、術後のリハビリ、食事療法だけではなく、点滴治療も行われている。

<保険会社の主張>

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

- (1)本件（5回目）入院は、4回目の入院ですでにガンを摘出した後の入院であり、手術後のリハビリや食事療法を行うために開始したものであることから、「ガンの治療を直接の

目的とする入院」とする支払事由に該当しない。

- (2) 1回目および3回目の入院は、体内にガンが存在する状態であり、ガンの消滅または縮小させることを目的とした治療を行うために開始した入院であると判断した。

<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等にもとづいて、申立人の本件入院（5回目入院）が、約款上の入院（がんの治療を直接の目的とした入院）に該当するか否かについて審理した結果、下記のとおり、申立人に入院給付金の請求権があるとは認められないため、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. 保険約款の解釈

- (1) がん保険は、対象となる疾病をがんに限定し、がん治療のための入院のみについて保険金を支払うこととして危険の範囲を限定しつつ、入院限度日数を定めず、保険料も他の医療保険と比較して低額とすることを特色としている。このように危険を限定する趣旨から、保険約款上、支払対象となる入院を、「がんの治療を直接の目的とする入院」に限定している。
- (2) 上記のとおり、約款が危険を限定する目的である以上、「がんの治療を直接の目的とする入院」とは、がんそのものに対する治療、即ちがんそのものの除去や、がん細胞の減少、転移の防止を目的とする処置として、一般的に必要とされる処置、例えばがんの摘出手術や放射線療法、抗がん剤の投薬のための入院に限定していると言える。

2. 申立人の主張について

- (1) 本件入院が、がんの治療の一連の流れであるという申立人の主張は理解できるものの、がん保険の対象となる入院は、がんと因果関係がある全ての入院を意味するものではなく、本件入院は、食道形成術に伴う嚥下機能の回復訓練であり、がん治療そのものではないことから、約款の規定する入院には該当しない。
- (2) 申立人は、本件入院において、機能回復訓練以外にも点滴治療をしたと主張するが、この点滴治療がなぜ必要であったのかは、提出された診断書等の資料からは明らかでない。むしろ、保険会社の調査に対して、主治医が「がんの治療はしていない」と述べており、他の証拠からも点滴治療が「がんの治療」と認定するに足りる証拠はない。

[事案22-80] がん入院等給付金支払請求

・平成23年7月21日 裁定不調

<事案の概要>

昭和60年に脳腫瘍の治療を受け、平成21年にその後遺症を発症して入院した被保険者が、平成2年に加入したがん保険契約にもとづく入院給付金、診断給付金等を請求したところ、契約は無効であるとされ、不支払いとなり、その支払を求め、申立があったもの。

<申立人の主張>

1. 告知時に、悪性腫瘍であるとの認識がなく、かつ、募集人に対しては脳腫瘍で治療を受けたことなどを告げたが、募集人の指示で告知書を「はい」から「いいえ」に訂正したうえで、がん保険の申込をしていることから、契約は有効である。またがん保険は、がんの後遺症も保障対象とするのが当然である。

2. 募集人の告知妨害がなければ、申立契約に加入できなかつたとしても、他の医療保険に加入することなどができ、本件に関する給付金を請求することができたのにその機会を失ったことについて、損害賠償を請求する。

＜保険会社の主張＞

以下の理由から、申立人の請求には応ずることはできない。

- (1) 申立人は、告知日前に「がんの診断確定」をされている以上、「がん」の知・不知を問わず、約款の定めにより、本来、契約は無効である。
- (2) 仮に、契約が有効であることを前提にしても、責任開始日以後に「がんと診断確定」された事実も「がん」治療を受けた事実も存在しない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書類等にもとづき審理を進めた結果、下記理由により、申立人の主張を認めることはできない。

他方、保険会社は、契約無効の主張をしない和解、または、契約無効でも、申立人はがんについて不知であったとして既払込保険料の返還に応じる和解を提案している。

当審査会としては、契約継続を前提とする和解は、申立人の請求する給付金が支払われるものでないことなどからすると、下記のとおり、契約を無効とし既払込保険料を返還する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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」38条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) 申立契約の保険約款では、責任開始日の前日以前にがんと診断確定されていたことについて、知、不知にかかわらず契約は無効であると規定されており、申立人が、悪性の脳腫瘍であることを知らなかつたとしても、契約は無効となる。
- (2) 申立人及び募集人より事情聴取を行うことができなかつたため、告知書が訂正された経緯も明らかではなく、他に、不告知教唆があったと認めるに足りる証拠はないことから、募集人の不告知教唆を認定することはできない。
- (3) がん後遺症も給付対象となる旨の主張は、申立契約が有効であることが前提になる主張であり、申立契約が無効である以上は認められない。また、申立契約の各給付金が支払われるためには、約款の規定により、申立人が「責任開始日以後に初めてがんと診断確定」されていることが必要であつて、責任開始日以後に、がん後遺症が発症しても各給付金の支払対象とはならず、仮に申立契約が有効であつたとしても、認められない。
- (4) 不法行為に基づく損害賠償請求の主張は、前(2)のとおり、その前提となる不告知教唆の事実を認定することはできないことから、前提を欠き、認めることはできない。

[事案 22-89] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 7 月 15 日 和解成立

＜事案の概要＞

申立人が契約者兼被保険者である申立契約 4 件について、保険会社との間で契約を締結したことがないとして、契約の無効と既払込保険料の返還を求めて、申立てがあつたもの。

＜申立人の主張＞

申立契約 4 件については、募集人(4 件とも同一人)と一度も会つたことはなく、説明を一

切受けておらず、各申込書への署名・押印も行っていない。各契約は、申立人の母親が申立人に無断で行ったものであることから、全ての契約を無効とし、既払込保険料を返還してほしい。

また、申立契約の一部について、契約時に生命保険面接士と面接したこととなっているが、面接を受けた事実はない。

<保険会社の主張>

下記のとおり、直近の契約1件を除いては、申立人の請求に応ずることはできない。

1. 募集人は申立人と面接はしておらず、契約内容を直接説明していない点は認める。
2. 直近の契約（4件目）については、告知書扱であり、告知書を申立人の母親が代筆していることを募集人が自認しているため、契約を無効とし既払込保険料を返還する。
3. しかし、面接士扱の契約2件（2件目と3件目）については、申立人は、面接士の面接を受けていることから、契約内容を了知しており、母親が代理人として契約したものである。
4. 1件目の告知書扱の契約については、後に面接士扱の契約に転換しており、転換契約時に追認されている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面および申立人とその母親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、母親が利害関係人として和解契約に参加することを条件に、保険会社が母親に対し和解金を支払うことにより解決するのが妥当であると判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第34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

- ①申立人の母親は、申立人を契約者兼被保険者として、昭和59年8月に生存給付金付定期保険（①契約、告知書扱）に契約した。
- ②同じく、平成3年4月に、①契約を転換して定期保険特約付終身保険（②契約、面接士扱）に契約した。
- ③同じく、平成8年3月に、定期保険特約付終身保険（③契約、面接士扱）に契約し、同年9月に②契約を解約した。
- ④同じく、平成13年12月に、③契約を転換して定期保険特約付利率変動型積立保険（④契約、告知書扱）に契約した。
- ⑤申立契約の加入に際し、募集人は申立人と面接をしていなかった。
- ⑥前記②・③契約は面接士扱契約だが、面接の有無については、当事者間に争いがある。

2. 保険会社の主張の検討

既払込保険料の返還に応じることを保険会社が認めている④契約以外の3件について、以下のとおり検討した。

- (1) 保険会社は、前記②・③契約については、申立人は、面接士の面接を受けていることから、申立人が契約内容を了知しており、母親が代理人として契約したと主張する。
これらの契約時における申立人と面接士との面接の有無については、当事者間に争い

があるが、仮に面接がなされていたとしても、被保険者として面接しているのであり、そのことのみを持って、申立人が、自分が契約者であることを含め、契約内容を了知していたと認定することはできず、他に申立人が契約内容を了知していたと認めるに足りる証拠はない。

また、申立人と母親は、申立契約は母親が申立人に無断で締結したものである旨述べており、保険会社より、母親が代理人であったと認めることができる具体的な事実の主張はなく、母親の代理権を認めることのできる証拠もないことから、前記②・③契約は、母親の無権代理行為であったと認められる。

(2) 保険会社は、前記①契約については、後に面接士扱の②契約に転換しており、その際、面接士と面接していることから、申立人は転換前契約の契約内容を了知したうえで転換しているのであり、転換契約時に追認されていると主張する。

しかし、申立人が前記②契約について了知していたとは認められない以上、①契約の了知も認めることはできず、無権代理行為の追認を認めることはできない。

3. 母親の無権代理人の責任について

申立契約が、母親の無権代理行為と認められ、無効になるとすると、本件では、母親が保険料を支払ってきたため、既払込保険料の返還は、母親の、保険会社に対する不当利得返還請求権（民法 703 条）として認められる。

しかし、母親が無権代理人として保険会社に対し責任を負い（民法 117 条）、不当利得返還請求権が認められない場合があるが、本件の募集人には、母親が無権代理人であることを知らなかった事について過失があったといえ、母親が無権代理人の責任を負うことはないといえる。

4. 和解の検討

以上からすると、保険会社は、申立契約の既払込保険料から解約払戻金等として既に支払っている金額を控除した残金の全てを母親に返還すべきといえるが、不当利得返還請求権は、権利を行使できる時から 10 年で時効消滅すること、長年に亘り申立人は、保険による保障の利益を享受してきたことといった事情をふまえ、その一部分を支払うことにより本件を解決するのが妥当と判断した。

【参考】民法

（無権代理人の責任）

第 117 条 他人の代理人として契約をした者は、自己の代理権を証明することができず、かつ、本人の追認を得ることができなかったときは、相手方の選択に従い、相手方に対して履行又は損害賠償の責任を負う。

2 前項の規定は、他人の代理人として契約をした者が代理権を有しないことを相手方が知っていたとき、若しくは過失によって知らなかったとき、又は他人の代理人として契約をした者が行為能力を有しなかったときは、適用しない。

（不当利得の返還義務）

第 703 条 法律上の原因なく他人の財産又は労務によって利益を受け、そのために他人に損失を及ぼした者（以下この章において「受益者」という。）は、その利益の存する限度において、これを返還する義務を負う。

[事案22-100] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年7月27日 裁定終了

＜事案の概要＞

証券会社を窓口として契約した変額個人保険につき、証券会社職員（募集人）の虚偽の説明を理由に、契約の取消しと一時払保険料の返還を求めて、申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成15年9月に、「年金原資が一時払保険料を下回らない。元本保証の商品である。満期後は月に13～15万円の年金が支給される」との勧誘を受け、パンフレット等を貰わず、詳しい説明をうけずに契約したため、契約を取り消し、一時払保険料を返還してほしい。

＜保険会社の主張＞

募集代理店である証券会社より当時の募集状況を確認した結果、以下のとおり、申立人に対して適切な募集が行われていたと判断されることから、申立人の請求に応じることができない。

- (1) 募集人はパンフレット・重要事項説明書等を申立人に渡したうえで、それに基づいて「運用結果の積立金を年金原資にするものであり、最低保証はない」こと等を説明している。
- (2) パンフレットに、積立金は運用実績により変動し、年金原資が一時払保険料を下回る可能性があることが記載されている。
- (3) 申込書裏面の確認事項等に、当商品のリスクが記載されている。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人が一時払保険料の返還を求める法的な根拠は、不実告知による取消し（消費者契約法4条1項1号）、および錯誤による無効（民法95条本文）を主張するものと解し、申立人および保険会社から提出された書面並びに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、下記の事実が認められるので、申立人の主張には理由がなく、本件申立内容を認める理由はないことから、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) 申立人は事情聴取において、「募集人は何か資料を読んで説明したが、証拠として提出されているパンフレット等の資料は貰っていない」と述べている。しかし、変額個人年金を、パンフレット等の資料なしに説明することは困難と言わざるを得ず、資料を使用し、その内容に則した説明をするのが普通であるといえ、資料を使用しなかったと認めることができる特段の証拠は見当たらない。
- (2) パンフレットや設計書には、年金原資が一時払保険料を下回る場合もあることが図示されており、年金額に最低保証がない旨も随処に明記されている。また、申込書裏面の確認事項には、年金額は、積立金額に基づきその額が定まること（年金額の保証はないこと）が記載され、申立人は確認事項を確認したということで、自署、押印して申込を行っている。
- (3) 上記より、募集人は、パンフレットなどの資料を使用し、その内容に則した一通りの説明を行ったと認めることができ、募集人が説明に使用したと認められるパンフレットには申立契約の年金原資が一時払保険料を下回らない旨の記載はないことから、募集人が、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、不実告知による取消しは認められない。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、申立人が自署した申込書には、年金額の保証がないことが容易に理解し得る記載があり、読まずに申込をしたのであれば、申立人には、錯誤に陥ったことについて重大な過失があったと言えるので、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）。

【参考】

消費者契約法4条（消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示の取消し）

1項 消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、当該消費者に対して次の各号に掲げる行為をしたことにより当該各号に定める誤認をし、それによって当該消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取消することができる。

1号 重要事項について事実と異なることを告げること。当該告げられた内容が事実であるとの誤認
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 22-108] 特定疾病保険金・入院・手術給付金等請求

・平成23年8月31日 裁定終了

<事案の概要>

乳がんで入院し手術を受けたものの、責任開始前の発病であるとして特定疾病保険金、入院・手術給付金が支払われないことを不服として、保険金、給付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12月、本件保険契約（特定疾病保険、入院保険、手術保険等）を締結し、平成21年7月に乳がんと診断確定され、9月に13日間入院し、左乳房部分切除の手術を受けた。そこで、特定疾病保険、入院・手術給付金を請求したところ、契約前の発症であるとして保険金、給付金の支払いおよび保険料払込免除を拒絶された。

下記のとおり、責任開始日前の発症ではなく、納得できないので契約に基づき特定疾病保険金、入院給付金、手術保険金を支払うとともに、保険料払込の免除を認めてほしい。

- (1)平成19年10月に乳房のエコー検査の結果、左乳房に小さな腫瘍が見つかったが、主治医からは心配いらないと説明を受けた。その後、平成20年4月、同年8月、同年11月にその他の検診と併せて乳房のエコー検査を受けたが、特に指摘はなかった。
- (2)初めて疑わしいことがあると指摘されたのは、責任開始期以後の平成21年6月である。
- (3)保険契約時に今回の疾病に関する前兆や自覚症状は一切なかった。
- (4)加入時に他社の保険も検討していたが、募集人から「がんと告知されたら給付金を支払い、その後の保険料は一切不要になる女性のための保険です」という説明を受け、それを決め手に契約した。
- (5)担当医に経緯を伝えて相談したところ、医学的に見ても発病は保険の責任開始期以後と判断するのが妥当としている。

<保険会社の主張>

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

- (1)申立人は、平成19年10月に左乳房のしこりを自覚しており、その後3回の検査を行っているが、その検査間隔は6ヶ月、4ヶ月、3ヶ月と狭まっており、それは再検査の必要性を示している。
- (2)確認報告書に基づき当社社医に確認したところ、契約前に指摘されていた「腫瘍」は乳がんだったものに相違ないとの見解を述べており、契約前の罹患もしくは発病と判断する。

(3) 診断確定は契約後だが、上記(1)(2)により、乳がん罹患していたのは責任開始前であることから、支払事由を満たしていない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、当事者双方から提出された書類等および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづいて、申立人の本件入院および手術が、責任開始期以後の罹患もしくは発病に該当するか否かについて審理した。

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) 下記のとおり、申立人は契約前からがん罹患していたものと判断せざるを得ず、当該保険約款により、相手方会社は給付金（保険金）を支払うことができない。

① 本件のいずれの保険契約の約款でも、当該疾病が責任開始期以後に発病することを、給付金（保険金）の支払要件としており、この「発病」の有無は、当事者が発病の事実を認識していたか否かにかかわらず、また特定の疾病として確定診断がされている必要もない。

② 平成 19 年 10 月以降、平成 20 年 12 月に契約するまで 4 回のエコー検査で左乳房 2 時の方向に腫瘍が存在していたことが確認されており、かつ同部位の腫瘍が悪性新生物であると確定診断（同 21 年 7 月）されているので、契約前に存在した腫瘍は悪性新生物（がん）であったと推認することが合理的である。

(2) 生命保険協会の「保険金等の支払いを適切に行うための対応に関するガイドライン」によれば、実務指針として、「入院給付金等についても、被保険者が契約（責任開始）前の疾病について契約（責任開始）前に受療歴、症状または人間ドック・定期健康診断における検査異常がなく、かつ被保険者または保険契約者に被保険者の身体に生じた異常（症状）についての自覚又は認識がないことが明らかな場合等にはお支払いをする」という例外が示されているが、本件では、前記のとおり契約前に既に 4 回エコー検査で腫瘍の存在が明らかとなっており、例え発病が分からず、かつ主治医から心配ないとの指導があったとしても、検査上異常が存在することから、上記例外規定には該当しないことは明らかである。

[事案 22-112] 成人病手術給付金請求

・平成 23 年 7 月 21 日 和解成立

＜事案の概要＞

成人病手術給付金を請求したところ、「成人病の治療を直接の目的とした手術」に当たらないとして不支払になった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 4 月および 7 月に、「CV ポート手術」を受けたので、成人病特約（平成 4 年加入）にもとづき成人病手術給付金を請求したところ、保険会社は同手術はがんの直接の治療ではないため支払事由に該当せず、支払うことができないと言う。

主治医からは、「CV ポート手術は、がんの直接の治療である」との説明を受けており、

他保険会社もがんの直接治療として扱ってくれており、不支払い決定には納得できないので、成人病手術給付金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

申立人の受けた「CVポート手術」は、下記のとおり、成人病特約の約款別表に定める17種類の手術のいずれにも該当しないので、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 「悪性新生物根治手術」「その他の悪性新生物手術」については、成人病特約約款に記載されている「手術」の定義に相当する手技、具体的には「器具を用い、生体に切断、摘除などの操作」を悪性新生物の病巣そのものに対して加える手術を支払い対象としている。この点、「CVポート手術」は、体表部および皮下組織には操作を加えるものの、上記のように悪性新生物の病巣そのものに直接の操作を加えるものではないため、該当しない。
- (2) 温熱療法・放射線療法にも該当しないので、約款別表に定める手術にも該当しない。

<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いて審理した結果、下記事情を斟酌し、保険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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第34条2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。

- (1) 「CVポート手術」の「CVポート」（皮下埋め込み型ポート）とは、中心静脈カテーテルの一種で、皮膚の下に埋め込んで薬剤を投与するために使用される。申立人の場合には、直腸がんの治療目的で、抗がん剤を投与するために施術されたもので、診断書では「経皮的」「観血手術」とされている。
- (2) 成人病特約の約款別表の柱書には、『手術』とは、治療を目的として、器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えること」と規定されているが、保険会社の主張するように、「悪性新生物の病巣そのものに対して加える手術」とは規定されていない。
- (3) 約款の備考欄を見ると、「治療を直接の目的とした手術」には、「美容整形上の手術、疾病を直接の原因としない不妊手術、診断・検査（生検、腹腔鏡検査など）のための手術など」は含まれない、と規定されているが、それ以上の制限（除外規定）はない。
- (4) そうすると、約款別表の「悪性新生物根治手術」「その他の悪性新生物手術」における「手術」とは、「器具を用い、生体に切断、摘除などの操作」を「悪性新生物の病巣そのものに対して加える手術」を意味している、とする保険会社の主張の根拠は必ずしも明らかではない。

[事案 22-117] 配当買増保険金請求

・平成 23 年 7 月 15 日 和解成立

<事案の概要>

配当金で買い増す生存祝金について、加入時の設計書に記載されたとおり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>

昭和 63 年 11 月に加入し平成 17 年 10 月に保険料払込満了となった終身保険について、

加入時の設計書に金額が記載されていること、加入後に募集人に確認した際に募集人から、設計書どおりに支払う旨の約束を記載した書面を受取っていることから、設計書記載どおりの生存祝金額の支払を求める。

＜保険会社の主張＞

以下の理由から、申立人の請求に応ずることはできない。

1. 申立人が保管している設計書は配当支払方式が生存保険買増方式となっているが、加入申込は積立方式で行われている。
2. 募集人が渡したとされる書面は支払を約束するものではない。
3. 設計書には、「将来の支払額をお約束するものではない」と明記してある。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面および申立人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、和解により解決を図るのが相当であると判断し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第34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

- (1) 募集人が、申立契約の勧誘に使用した設計書では、社員配当金の支払方法は、生存保険買増方式とされており、65歳時の生存祝金が約235万円と記載され、70歳時、75歳時、85歳時の生存祝金もそれぞれ記載されている。
- (2) 申立契約の申込書においては、社員配当金の支払方法は、「積立方式」が選択されており、保険証券においても、同様に記載されている。
- (3) 申立人は、保険証券に設計書に記載された生存祝金額の記載がなかったため、募集人に対し、設計書記載の生存祝金額の支払いがなされるのか再確認したところ、「設計書に書いてある通り支払われます」等と記載した書面を作成して、申立人に交付した。
- (4) 申立契約の社員配当金の支払方法を、積立配当方式によった場合、社員配当金は約9万円となり、生存保険買増方式によると、生存祝金は約14万円となる。

2. 申立人の主張について

- (1) 保険契約は、申込書による加入申込に、保険会社が承諾することにより成立するので、申立契約の内容は、申込書に記載された内容に従うことになる。申込書の社員配当金の支払方法は、積立方式とになっており、申立人は金額を問わず生存祝金を請求することはできない。
- (2) 仮に、申立契約の社員配当金の支払方法が、生存保険買増方式であったとしても、申立契約の約款によれば、生存祝金として、確定金額を支払うものとはされていない。設計書に記載された生存祝金は、あくまでも設計書作成当時の実績に基づき算定された数値であって、設計書に記載された確定金額を支払うことを内容とするものではない。
- (3) 募集人が作成した書面の解釈としては、支払いの約束ではなく、設計書の内容を説明したものと解する余地もあり、約23年前の募集時になされた説明内容を、現時点で明確にすることは困難と言わざるを得ず、募集人が支払いを約束したと

の主張を直ちに認めることはできない。また、仮に、募集人が支払いを約束していたとしても、募集人には、約款と異なる契約を締結する権限はないことから、募集人の約束が契約内容になることはない。

3. 和解の検討

本件においては、以下の点に配慮して紛争を解決すべきと考える。

まず、社員配当金の支払方法について、設計書で生存保険買増方式であったものが、どのような経緯で申込書においては積立配当方式になってしまったのか必ずしも明らかではないが、申込書の記載は、申立人が募集人に任せたことが窺え、募集人のミスが原因である可能性がある。

次に、募集人が作成した書面の内容が、設計書の内容の説明であったとしても、記載金額が変動しないとの誤解を与えるような文書であるといえ、募集人が、受取金額を強調した勧誘をした可能性を否定することはできない。

[事案 22-128] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

＜事案の概要＞

銀行員（募集人）の説明不十分により、加入した保険がリスク性商品（変額年金保険）であることを認識していなかったとして、契約を取り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 19 年 6 月、事前に「リスク性商品、当該保険会社の商品は嫌だ」と伝えていたのに、銀行員（募集人）から、意向に反した当該保険会社の変額個人年金を勧められ、一時払保険料 3,000 万円分を支払い加入し、翌 7 月、さらに追加で 2,500 万円を支払い増額した。その際、下記のとおり、募集人の説明不十分により、商品内容について誤解していたので、契約を取り消して既払込保険料 5,500 万円を返還してほしい。

- (1) 保険契約の相手方を当該保険会社とは認識しておらず、知っていたならば契約していなかった。
- (2) 元本保証のないことについて十分な説明を受けていない。
- (3) 契約申込書や説明書を一切受け取っていない。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、募集人は募集資料を使用して適切な説明をし、申立人は商品内容を十分に理解していたと思われるため、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 申立人は、「確認書」で、当該保険商品の引受人が募集銀行でないこと、また、契約申込書、意向確認書、パンフレット等には、当社商品である旨が記載されており、本件商品が当社商品であることを認識していた。
- (2) 「確認書」において、当該保険商品は「預金でないこと、募集銀行による元本および利回りの保証がないこと」「市場リスク、為替リスクなどがあること」「保険期間中に解約した場合、…解約返戻金は払込保険料（元本）を下回る場合があること」の欄に、申立人はチェックを入れており、商品の内容を十分に理解していた。

(3)「確認書」には、「保険商品の申し込みに当たって、本説明書およびご契約のしおり・約款、契約概要、注意喚起情報等の資料の交付を受けました」等の項目があり、その下に、申立人は自署・押印しており、募集人は、募集時に本件商品の説明書類等を交付していた。

<裁定の概要>

申立人の請求の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、要素の錯誤（①契約の当事者を相手方会社と認識していなかったこと、②リスクのある商品だと認識していなかったこと）による無効を主張するものと解し、当事者双方から提出された書面の内容および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1、2の事実に加え、①契約当時、申立人は60歳代前半であり、十分な判断能力が具わっていたと考えられ、自ら翌月に増額をしていること、②外貨建て年金保険契約の経験があること、を考え併せると、申立人の主張する錯誤の存在はいずれも認めることはできない。仮に、申立人が錯誤に陥っており、それが要素の錯誤に当たるとしても、下記の事実を照らせば、申立人には重大な過失^[注]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（民法95条ただし書）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. 契約の相手方会社についての誤認の有無について

下記の事実を総合斟酌すれば、申立人が、契約の当事者を当該保険会社と認識していなかったとは、到底認めることはできない。

- (1) 申立人が自署・押捺した「確認書」の裏面には、「お申込みの引受保険会社名に○をつけてください」とあり、申立人は当該保険会社の欄に「○」を記入している。
- (2) 申立人が自署・押捺した「契約申込書」の表題は「変額個人年金保険契約申込書兼告知書」となっており、宛先として、相手方会社の社名が明記されている。
- (3) 申立人は、「確認書」の本件商品に関する重要事項のすべてのチェック欄に自らチェックを付けているところ、上記重要事項として、「保険商品は、引受保険会社の商品で、保険の引受を行うのは銀行ではないことを確認しました。」という項目がある。

2. リスク（元本が保証されないこと）の誤認の有無について

下記のとおり、募集人は申立人に対し募集資料を用いて、リスクを含めた商品内容を説明したことが強く推認できる。

(1) 当事者の提出した証拠によれば、以下の事実が認められる。

- ① 申立人は、平成19年6月に銀行に赴き、少なくとも1時間ないし1時間30分程度の時間をかけて、本件商品についての説明を受けた。
- ② 申立人は、「意向確認書」の「特にご確認いただきたい事項について」の全ての確認事項につき、自ら「はい」の欄にチェックを付し自署したが、上記確認事項としては、「特別勘定で資産運用を行い、積立金額、死亡保険金額、解約返戻金額等が日々変動します。収益を得るために投資リスクは基本的にお客さまに帰属することをご理解いただきましたか。」「預金ではなく中長期ご継続いただくことを前提とした保険商品であり、途中で解約された場合の解約返戻金は運用実績および当社所定の控除により一時払保険料額を下回る可能性があることをご理解いただきましたか。」という項目

がある。

- (2) 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、パンフレット、設計書、「ご契約に際しての重要事項」等の資料を見せられたことはないと述べるが、変額個人年金保険のような複雑な商品について、募集人が募集資料を使用せずに商品内容を説明することは困難であり、説明に少なくとも1時間ないし1時間30分程度の時間を割いている以上、募集人は申立人に対し、募集資料を用いてリスクを含めた商品内容を説明したことが推認できる。

【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測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です。

[事案 22-129] 契約転換等無効確認請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

一部転換制度を利用して、終身保険を終身医療保険に変更等した際に、募集人による説明が不十分であったとして、一部転換等の取消しを求め、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成18年3月、終身保険（被転換契約）の保障内容の見直しを行った結果、新契約（終身医療保険）へ一部転換し、さらに、残存部分を払済終身保険へと変更したが、その際に、下記の重要事項について募集人が説明しなかったため、一部転換および払済保険への変更を取り消し、被転換契約を復旧してほしい。

- ①被転換契約の変更部分の下取り価格についての具体的な金額
- ②転換後契約の予定利率
- ③転換から10年経過以降も同じ保障を維持するためには保険料が増額されること
- ④クーリング・オフ制度

<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) 募集人は、契約内容・制度（クーリング・オフ、予定利率、および転換契約の保険料と保障内容等）を説明した各書面を作成・交付し、時間をかけて十分な説明を行っている。
- (2) 払済保険への変更については、申立人が自らの選択として手続きを行ったものである。
- (3) 申立人の各理由が認められると仮定した場合においても、5年近く前の各行為につき取消、無効の根拠となり得るものではなく、主張自体が失当である。

<裁定の概要>

申立人の主張の法律根拠は明らかではないが、裁定審査会では、要素の錯誤による「転換」の無効、または消費者契約法4条2項違反（不利益事実の不告知）による「転換」の取消し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、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、当事者が提出した証拠により認められた事実（下記①～⑤）を、総合斟酌すれば、下記(1)～(4)のとおり、申立内容を認めることは出来ないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第37条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにし、

裁定手続きを終了した。

- (1) 募集人は募集資料に基づき重要事項について説明を行ったことが推認され、この推認を覆すような特段の事情は存在しない。また、申立人は転換申込み当時 30 歳代であり、十分な判断能力を具備していたと思われ、錯誤が存在したと認めることは困難である。
- (2) 募集資料には、被転換契約の変更部分の下取り価格（変更価格）につき具体的な金額は記載されていないが、被転換契約・転換後契約・残存契約の内容が明らかにされている以上、募集時に変更価格が明示されていなくても、それは要素の錯誤とはならない。
- (3) 仮に申立人に要素の錯誤が存在していたとしても、下記の事実により、重大な過失があった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（民法 95 条ただし書き）。
- (4) 募集人による消費者契約法 4 条 2 項違反（不利益事実の不告知）を認めることもできないので、契約の取消しも認めることはできない。

<当事者が提出した証拠により認められた事実>

- ① 「ご契約のお申込みにあたって」には、「お申込みのご契約は上記『転換・家族承継・終身保障変更』欄の被転換契約の被転換部分を下取りしたものです。保険料算出用利率（予定利率）が引き下げられ、保険料が引き上げとなる場合がありますのでご注意ください」との記載が存在する。
- ② プラン提案書には、「現在ご加入されている終身保険の一部分（変更する部分）の積立金（変更価格）を、新しいご契約に充当することにより、保険料負担を軽減させるプランです。」との文章と説明図が記載され、また、『「新たにご提案するプラン」に変更価格を充当します。』との文章が記載されている。同書面には、被転換契約と転換後契約、「変更後の残存契約」の内容が分かりやすく記載されている。
- ③ 「終身保障変更確認書」には、「・・・主契約および特約を変更価格に充当することを確認しました。」との記載が存在し、<ご確認内容>欄に「変更価格に充当する主契約保険金額」が明示され、これを確認する申立人の自署および捺印が存在する。
- ④ プラン提案書には、「新たにご提案するプラン」として、転換後契約の内容が記載され、その予定利率および更新時期、更新後の保険料が記載されている。
- ⑤ 「ご契約のお申込みにあたって」に、クーリング・オフについての説明が存在する。

[事案 22-130] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

<事案の概要>

銀行員（募集人）の誤説明および説明不十分により、商品内容を誤解して変額個人年金に加入したとして、契約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 20 年 6 月、銀行の窓口で、1,000 万円を普通預金にしておくのは勿体ないと言われ、変額個人年金を勧められ加入した。その際、下記のとおり、リスク面についての説明が不十分であったり、誤った説明があったので、契約を取り消し一時払保険料 1,000 万円の返還と、これを普通預金に預けていた場合に得られた利息を支払ってほしい。

- (1) 銀行員（募集人）は、パンフレットのグラフを見せつつ、時の経過とともに運用成績が

上昇するとの趣旨の説明をした。

- (2) 募集人は、「まず上がると思っていいんですね」との問いに対し、「はいそうです」と、はっきり回答した。
- (3) 現実に 200 万円程度の下げ幅が生じたが、契約時、募集人による同程度のリスクの説明なかった（ここまでリスクが高いことが分かっていたら契約していなかった）。
- (4) 募集人は、重要（注意）事項を申立人に読ませずにチェックさせ、契約申込書に記入させた。

< 保険会社の主張 >

下記のとおり、申立人が主張するような説明は行っておらず、募集資料を使用して適切な説明をしているため、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 募集人は、時の経過とともに運用成績が上昇するとの説明はしていない。
- (2) 募集人は、運用成績の上昇に関し、断定的な答えをしていない。
- (3) 募集人は、リスクにつき、パンフレットおよび契約締結前交付書面を使用し、最低保証がない旨説明した。さらに、元本割れおよび為替変動による価格の影響を説明した。
- (4) 募集人は「意向確認書」の項目を一つずつ読み上げた上でチェックしていただいた。
- (5) 普通預金においておくのは勿体ないと表現はしておらず、1,000 万円という金額は申立人自らが決定した。

< 裁定の概要 >

申立人の請求の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、要素の錯誤による無効を主張するものと解し、当事者双方から提出された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、下記の事実を総合斟酌すれば、募集人は本件商品のリスクにつき、募集資料を用いて適正に説明したと推認することができ、この推認を覆すような特段の事情は存在しない。また、申立人が契約当時 30 歳代であること等を考え併せると、申立人の理解力・判断能力は十分であったと考えられることから、申立人の主張する錯誤の存在を認めることはできず、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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) 申立人は、「重要事項確認書」の本件商品に関する 24 項に及ぶ確認事項につき、自ら全て「はい」の欄にチェックを付し、自署している。その確認事項の中には、「預金とは異なり元本保証ではないこと」、「商品の特徴、仕組み、投資リスク」、「特別勘定の資産の運用実績により、将来の保険金等が変動すること」が含まれている。
- (2) 申立人は、「意向確認書」の「特に確認いただきたい事項について」の各事項につき、自ら全て「はい」の欄にチェックを付し、自署している。その確認事項の中には、『運用実績に応じて積立金額・解約返戻金額・年金額・死亡保険金額が変動すること』、『運用期間中の投資リスクはお客様に帰属すること』をご理解いただくとともにご了解いただきましたか。特に投資リスクおよび当商品の特徴について、『契約締結前交付書面』等によってお客さまの投資経験に応じた説明を受け、十分にご理解いただくとともにご了解いただきましたか、および「(中略)、『途中で解約した場合の解約返戻金額は、運用実績および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』をご理解いただくとともにご了解いただきましたか」が含まれている。

- (3) 募集人は、申立人を3回訪問しているが、契約申込日には1時間半から2時間かけて説明している。
- (4) 申立人自身、事情聴取において、運用が悪くなれば金額が低くなることは認識していたと認め、下がり幅がこれほど大きく(200万円を超える)なるとは思っていなかった、と述べるが、募集人が200万円以上は下がらないと言った事実はないことも認めている。

【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 22-132] 契約解除取消・入院給付金等請求

・平成23年9月25日 和解成立

<事案の概要>

告知義務違反により契約解除との通知があったが、告知書記入時に募集人による不適切な説明があったことを理由に、契約解除の取消と、入院給付金等の支払を求めて、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年3月に医療保険に加入し、その後、平成21年9月に子宮筋腫で入院し、手術を受け、給付金を請求したところ、同年12月に告知義務違反を理由に契約を解除された。

告知書記入時には、募集人に対し、「5年以上前かどうか定かではないが、子宮筋腫と診断された」旨を話したところ、募集人は「いいですよ。何年前かわからないですよ。」と答えた。その後も服薬・治療・検査を続けたかについて確認され、何れもない旨を答えると、「大丈夫です。いいえに全部丸してください。」と言われたことから、5年以内に子宮筋腫と診断されていた事実を告知書に記載しなかった。

不告知は募集人の不適切な説明によるものであることから、契約解除の取消しと、入院給付金等の支払を求める。

<保険会社の主張>

以下のとおり、申立人が主張するような不適切な説明はなかったもので、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 募集人は告知書の重要性を説明したうえで質問事項をすべて読上げている。申立人はそれを理解できたはずである。
- (2) 募集人は当時のやりとりの記憶が乏しく、それは特段変わった言動がなかったためであり、申立人が募集人に対して子宮筋腫を告げた事実はない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、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、本件は申立人の請求を直ちに退けるのではなく和解により解決を図るのが相当であると判断し、指定(外国)生命保険業務紛争解決機関「業務規程」34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. 告知義務違反の有無について

以下の事実により、申立人には告知義務違反が認められる。

①告知書には、「過去5年以内に、〈表2〉の病気で、入院・通院を問わず医師による診察・検査・治療・投薬・手術のいずれかを受けましたか」と記載され、表2には「子宮筋腫」が記載されているが、申立人は、「いいえ」と回答している。しかし、申立人は、平成15年7月に子宮筋腫の疑いとの診断を受けたうえ7日間の投薬を受け、同月、他院で子宮筋腫との診断を受けており、これは、「はい」に該当する事実といえるので、申立人は、事実と異なる回答をしたと認められる。

②申立人が質問事項に対し、正当に告知していれば、保険会社は、申立契約の締結を拒絶したか、または、特定部位不支払により引受けるなど、少なくとも同一条件では契約を締結しなかった。

③申立人は、医師より、平成15年7月に子宮筋腫と告げられ、申立契約時には、5年経過しているかどうか定かでないが子宮筋腫と診断されたことは認識しており、事実と異なった回答をしたことについて、少なくとも重過失があったと認められる。

2. 和解について

告知妨害の事実について、申立人と募集人の事情聴取における供述は異なり、申立人の供述のみを以ってして、申立人の請求を直ちに認めるのは困難と言わざるを得ない。

しかし、事情聴取における申立人の説明は、詳細かつ具体的で、申立前の主張から一貫しており、不自然な点はなかったのに対し、募集人は、事情聴取において申立人の告知状況に関し、明確な記憶はないと述べていた。また、申立契約の告知日は、医師より病名を告げられた平成15年7月から約4年7か月後であり、5年経過まで5か月程しかない時点で、申立人が、告知義務違反を犯してまで申立契約に加入するまでの動機も見当たらない。

[事案 22-136] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年8月31日 和解成立

<事案の概要>

銀行を窓口として契約した利率変動型一時払逋増終身保険について、銀行員(募集人)の不適切な勧誘を理由に、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22年6月に、利率変動型一時払逋増終身保険に加入したが、その際、ご契約のしおり 定款・約款、契約概要、注意喚起情報を受取っておらず、契約後一定期間は解約時に元本割れするとの説明がなく、誤解を招く資料での説明があるなど、不適切な勧誘があったため、申立契約を取消し、一時払保険料300万円を返還してほしい。

<保険会社の主張>

当該銀行員に対し、申立人に対して行った説明について確認したところ、誤った説明がなされたとまではいえず、早期解約のデメリットについても説明しており、不実告知による取消し(消費者契約法4条1項1号)、不利益事実の故意の不告知による取消し(同4条2項)が認められるとまではいえないことなどから、申立人の請求に応ずるこ

とはできない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人および保険会社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にもとづき審理を行い、保険会社に和解の斡旋を行ったところ、和解案の提示があり、申立人の同意が得られたので、和解契約書の調印をもって解決した。

[事案 22-140] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

＜事案の概要＞

銀行員（募集人）の執拗かつ強引な勧誘を受け、虚偽の説明により騙されて契約をさせられたとして、契約の取消しと既払込保険料の返還を求め申立てのあったもの。

＜申立人の主張＞

募集人は、退職金が当該銀行の口座に入金されてから 5 ヶ月間の間に 12 回もの勧誘を行い、以下のような強引な勧誘および虚偽の説明を行って申込書を書かせ、平成 20 年 8 月に変額個人年金保険を契約させた。このような募集人の強引かつ不適切な募集行為は不当であり、契約を取り消し払い込んだ保険料を返してほしい。

- (1) 「一般の定期預金にするよりは、利息が 130%と絶対に得ですから」との説明により勧誘した。
- (2) 募集人は、預金通帳と登録印を持参させた上、「この積立預金は 3 年から 5 年先でも元金は絶対に下がらない。」「今日は聞いただけの確認書のサインだけです。」などと言って、変額個人年金保険の申込書とは知らせずに署名押印させた。

＜保険会社の主張＞

下記理由により、契約を取り消して既払込保険料を返還してほしいとの請求に応ずることはできない。

- (1) 募集人は、申立人に対して、パンフレット、契約締結前交付書面を用いて、据置期間が 10 年であること、市場環境によっては解約返戻金が一時払保険料を下回ることがあること、据置期間満了時には、年金原資として一時払保険料が保証されることなど、申立契約の特性・リスクについて十分に説明し、申立人もそれを認識して契約している。
- (2) 意向確認書兼適合性確認書に申立人自身が自署している。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の主張を、①消費者契約法第 4 条 1 項 1 号（不実告知）もしくは同項 2 号（断定的判断の提供）による取消し、②民法第 95 条（錯誤）による無効、③民法第 96 条 1 項（詐欺）による取消し、④申込意思の欠缺による無効であると解釈し、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、本件申立内容を認める理由はないことから、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) 不実告知もしくは断定的判断の提供について

申立人も説明時に使用したことを認めているパンフレットや意向確認書の記載からす

れば、募集人が、これら書面の記載内容に明白に反して、「3年先に解約しても元金に利息が付いて戻ってくるので、一般の定期預金よりは、利息が130%と得です。」「3～5年先に解約しても元金が絶対に下がりにません。」「元金は絶対に保証されます。」との説明をしたと考えることは、到底できない。

よって、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あるいは断定的判断の提供を行ったとは認められず、消費者契約法第4条1項1号及び2号に基づく取消しは認められない。

(2) 錯誤について

パンフレット等の記載等からすれば、申立契約の一時払保険料（元本）は変動するものであり、元本保証は、10年の据置期間の後に、年金原資として保証されることは容易に認識し得る。

よって、申立契約が元本保証であり3～5年後に解約しても元本を下回らないとの錯誤の存在を認めることは困難である。また、仮に錯誤が認められるとしても、パンフレット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。

(3) 詐欺および申込意思の欠缺について

契約申込書の様式を見れば、この書面によって保険契約の申込みをするものであることは一目瞭然なので、募集人が申込書を前にして「今日は聞いただけの確認書で申込書ではありません。」と言ったとは到底信じられない。また、申立人が契約申込日に預金の解約請求書を作成していることからしても、同日に契約の申込みを行って保険料を支払う意図があり、申込意思を有していたと考えられる。

[事案 22-141] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年7月27日 裁定終了

※本事案は「事案 22-140」と同一の申立人・募集銀行であるが、相手方会社が異なる申立てである。

<事案の概要>

銀行員（募集人）の執拗かつ強引な勧誘を受け、虚偽の説明により騙されて契約をさせられたとして、契約の取消しと既払込保険料の返還を求めて申立のあったもの。

<申立人の主張>

募集人は、退職金が募集銀行の口座に入金されてから5ヶ月間の間に12回もの勧誘を行い、以下のような強引な勧誘および虚偽の説明を行って申込書を書かせ、平成20年8月に変額個人年金保険を契約させた。このような募集人の強引かつ不適切な募集行為は不当であり、契約を取り消してほしい。

- (1) 「一般の定期預金にするよりは、利息が130%と絶対に得ですから」との説明により勧誘した。
- (2) 募集人は、預金通帳と登録印を持参させたうえ、「この積立預金は3年から5年先でも元金は絶対に下らない。」「今日は聞いただけの確認書のサインだけです。」などと言って、変額個人年金保険の申込書とは知らせずに署名押印させた。

<保険会社の主張>

下記理由により、契約を取り消して既払込保険料を返還してほしいとの請求に応ずること

はできない。

- (1) 募集人は、契約締結にあたり 130 分間、申立人と面談を行い、申立契約が変動商品であることは、パンフレット、契約締結前交付書面等で十分説明しており、申立人もリスクを十分理解していた。
- (2) 意向確認書で申立人の意向を十分確認した上で、申立人に「契約申込書・告知書、意向確認書」を記入してもらっており、不適切な行為はない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を、①消費者契約法第4条1項1号（不実告知）もしくは同項2号（断定的判断の提供）による取消し、②民法第95条（錯誤）による無効、③民法第96条1項（詐欺）による取消し、④申込意思の欠缺による無効であると解釈し、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、本件申立内容を認めることは出来ないことから、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) 不実告知もしくは断定的判断の提供について

申立人も説明時に使用したことを認めているパンフレットや意向確認書の記載からすれば、募集人が、これら書面の記載内容に明白に反して、「3年先に解約しても元金に利息が付いてもどってくるので、一般の定期預金よりは、利息が130%と得です。」「3～5年先に解約しても元金が絶対に下がりにません。」「元金は絶対に保証されます。」との説明をしたと考えることは、到底できない。

よって、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あるいは断定的判断の提供を行ったとは認められず、消費者契約法第4条1項1号及び2号にもとづく取消しは認められない。

(2) 錯誤について

パンフレット等の記載等からすれば、申立契約の一時払保険料（元本）は変動するものであり、元本保証は10年の据置期間の後に、年金原資として保証されることは容易に認識し得る。

よって、申立契約が元本保証であり3～5年後に解約しても元本を下回らないとの錯誤の存在を認めることは困難である。また、仮に錯誤が認められるとしても、パンフレット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。

(3) 詐欺および申込意思の欠缺について

契約申込書の様式を見れば、この書面によって保険契約の申込みをするものであることは一目瞭然なので、募集人が申込書を前にして「今日は聞いただけの確認書で申込書ではありません。」と言ったとは到底信じられない。また、申立人が契約申込日に預金の解約請求書を作成していることからしても、同日に契約の申込みを行って保険料を支払う意図があり、申込意思を有していたと考えられる。

[事案 22-142] 保険料自動振替貸付利息免除請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

保険会社が保険料の自動振替貸付についての連絡を怠ったために立替金の返済機会を失ったとして、自動振替貸付の利息免除を求め申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成8年2月に契約した申立契約（終身保険）について、平成9年から10年にかけて保険料の自動振替貸付による立替金が発生していたが、10年以上が経過した平成22年に突然請求書が送られてきた。保険会社が電話・訪問・書留等により立替金発生的事实を伝える努力を怠ったため、返済の機会を喪失したので、自動振替貸付に係る利息を免除すべきである。

<保険会社の主張>

下記理由により、自動振替貸付に係る利息免除の請求に応ずることはできない。

- (1) 自動振替貸付に係る利息を免除することは、特定の契約者を不当に利する結果となることから、その要求に応じることはできない。
- (2) 当社は、自動振替貸付が実施されるつど、「保険料お立替のお知らせ」と「振込用紙」を申立人に送付している。さらに、保険料立替金について明記した「ご契約内容のお知らせ」を毎年申立人に送付しており、知らせる努力をしている。また、申立人は、送付された振込用紙を用いて保険料を支払っている。
- (3) そもそも自動振替貸付が行われた理由は、申立人の保険料引落とし口座の残高不足であり、申立人は自らの口座を確認することにより、保険料が引き落とされていない事実を容易に認識できたはずである。

<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、本件申立内容を認めることはできないことから、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) 申立契約の約款によると、自動振替貸付の停止については「保険契約者」からの予め反対の申し出が必要であることになっており、年8%以下の会社所定の利率で計算した利息を付すことが規定されている。本件においては、申立人が自動振替貸付について予め反対の申し出をしておらず、保険料が支払われぬまま猶予期間を徒過した場合は、約款上、保険会社は、申立人が支払う保険料を自動振替貸付し、そこに会社所定の利息を付することになる。
- (2) 以下の点から、保険会社が申立人に自動振替貸付の事実を認識させる努力を怠ったとは言い得ない。
 - ①自動振替貸付が行われると、自動的に「保険料お立替のお知らせ」と振込用紙が申立人の住所宛に送付され、貸付の一部は、この振込用紙によって支払われたと考えられる。
 - ②保険料立替金について明記した「ご契約内容のお知らせ」を、毎年申立人に送付している。
 - ③保険料の引落口座において、自動振替貸付が適用された期間の保険料が引き落とされていないことは、申立人自身において通帳の記載を確認するだけで容易に気付き得るものである。
- (3) 以上から、約款に従い、申立人は、自動振替貸付及び利息について支払義務を負い、

保険会社には、利息の支払を免除すべき法的な義務はない。

[事案 22-144] 失効取消請求

・平成 23 年 8 月 16 日 裁定終了

<事案の概要>

失効するまで事前通知が一度もなかったことから、失効措置を取消し保険を元の状態に戻し、がん診断給付金の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和 58 年 7 月にがん保険に加入し、以来 27 年間保険料を支払い続けていたが、平成 22 年 7 月に年払保険料の口座引落しが 2 カ月続けてできなかつたため、失効してしまった。

7 月に引落しができなかつた旨の通知が届かず、翌 8 月に再度引落しができなかつた際も、保険会社はハガキで案内したと言うが、当方にはいずれの通知も届かなかつた。また、それ以降、失効の通知も届かず、がんの検査入院をすることになり保険会社に問い合わせ初めて、失効していることを知らされ、復活しようとしたが、健康状態の関係で復活もできない。

30 年近くも契約を着実に履行してきた契約者に対し、契約者の意思を確認せずに保険を失効させる保険会社の対応は不誠実で、契約という事実を軽じたものである。失効を取消して、がん診断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、申立人の請求には応じることはできない。

- (1) 申立契約は、約款に定める手続きに則って失効している。
- (2) 下記のとおり、当社の申立人への対応に落ち度はなく、契約を失効させることが特に不誠実とは認められない。
 - ① 本件保険料の支払遅滞も、振替指定口座の残高不足という専ら申立人の責に帰すべき事情である。
 - ② 当社は一度目の保険料振替の前後にそれぞれ親展扱のハガキで振替の案内をしており（つまりは、失効前に 2 度の文書案内をしており）、これらのハガキが後日当社へ返送された事実もない。
 - ③ なお、上記ハガキ以外にも、契約内容を知らせる封書や、生命保険料控除証明書等をそれぞれ郵送しているが、これらの郵便物についても宛先不明等で後日返送された事実もない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「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) 保険約款の解釈

- ① 保険契約は附合契約【注】であり、約款に従って当事者の権利義務や契約の終了理由等が定められる。
- ② 申立契約の約款上の「失効」規定は、申立人の主張するような、契約者の契約継続意思の喪失の推定によるものではなく、保険料支払義務の遅滞にもとづく債務不履行を原因

とする契約の解除であり、契約者の意思に左右されるものではなく、申立人の主張するような、契約者の意思確認は必要ではない。

- ③また、同規定は、無催告解除及び解除行為を不要とする当然解除を定めた規定と解釈されており、従って、遅滞があることの通知、および解除予告などの通知は不要であることから、保険会社の行う振替不能の通知や失効の通知は、失効の効力発生要件ではなく、仮にこれが契約者に到達していなかったとしても、失効の効力には影響はない。

(2) 申立人の主張の判断

上記(1)が保険約款上の「失効」の解釈であり、当審査会も現状においては、この解釈を維持することから、申立人の契約継続意思を確認しないこと、あるいは振替不能通知や失効通知が到達していなかったとしても、失効の効力には影響がなく、申立人の主張は認められない。

(なお、現在、最高裁判所において、本件と同様に無催告解除を認める保険約款の効力について、消費者契約法により無効である旨を主張している案件が審理されているが、本件はそもそも消費者契約法(平成13年4月1日施行)が適用される案件ではないことを付言する)

【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 22-146] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

保険料払込満了後、10年確定年金として年96万円が保証されると理解し契約したが、実際の受取額は大きく下回ったことから、契約取消、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6年11月に、他社で加入していた10年確定年金と同じ年金保険を希望したところ、営業担当者から、年金年額約96万円と記載された提案書により説明を受け、申立契約に加入した。

しかし平成16年11月に保険料の払込みを完了し、平成17年11月に10年確定年金による受取案内の提示を受け、実際の受取額は83.6万円と、著しく異なっていた。納得できず、保険会社を追及、交渉して既払込保険料の返還を求めたところ、平成18年3月に保険会社から清算の提案を受け、保険会社との間で保険料返還の合意がなされたにもかかわらず、未だに履行されていない。

申立契約は、営業担当者による巧妙な手口により年96万円が保証されると騙されて契約させられたものであり、また交渉の中で既払込保険料返還の合意が成立しているため、既払込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、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 当社は、交渉の中で申立人の主張を検討する旨述べたに過ぎず、何らの合意にも至っていない。

- (2) 申立人は契約締結当時、金融機関の役員であり、十分検討して申立契約を締結した。
- (3) 提案書を読むだけでも、受取年金年額として 96 万円が確定的に保証されるものではないと理解できるはずであり、営業担当者の勧誘は、申立人を騙すようなものではない。

＜裁定の概要＞

申立契約の取消しを求める申立人の主張の法律根拠は必ずしも明らかではないが、裁定審査会では、申立人の主張のうち「受取年金年額として 96 万円が保証されると騙された」については、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）を主張するものと判断し、申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した。

審理の結果、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、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、裁定書によりその理由を明らかにし、裁定手続を終了した。

1. 詐欺による取消しについて

本件契約において、下記のとおり、保険会社による欺罔行為は認められず、詐欺による取消しは認められない。

- (1) 申立契約の提案書には、「*保険料払込満了後、保障にかえて 70 歳から 10 年確定年金としてお受け取りになる場合」と記載され、また、「配当金は変動（増減）します」「配当金には積立配当金と特別配当金があります。将来お支払いする配当金額は、現時点では確定しておらず今後の経済情勢などにより変動いたしますので、将来のお支払額を保証するものではありません。」との記載がある。
- (2) 提案書の文言は、配当金額が変動する可能性があり、将来の支払額が保証されるものではないことが明確に読み取れるものとなっており、受取年金年額として 96 万円が保証されると誤信させる内容であるとは認められない。
- (3) 申立人の主張からは、「確定年金」との記載が騙し文言であるとの趣旨も含まれるとも思われるが、確定年金とは、「受け取り期間が確定」している年金の受け取り方法のことであり、「受け取り年金額が確定」しているわけではない。本件では、「10 年確定年金」とは、年金支払開始後 10 年間というあらかじめ定められた年金支払期間だけ、生死に関係なく受け取れるということの意味するのであり、年金額の確定を意味するものではないことから、本件での「10 年確定年金」という文言をもって騙し文言ということとはできない。

2. 錯誤による無効について

本件においては、提案書の記載の明確性から錯誤の存在を認めることは困難であり、仮に申立人が受取年金年額として 96 万円が保証されると誤信したとしても、上記のとおり、提案書には将来の支払額が保証されるものではないことが明確に記載されており、これらの点について錯誤に陥ったことに関して申立人には重大な過失があると言わざるを得ないことから、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）。

3. 保険料返還の合意の有無について

法律上意味のある合意とは、当事者が一定の法律効果を発生させるという確定的な意思の合致を必要とし、その意思の合致を確認するため、通常は合意内容を記載した文書を作成することにより確認するところ、本件では、合意書のような明確な合意の存在を推認できる書証は提出されておらず、申立人提出の証拠からは、保険会社との間で保険料返還に

についての合意がなされていたことは認められない。

[事案 22-147] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 8 月 16 日 裁定終了

<事案の概要>

銀行員（募集人）に勧められ保険料一時払の変額個人年金に加入したが、保険商品について説明不十分、虚偽説明があったとして損害賠償を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 20 年 3 月、定期預金にするつもりで銀行に行ったところ、資産運用に有利な商品があると銀行員（募集人）から勧誘を受けて変額個人年金に加入した。同年 8 月に「契約状況のお知らせ」が届き、積立金額の減少を見て不安になり当該銀行に行き、初めて手数料や費用負担があることを知った。

申立契約は既に解約しているが、勧誘時において、下記のような募集人の不実告知、事実の不告知、説明義務違反があったため、契約内容を誤信して契約締結したものであり、損害（既払込保険料と解約返戻金の差）を賠償してほしい。

- (1) 募集人から元本割れのリスクについて説明を受けなかった。
- (2) 他の金融商品の運用実績をあたかも当該商品の実績であるとして説明された。
- (3) 初期費用として 40 万円がかかることや、クーリング・オフ制度について説明がなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の主張するような不実告知、説明義務違反は認められないため、申立人の請求には応じることはできない。

- (1) パンフレット等を用いた説明の中で、元本が日々変動することを説明しており、元本を割ることはない等と説明した事実はない。
- (2) 初期費用が 40 万円であることは、パンフレットの記載に基づき説明している。
- (3) 契約締結前交付書面にクーリング・オフ制度の記載があり、可能期間を確認している。
- (4) 申立人は意向確認書に署名し、契約申込書の確認欄にも署名捺印している

<裁定の概要>

申立人の主張の法律的な根拠は必ずしも明らかではないが、裁定審査会では、①消費者契約法 4 条 1 項 1 号（不実告知）または 2 号（断定的判断の提供）に基づく取消し、②詐欺による取消し（民法 96 条 1 項）、③錯誤による無効（民法 95 条）、④相手方会社の説明義務違反を理由とする損害賠償請求（金融商品販売法 3 条、5 条）を主張するものと判断し、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いて審理した。

その結果、下記のとおり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「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. 説明義務違反について

下記のとおり、募集人が、申立契約の締結について勧誘するに際し、重要事項について事実と異なることを告げたり、将来における変動が不確実な事項につき断定的判断を提供したりしたとは認められず、消費者契約法 4 条 1 項 1 号または 2 号に基づく取消しは認め

られない。また、募集人に説明義務違反は認められないので、金融商品販売法3条および5条に基づく損害賠償請求も認められない。

(1)パンフレットの記載について

①「変額個人年金保険の投資リスクについて」の項目に「特別勘定（ファンド）の資産運用には、価格変動リスク、金利変動リスク、為替リスク、信用リスク等の投資リスクがあり、ご契約者はこれらの投資リスクを負うこととなります」「したがって、運用成果によっては、お受け取りになる年金や解約払戻金の合計額が一時払保険料の額を下回る場合があります、損失が生じるおそれがあります」との記載がある。

②イメージ図の下に、「当図はイメージ図であり、将来の（略）年金額を保証するものではありません」との記載があり、グラフの最初の部分に囲み記事で「契約初期費用として一時払保険料の4%を控除」との記載がある、など。

(2) 勧誘の際の募集人の説明及び申立人の行為について

①申込書記入の段階で、募集人より、保険料を投資信託で運用する旨の説明があり、目標値については申立人自身が130%と決定した。

②申立人が受領したパンフレットには、「基本資産配分」と題する円グラフ等、本件商品が資産を投信で運用する旨の記載部分があり、申立人もこれに書き込みをしている事実が認められ、申立人自身も募集人の説明の際にパンフレットのこの部分を示されたことを認めている。

③契約申込書・告知書・確認書の確認事項欄にも、申立人自身の署名・押印がある。

(3) 以上の事実を踏まえれば、募集人は、上記記載のあるパンフレット等を用いて説明を行っており、パンフレット等に明確に記載されている事項に反する説明を行うとは考え難いことから、募集人は申立人に対し、本件商品のリスクについても説明しており、申立人もそれを了解して契約を締結したものと推認するのが合理的である。

2. 詐欺による取消し（民法96条1項）について

上記のとおり、募集人による欺罔行為は認められないことから、詐欺による取消しは認められない。

3. 錯誤による無効（民法95条）について

本件において、錯誤の存在を認めることは困難であり、仮に錯誤が認められ、それが要素の錯誤にあたるとしても、上記のとおり、パンフレット等の募集資料には本件商品のリスクや初期費用等の重要事項の説明が随所に記載されており、これらの点について錯誤に陥ったことに関して申立人には重大な過失があると言わざるを得ないことから、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 22-148] 契約転換無効請求

・平成23年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

契約の更新のつもりで手続きをしたところ契約転換させられたとして、説明不十分により契約転換の無効を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

定期保険特約付終身保険(平成元年8月加入)の2回目の特約更新時期を3カ月前に控え

た平成 21 年 4 月、更新のつもりでとった手続きが、実際は契約転換手続きであった。下記のとおり、契約転換であることの説明や、重要な事項の説明を全く受けていないので、契約転換を無効にして転換前の契約に復旧してほしい。

- (1) 契約申込日の前日、募集人が説明のために自宅に訪問してきたが、その際、「ご提案書」「契約概要」を持参していなかった。
- (2) 契約申込日、募集人は妻への説明の際、転換について触れなかった。
- (3) 募集人は、重要書類（「ご提案書」「重要事項説明書」「意向確認書」「ご請求手続きについて」「契約のしおり・定款・約款」）を契約日の 10 日後に交付した。
- (4) 募集人は、転換前契約の積立金の転換後契約の保険料への充当について説明をしなかった。

<保険会社の主張>

申立人は、保険契約の管理を以前から妻に任せており、募集人は、下記のとおり、妻に重要事項の説明を尽くしているため、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 募集人は、契約申込日の前日に、申立人の妻に対して「ご提案書」に基づき、転換することを説明した。（なお、同日夜に、妻から募集人に対して、「告知書」の告知可否事項につき、転換の可否への影響を慮ることを示す問合せの電話があった。）
- (2) 契約申込日に、募集人は妻に対し、「ご契約のしおり」「重要事項説明書」を、ファイルにセットして手交し、募集人は、妻から「申込書」「告知書」「意向確認書」を受領した。
- (3) 募集人は、契約申込日の前日に、妻に対して「ご提案書」に基づき、転換前契約の積立金の転換後契約の保険料への充当について説明した。

<裁定の概要>

申立人の主張の法律的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、要素の錯誤による「転換」の無効を主張するものと解し、当事者双方から提出された書面の内容、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（なお、募集人との交渉の窓口となっていたのは申立人の妻であるが、申立人は相手方会社との契約につき、妻に全面的に代理権を授与していたと認められる）。

審理の結果、下記の事実により、①「転換」について明記されている契約申込書、意向確認書に申立人が自署（捺印）し告知書も作成していること、②申込日前日に、告知書、契約申込書および意向確認書、設計書・設計書付属書類が交付され、申立人はこれらの書類に目を通す時間的余裕があったこと、などを総合斟酌すると、申立人において、契約の「転換」を行うことにつき錯誤があったと認めることはできない。

仮に、申立人に要素の錯誤が存在していたとしても、申立人には錯誤に陥るについて重大な過失があった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ことから、申立内容を認めることはできず、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 条にもとづき、裁定書にその理由を明記し、裁定手続きを終了した。

- (1) 転換後契約の設計書には、「契約転換制度について」との表題の下に、「契約転換制度をご利用いただいておりますので、現在のご契約は消滅します。」と明記され、「契約転換制度のおすすめ」（設計書付属資料）を読むように誘導されている。また、「積立型終身保険の積立金を取り崩し、毎回の保険料をお安くしております。」との記載もされている。なお、設計書の作成日は、契約申込の前日であり、契約申込の当日、申立人に持ち込ま

れていると推認できる。申立人は、設計書は保険証券と一緒に後日送付されてきたと述べるが、常識的に考えられないことであり、信用することはできない。

- (2) 転換後契約の設計書には、設計書付属資料として「契約転換制度のおすすめ[転換比較表]」が付けられており、「転換」についての詳細な説明が、転換前契約と転換後契約との比較を含めてなされている。なお、この設計書付属資料の作成日も、設計書と同じく、契約申込の前日であり、設計書と共に、契約申込の当日、申立人に持ち込まれていると推認できる。
- (3) 告知書、契約申込書、意向確認書には申立人が自署している(契約申込書には捺印もしている)。
- (4) 募集人は、申込日の前日に申立人宅を訪れ、申立人の妻に、告知書、契約申込書および意向確認書を交付したことはない。設計書・設計書付属書類についても、同日に交付されたものと推認できる。
- (5) なお、事情聴取の結果、申込日の前日および申込日当日における説明状況等について申立人と募集人の両者の供述が対立しているが、このような場合、特段の事情のない限り、まずもって上記のような客観的証拠にもとづき判断することが基本となる。

[事案 22-158] 年金額支払請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

<事案の概要>

満期を迎えた養老保険について、年金での実際の受取予定額が、「ご契約のしおり」記載の年金額例表より大幅に少ないとして、増額しての支払を求めて申立てのあったもの。

<申立人の主張>

昭和 56 年 5 月に加入した養老保険について満期を迎えるにあたり、年金特約を付加した場合の受取額を確認したところ、「ご契約のしおり」に記載されている年金額例表の金額よりも少なかった。以下の利率で算定された年金額を支払ってほしい。

- (1) 「ご契約のしおり」記載の年金額例表は、申立契約締結当時の予定利率である 5.0%を用いて作成されているところ、申立契約に年金特約を付加した場合の年金額も、この予定利率を用いて算定すべきである。
- (2) 年金特約約款(申立契約締結当時のもの)に「前項のただし書きの規定によって年金額を等分して支払う場合には、会社所定の利率(年4%以上)によって計算した利息を付けます。」との規定がある。

<保険会社の主張>

下記理由により、増額しての支払という請求に応ずることはできない。

- (1) 約款において、年金額の計算は、年金基金設定時の会社の定める率(運用にかかる予定利率と経費に係る予定事業費率)によって計算されるものであるから、具体的な年金額は、年金基金設定時の経済情勢により、変動し得るものであることが前提となっている。「ご契約のしおり」の年金額例表は、申立契約締結当時の予定利率 5.0%を用いて、あくまでも例示として作成されたものにすぎない。
- (2) また、申立人の主張の根拠となっている年金特約約款は、年金額の計算における予定利率を定めた規定ではないから、申立人の主張の根拠とはなりえない。

<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、本件申立内容を認めることはできないことから、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) 仮に、現時点で、申立人が年金特約の締結を申し出た場合に適用される約款によると、満期保険金が年金基金に充当され、その時点で年金基金が設定される。そして、その年金額の計算は、年金が設定された時点（現時点）での保険会社の定める率によって行われ、現在の予定利率である1.5%が適用される。
- (2) 申立人の主張の「ご契約のしおり」の該当部分には、約款の「年金特約」を参照するように誘導するマークがついており、実際の内容は「年金特約」によって決まることが分かること、「例表」という言葉からも、記載された年金額は確定したものでないことが明らかであること、そもそも、保険契約が附合契約（注）であることから、その契約内容は、約款によるべきであること等から、例表の計算に使用した5.0%の予定利率を適用せよとの申立人の主張は認められない。
- (3) 申立人が主張する、年金特約約款の年金額を等分して支払う場合の規定は、年金を年2回に分けて支払う際に、2回目の支払は、1回目の支払日の支払額に4%以上の利息をつけて支払う旨の規定であり、年金額の算定において用いる予定利率を定めた規定ではない。よって、年4%以上の利率によって計算せよとの申立人の主張も認められない。

【注】附合契約とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項（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22-160] 障害給付金請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

傷害特約にもとづく障害給付金を請求したが、保険会社から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>

妻が脳梗塞で高度障害状態となり支払請求をした。保険証券には、高度障害状態のときは、主契約保険金と傷害特約の金額が支払われる旨が記載されているが、主契約の高度障害保険金は支払われたが、保険証券の記載は誤記であり、約款の定めとは異なっているなどとして、傷害特約の保険金が支払われない。保険証券に記載されたとおりの支払いを請求する。

<保険会社の主張>

保険証券の記載は明らかな誤記であることは求めるが、約款に反する取扱いはできない。被保険者の状態は、傷害特約約款の支払事由には該当しないので、支払いには応じられない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書面にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件申立内容を認める理由はないことから、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. 前提事実

- (1) 申立人の亡妻は、保険会社Aとの間で、平成8年に申立契約を締結した。
- (2) 保険会社Aが亡妻に交付した保険証券の「保障内容」の欄には、『(1)主契約保険金 100万円 (2)傷害特約 100万円 (注)不慮の事故又は高度傷害のときは、[(1)+(2)]の金額をお支払いします。』と記載されている。
- (3) 保険会社Aの保険契約は、平成13年に、相手方保険会社Bに移転した。
- (4) 亡妻は、平成18年に、疾病を原因として、申立契約の約款所定の高度障害状態に該当するに至り、平成19年に、保険会社Bは亡妻に、申立契約の主契約に基づき高度障害保険金100万円を支払った。
- (5) 亡妻は、平成19年に死亡した。申立人は相続人の一人となった。

2. 傷害特約の約款の規定

申立人は、傷害特約により支払われる障害給付金を請求するものだが、約款では、障害給付金は「被保険者がその被保険者の責任開始期以後に発生した不慮の事故による傷害を直接の原因として、その事故の日からその日を含めて180日以内で、かつ、この特約の保険期間中に別表2に定める給付割合表に定めるいずれかの身体障害の状態に該当したとき」に支払われると規定されている。亡妻の高度障害状態は、疾病を原因とするものであり、不慮の事故による傷害を原因とする場合に該当せず、約款が規定する障害給付金の支払事由に該当しない。

3. 本件の争点

保険証券の記載内容が約款と異なる場合に、保険証券の記載内容に従った権利が認められるかが本件の争点となる。保険契約は、いわゆる附合契約【注】で、約款の記載に従って契約内容が定められる。本件においても、約款の記載が前記内容である以上、本件保険証券の記載は誤記と認められ、保険証券の記載に従った申立人の請求は認められないと言わざるを得ない。

4. 申立人の主張について

- (1) 保険証券は「証拠証券」であり、契約を巡る争いが生じた場合には、有力な証拠になると主張する。

この主張については、争いがないと思われるが、相手方保険会社において保険証券に記載された内容が真実に反することを立証した場合には、保険証券の記載に従った内容を認めることはできず、本件では、約款の記載と明らかに異なるので、本件保険証券に記載された内容が真実に反することの立証がなされたものと認められる。

- (2) 生命保険契約は契約であるから、申込と承諾によって成立し、実際には保険契約者は申込書を交付して申し込み、保険会社は保険証券を発送して承諾すると主張する。しかし、申込は、約款の記載に従った内容で行われており、約款と異なる内容の保険証券の交付がされたからといって、申込内容と異なる保険契約が成立することはない。

5. 以上が当審査会の判断だが、消費者にとって、保険契約のよりどころは保険証券であるので、申立人において、証券に記載された内容の保障を求めることはよく理解でき、また、消費者に誤解を生じさせる証券を交付することは、あってはならない。

しかし、本件では、証券に記載された内容の保障を求めることは、法的にはできない。消費者に誤解を生じさせる証券を交付したことの責任を考えるにしても、本件では、証券を交付したのは相手方保険会社Bではなく、保険会社Aであり、この点について、相手方保険会社Bの責任を問うこともできないと言わざるを得ない。

【注】 附合契約とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項（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ます。

[事案22-161] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

銀行を窓口として契約した変額個人年金につき、銀行員の虚偽の説明を理由に、契約の取消しと一時払保険料の返還を求めて、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成19年7月に、既に参加していた他社の変額個人年金（据置期間10年経過後に一括受取した場合にも一時払保険料が最低保証される）と同じ商品で据置期間5年の商品があるとの勧誘を受け、5年で元本が戻るか募集人に確認したところ、保険会社に確認のうえ元本保証を確約したことから、契約を締結した。事実と異なる説明を受け、契約したものであるから、契約を取消し、一時払保険料を返還してほしい。

<保険会社の主張>

募集人が勧誘中に当社に確認の電話をした事実は認めるが、以下のとおり、募集人は適切な募集を行っていることから、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 既加入の他社商品と混同される可能性があると考え、15年の年金受け取りの場合に総額での元本保証があることを特段注意深く説明し、また、中途解約や年金の一括受取をした場合は元本割れの可能性がある点などを説明している。
- (2) 電話で行ったのは、税務関連の質問であったと思われるが、上記のような当商品の基本的な特性について募集人が電話で確認することは考えられず、元本保証について質問したものではない。申立人に対してそれを確約してもいない。
- (3) 募集上の外形的疎漏は認められず、適合性確認、意向確認も適切に行われている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を、5年の据置期間経過時の一括受取の場合に元本保証があるという、不実告知による取消し（消費者契約法4条1項1号）、および錯誤による無効（民法95条本文）を主張するものと解し、申立人および保険会社から提出された書面並びに申立人、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、下記の事実が認められるので、申立人の主張には理由がなく、本件申立内容を認める理由はないことから、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) パンフレットには5年経過時の一括受取の場合に一時払い保険料相当額が保証されている旨の記載はなく、むしろ下回る場合があることが記載されている。
- (2) 変額個人年金を、パンフレットなどの資料なしに説明することは困難と言わざるを得ず、パンフレット等に則して説明するのが一般的で、その記載と異なる説明をすることは通

常考えられず、特段の事情もないことから、募集人は、パンフレットなどの資料を使用し、その内容に則した一通りの説明を行ったと認めることができる。よって、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、不実告知による取消しは認められない。

- (3) 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、申立人が自署した申込書には、年金額の保証がないことが容易に理解し得る記載があり、パンフレット、意向確認書などには、5年経過時の一括受取の場合に、一時払保険料相当額の保証がないことを容易に理解しうる記載であるにもかかわらず、申立人がこれを読まずに申込みをしたのであれば、申立人には、錯誤に陥ったことについて重大な過失があったと言えるので、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）。

【参考】

消費者契約法4条（消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示の取消し）

1項 消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、当該消費者に対して次の各号に掲げる行為をしたことにより当該各号に定める誤認をし、それによって当該消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取消することができる。

1号 重要事項について事実と異なることを告げること。当該告げられた内容が事実であるとの誤認

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。

[22-163] 特約中途付加無効確認請求

・平成23年8月31日 裁定打切り

＜事案の概要＞

特約中途付加による契約内容変更が申立人の意思に基づくものではなく無効であるとして、変更後の保険契約について既払込保険料の返還を求めて、申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成7年2月に行った、養老保険に定期保険特約を中途付加する契約内容変更の申込は、契約者兼被保険者である自分の立会のないままに行われたものであり、募集人と会ったことはなく、変更する内容について説明も一切受けておらず、定期保険特約中途付加申込書に署名もしていない。契約内容変更は無効であるので、変更後満期まで15年間分の既払込保険料を返還してほしい。

＜保険会社の主張＞

以下のとおり、申立人が契約内容の変更は一切関知していないとは到底考えられず、申立人の意思にもとづく有効な取扱であるから、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1) 定期保険特約途中付加申込書の筆跡と、保険期間中に行われた他の手続書類の各筆跡はいずれも同一のものである。
- (2) 定期保険特約途中付加申込書には、届出印が押印されている。
- (3) 定期保険特約途中付加時には、申立人から、保険証券原本の提出を受け、特約付加による保険料の差額を受領し、健康状態の告知を受けている。
- (4) 契約内容変更により増額した保険料が、申立人の銀行口座から引き落とされているが、保険料の増額について、これまでに問い合わせが一度もない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人、答弁書等の書面の内容および申立人からの事情聴取の内容にもとづき審理したが、以下の事情が認められ、当審査会は、証人を呼出し証拠調べをする手続きを有していないため、本件について適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当であると判断し、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、裁定手続を打ち切ることとした。

- (1) 証拠および申立人の事情聴取から、定期保険特約途中付加申込書の筆跡は申立人の妻のものとして認められ、申立人の妻が、契約内容の変更に関与していたことが認められた。一方、申立人は事情聴取において、どのように関与したか知らない（妻に確認していない）旨を述べており、そうであれば、申立人の妻が、申立人に無断で契約内容変更を行ない、定期保険特約中途付加申込書を偽造したことになる。
- (2) 申立人は、保険期間中に行われた入院・手術給付金請求手続を妻が行ったことを容認している旨、および、契約内容変更後の保険料は、申立人名義の銀行口座から引き落とされており、変更前より増額していたことは分かっていた旨を事情聴取において述べている。
- (3) 一般に、契約は、第三者に権限を付与することで締結することができ、仮に、権限の付与がなくても、状況によっては、表見代理等の成否の検討を要するところ、前項の事情から、契約内容変更の取扱が申立人の意思にもとづいて行われた可能性も否定できず、妻に対する権限付与の有無や、表見代理等の成否を検討する必要があるといえる。
- (4) そのためには申立人の妻および募集人からの事情聴取が不可欠である。

【事案 22-165】 生存給付金支払請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

＜事案の概要＞

加入時の設計書に記載された据置生存給付金の金額と実際の受取金額に乖離があることを不服として、設計書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＞

平成 8 年に保険料一時払いで加入した生存給付金付定期保険が、平成 23 年に満期となった。満期時の受取額が、加入時に設計書で説明されたのは約 146 万（生存給付金据置き累計額）であったのに、据え置き利率が下がったため実際の支払額は約 128 万と言われた。

下記理由により納得できないので、設計書記載の金額と既に受け取った金額の差額（約 18 万円）を支払ってほしい。

- (1) 加入時に、設計書記載の満期時受取合計額が必ず受けとれるとの説明を受けた。
- (2) 設計書にもラインマーカーで印をつけている。
- (3) 募集人自筆の書面でも 146 万の金額が明記されている。
- (4) 募集人は、据え置き利率が将来変動することについて説明しなかった。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、申立人の主張には正当と思われるだけの根拠がなく、請求に応じることはできない。

- (1) 募集人が申立人に対し、設計書記載の満期時受取合計額を必ず受け取れると説明した事実はない。

- (2) 設計書の真ん中部分に、目立つように「〇〇〇〇（生存給付金）は自動据え置」との表題のもと「・・・据え置利率は、将来変動（上下）することがあります・・・」と記載されている。
- (3) 設計書の一部にラインマーカーが付されていることは事実であるが、そのことから、満期時受取合計額を確定額であると説明したとの事実を推認することはできない。
- (4) 募集人自筆の書面は、設計書の満期時受取合計額を詳細に説明したものであり、設計書には、上記（2）のように、据え置利率が変動することが記載されているため、満期時受取合計額が確定額であると誤信するはずはない。
- (5) 保険会社は申立人に対し、1年に一度、保険契約の内容を記載した書類を送付しており、同書類には、据え置き利率も記載されており、申立人は据え置き利率を知っていたはずである。

＜裁定の概要＞

申立人の主張の法的根拠は判然としないが、裁定審査会では、①相手方会社との間に、満期時に生存給付金 146 万円を支払うことを内容とする契約が成立したので、同契約に基づき、約定の生存給付金を請求するか（請求①）、または、②募集人の不法行為（虚偽説明）による相手方会社の使用者責任に基づき損害賠償を請求するか（請求②）、いずれかであると解し、申立人および相手方会社から提出された書面等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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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. 請求①について

下記のとおり、申立人の主張する内容の保険契約（満期時に据え置き生存給付金として 146 万円を支払うという内容の契約）が成立したと認めることはできない。

- (1) 生命保険契約は附合契約であるため、その契約内容は保険約款によって定められるが、申立契約の約款によれば、生存給付金は、支払事由が生じた時から、会社所定の利率による利息をつけて自動的に据え置き、契約者から請求があったとき、または保険契約が消滅したときに支払うものとされている。そして、「所定の利率」は、経済情勢により変更することがあるものとされている。

そうすると、据置き利率が変動し得る以上、生存給付金の据置き額も利率に応じて変動することとなる。

- (2) 設計書には、満期時生存給付金据置き累計額 146 万円が確実に受取れる旨の記載はなく、逆に、「生存給付金は、お支払いのご請求がない場合、当社所定のすえ置利率で満期時まで自動的に据え置きます。据置き利率は、将来変動（上下）することがあります。」との記載が存在する。
- (3) 申立人は、募集人が満期時受取額 146 万円を確実に受取れる旨の説明をしたと主張するが、募集人はこれを否定しており、一般的に、募集人が設計書に記載されている内容と明らかに異なる説明をすることは、困難と思われる。
- (4) 確かに、募集人は、申立人による申込み後、契約成立前に、1年目から 15 年目までの生存給付金と解約返戻金とを記載した自筆の書面を作成・交付しており、その中には、据え置き生存給付金（15 年目）として「146 万 3300 円」との記載がある。しかし、この書面は、設計書を前提にしながら、年毎の解約返戻金（と生存給付金）の説明をしてい

るものと解され、設計書には上記(2)の記載があるのであるから、同書面をもって、募集人が据置き生存給付金として確実に「146万3300円」を受け取ることができると説明したことにはならない。また、保険契約が附合契約である以上、同書面により、契約内容が決まるものではない（募集人にそのような権限もない）。

2. 請求②について

募集人が、申立人に対し、満期時受取合計額として146万円を確実に受け取れる旨の説明をした事実（虚偽説明の事実）は認められないので、募集人の不法行為による相手方会社の使用者責任も成立しない。

【注】附合契約とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項（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 22-166] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

信用金庫職員（募集人）の説明不十分により、商品内容を誤解して変額個人年金に加入したとして、契約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19年1月、募集人から、安心な良い保険があると信用させられ、一般の年金保険と同様と思い、変額個人年金に加入した。その際、下記のとおり、リスク面についての説明が不十分で保険の内容を理解しないまま契約してしまったので、契約を取り消し一時払保険料(200万円)を返還してほしい。

- (1)募集人は、投資商品であること、および一般の年金保険との違いにつき、資料をもとに説明しなかった。
- (2)「契約概要/特に重要なお知らせ（注意喚起情報）/ご契約のしおり・約款/特別勘定のしおり」を、募集人から交付されていない。

<保険会社の主張>

下記のとおり、募集資料を使用して適切な説明をしており、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)募集人は、契約申込みの1週間程前に申立人宅を訪問した際に、「保険商品のご提案にあたって」の記載事項を読み上げて説明し、そこには「解約返戻金や保険金額が払込保険料の合計額を下回る場合があります」旨の記載あり、チェック欄に申立人自らがチェックを付し、自署している。

また、募集人は、30分～40分程度の時間をかけて、パンフレットを用いて商品説明(契約者が投資のリスクを負う商品であることの説明を含む)を行い、当該冊子を「契約概要/特に重要なお知らせ（注意喚起情報）/ご契約のしおり・約款」とともに申立人に対して交付し、十分に検討してもらうために日を改めて訪問することにした。

- (2)募集人は、申込み当日、1時間程度の時間をかけ、既に申立人に交付していたパンフレット等を用い、変額個人年金のリスクを含む契約概要、注意喚起情報を説明した。

<裁定の概要>

申立人の請求の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、要素の錯誤による無効もしくは詐欺による取消しを主張するものと解し、当事者双方から提出された書面の内容および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(1)～(4)の事実が認められ、一般的に、募集人が変額個人年金のような複雑な商品を説明する際に募集資料を用いずに説明することは困難であり、募集資料を用いて説明するものであるとの経験則を総合斟酌すれば、募集資料を用いて、リスクを含めた本件商品の内容につき適正に説明したと推認することができ、この推認を覆すような特段の事情の存在を認めることはできない。また、申立人は契約当時40歳代で、契約当時、理解力・判断能力は十分であったと考えられる。

従って、申立人の主張するような錯誤の存在を認めることはできず、また、仮に、申立人が錯誤に陥っていたとしても、下記の事実より、申立人には重大な過失があるとい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（民法95条ただし書）。

また、募集人による欺罔行為を認めることはできないので、詐欺による取消しも認めることはできず、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第37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)申立人は、「保険商品のご提案にあたって」の書面において、「ご留意いただきたい事項」のチェック欄に自らチェックを付けた上で、これらの事項についての説明を受け、その内容について確認・同意したことを肯定する旨自署をしている。「ご留意いただきたい事項」の「3 預金等との違い」の項には、「解約返戻金や保険金額が払込保険料の合計額を下回る場合があります。」との記載がある。
- (2)申立人が自署・捺印している「保険契約申込書兼告知書」の表題には「変額個人年金保険」と明記されており、申立人は、「当変額個人年金保険の有する投資リスクについて理解していますか」との確認事項に対して、「はい」の欄に自らチェックを付けている。
- (3)上記「契約概要」には、「商品の特徴」として、「一時払保険料を特別勘定で運用し、その運用実績によって年金額や解約返戻金等が変動する変額個人年金保険です。……所定の条件を満たした場合は年金保証額（基準年金総額）と特別払戻累計額を合計した受取総額は元本（一時払保険料相当額）を最低保証します。ただし、年金の受取方法を変更した場合……や年金支払開始日以降に年金を一時支払により受け取る場合等には、元本（一時払保険料相当額）保証はありません。」との記載が、また、「特に重要なお知らせ（注意喚起情報）」には、「契約者は投資のリスクを負います」、「元本保証のための条件を満たさない場合は、元本割れリスクを負います」との記載が存在する。

【事案 22-168】 契約無効確認請求

・平成23年7月27日 裁定打切り

<事案の概要>

計6件の保険について、保険契約の申込みをした覚えがない、または、解約や減額を申し込んだ覚えがないとして、契約の無効、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2年、同5年、同7年を契約日とする計6本の保険（申立契約①～⑥）が存在するが、いずれの契約について、下記のとおり、募集人の不適切な募集行為、取扱いがあったので、

契約を無効として、既払込保険料を返還してほしい。

- (1) 申立契約①(契約者=申立人、被保険者=申立人の妻、がん保険)、同②(契約者・被保険者=申立人、がん保険)、同③(同、医療保険)、同④(同、終身保険)について、被保険者及び契約者は申込書等に署名した覚えがない。
- (2) 同⑤(契約者・被保険者=申立人、変額保険<終身型>)については、契約はしたが無断で特約を解約され、主契約を減額させられた。
- (3) 同⑥(契約者・被保険者=申立人、医療保険)については、契約はしたが勝手に解約させられた。

<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. 不同意契約の主張について

- (1) 申込書の署名は、募集人が申立人の依頼（同意）に基づき、いわゆる署名代理したものであって、有効である。仮に本人に申込意思がなければ、その後、15年以上にわたり保険料が支払われ続けているはずがない。
- (2) 申立契約①の被保険者は申立人の妻であり、申込書の署名は募集人が代筆したが、遅くとも平成7年5月には、申立人の妻は被保険者になることを追認していることは明らかである。すなわち、同7年5月、募集人は妻から、①を含む申立契約について保障内容の説明を求められた際、①の被保険者が妻であることを説明し、妻の依頼に基づき、①の保険証券の再発行を行った。

2. 不同意解約・減額の主張について

平成7年4月、申立人より仕事上の都合で他社と契約しなければならなくなったので既契約の保険料を減額したい旨の申し入れに基づき、いずれも、申立人本人の意思により特約の解約や減額がなされたものであり、有効である。

3. 不同意契約、不同意解約・減額の主張について

申立契約は、いずれも平成2年から7年にかけて成立している契約であり、同7年5月以外には契約の異動はなく、それから15年以上が経過した現在まで保険料が支払われ続けている。仮に申込意思がなければ、15年以上にわたって保険料を支払い続けること等ありえない。

<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書面等の内容に基づき審理したが、本件は、被保険者の同意の有無や、募集人が申立人の依頼に基づき申込書等の署名を代筆したか否かが争点であると考えられる。

しかし、これを判定するには当事者の供述及び鑑定等に基づいて判断しなければならないが、契約から既に15～20年以上経過しており、当審査会には当事者の反対尋問や鑑定等の手続もなく、事実関係を明らかにすることは困難であることから、裁判所における訴訟手続によることが適切であり、厳密な証拠調手続をもたない当審査会において裁定を行うには適当でない判断し、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、裁定手続を打ち切ることとした。

[事案 22-169] 入院給付金請求

・平成23年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

2回目の入院について給付金を請求したところ、1回目の入院と因果関係があるとして継続入院と判断され、1入院の支払日数限度超過により不支払となったことを不服として、入院給付金の支払いを求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成21年7月から22年6月まで、第3腰椎圧迫骨折により入院（第1回入院）をして、入院特約（1入院120日限度型）にもとづき、120日分の入院給付金が支払われた。

その後、平成22年7月から12月まで、第11・12胸骨骨折により入院（第2回入院）し、入院給付金を請求したところ、第1回目の入院と2回目の入院には因果関係があり、第1回入院の退院後180日以内の再入院により継続入院と判断され、既に120日分の支払いをしている、として第2回入院について入院給付金が全く支払われない。

下記の理由により納得できないので、第2回目の入院給付金を支払ってほしい。

- (1) 1回目の入院と2回目の入院は骨折部位が異なっている。
- (2) 2回目の入院では遅発性脊髄麻痺も発症しており、遅発性脊髄麻痺は第11・12胸骨を原因としていることから1回目の入院時の骨折部とは関連性がなく、別疾患の入院として判断されるべきである。
- (3) 主治医も両入院は別の疾患の入院であるとの見解である。

＜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) 骨折部位が異なるとはいえ、いずれも全身性エリテマトーデスという疾患の治療に必要なステロイド内服投与の副作用としての骨粗しょう症による骨折である。
- (2) 遅発性脊髄麻痺は、骨粗しょう症を原因とする胸椎圧迫骨折に起因した症状の発現であり、因果関係は明らかに存在する。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、当事者双方から提出された書類等の内容にもとづいて、本件入院が、約款規定により継続した入院と認められるか否かについて審理した。その結果、下記のとおり、第1回入院と第2回入院は約款上通算されるべきもので、支払限度日数を超えるものとして支払いを拒絶した保険会社の判断は妥当であると思料され、本件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、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1) 約款規定（「同一の疾病（医学上重要な関係があると当社が認めた一連の疾病は、病名を異にする場合であっても、これを同一の疾病として取り扱う。中略）を直接の原因として5日以上継続した入院が2回以上あった場合には、それぞれの入院を別の入院として取り扱わないで、それぞれの入院日数を通算し、継続した1回の入院として取り扱う。）上、一つの疾病より発生した複数の症状毎に入院を繰り返しても、給付金の計算においては、同一の入院として通算されることになる。
- (2) 一方、第2回目の入院の直接の理由は、第11・12胸椎の圧迫骨折であるが、診断書には傷病発生年月日に平成20年12月と記載されるのみであり、かつ、主治医の回答書には、骨折の原因として骨粗鬆症をあげている。このように、外力に関係なく骨折したことになるため、第2回入院の原因たる疾患は骨粗鬆症であると判断せざるを得ない。

(3)腰椎骨折が胸椎骨折の原因とはなっていないことは、申立人の指摘のとおりであるが、上記のようにいずれも骨粗鬆症に基づく症状であるとすれば、約款上の「同一の疾病」に該当するものと考えられる。

(4)また、遅発性脊髄麻痺は、脊椎損傷に起因する脊髄損傷に合併することが多く、本件でも、特に他の原因疾患が明らかにされていないことから、胸椎の骨折に起因すると推認することが合理的であろう。そうすると、当該麻痺はやはり骨粗鬆症に由来することになることから、同様の判断となる。

[事案 22-172] 高度障害保険金請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定打切り

<事案の概要>

約款上の支払事由に該当する高度障害状態となったが、自殺が原因であるので約款上免責であるとして高度障害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>

申立人（被保険者）は平成 21 年 10 月、自宅において自殺を図ったが未遂に終わり、溢頸を原因とする低酸素脳症となり、約款上の「言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの」「中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」に該当する高度障害状態となった。（その点については保険会社も認めている。）

そこで、定期保険特約付終身保険(平成 14 年加入)にもとづき保険会社に高度障害保険金の支払いを請求したところ、保険会社は、自殺が原因であり約款の免責事由（被保険者の故意）に該当するとして、支払不可との通知を受けた。

しかしながら、下記のとおり、精神病により自由な意思決定能力を欠く状態で自殺企図行為を行ったものであり、約款の免責事由には当たらず、納得できないので遅延損害金を付けて高度障害保険金を支払ってほしい。

- (1) 診断書によれば、本件の自殺企図行為は病状（気分変調症）に伴う症候群の一つである。
- (2) 本件で自殺の動機となるような事実は見当たらない。

<保険会社の主張>

下記理由により、本件自殺企図行為は申立人の自由な意思決定によるものであり、本件約款の免責事由たる「被保険者の故意」に該当するため、申立人の請求には応じられない。

- (1) 申立人は「気分変調症」であり、精神障害の程度は比較的軽症であった。
- (2) 診断書は不支払通知の後に作成されたもので、確定的な判断を述べるものでもない。
- (3) 申立人は、転職、家族関係、交際関係について悩みを抱えており、自殺の動機が存在した。

<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面等の内容に基づき審理したが、本件においては、下記のとおり、事故時における申立人の意思能力の判断をするためには、事故当時の診療記録や申立人の言動等の事実により、専門医の鑑定等を経なければならないが、当審査会は、裁判外紛争処理機関であり、かかる調査、証言を得て、鑑定をする手続きを持たないことから、本件は裁判手続きにおいて解決することが妥当であると判断し、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、

裁定手続を打ち切ることとした。

- (1) 障害診断書には、高度障害状態となった傷病名の原因として「自殺未遂」と記載されていることから、高度障害状態に陥ったことが被保険者の故意によるものと推定される。しかし、故意と言えるためには、当該行為者に自由な意思決定能力を必要とし、かかる能力を喪失していたか、あるいは著しく減退していたような場合には、故意により事故を招致したとはいえず、免責事由には該当しないことになる。
- (2) 本件では、故意による事故であることが推定されることから、請求者においてこれを覆すに足りる立証をしなければならない。しかし、申立人より提出された診断書等のみでは、被保険者（申立人）が本件事故時に精神疾患に罹患しており、かかる疾病が本件事故を惹起した可能性は認められるものの、かかる疾患が存在することによって、直ちに自由な意思決定能力が欠けていたか、あるいは著しく減退していたと認定することはできない。

[事案23-2] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年9月28日 裁定終了

<事案の概要>

銀行を窓口として契約した変額個人年金につき、銀行員の虚偽の説明を理由に、契約の取消しと一時払保険料の返還を求めて、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成19年9月に、相続資産の受取・納税を銀行を通じて行った後、当該銀行に勧められ、変額個人年金に加入した。勧誘に際し、パンフレット、設計書等の募集資料を見せられることなく、「2000万円を4年間預けたら、5年目から毎月10万円を20年間もらえる。満期になれば2400万円の支払いが保証されている。」「元本は保証されている。」と説明され、途中解約でも元本が返ってくると理解した。申立契約を定期預金のようなものと誤信して契約を締結したものであることから、契約を取消し一時払保険料を返還してほしい。

<保険会社の主張>

募集人は、募集資料を使用しての商品内容、元本割れリスク、手数料の説明を複数回にわたり行っているため、申立人の請求に応ずることはできない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を、不実告知による取消し（消費者契約法4条1項1号）と、錯誤による無効（民法95条本文）であると解し、申立人および保険会社から提出された書面並びに申立人、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、下記の事実が認められるので、申立人の主張には理由がなく、本件申立内容を認める理由はないことから、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を終了した。

1. 不実告知の主張について

- (1) 募集人が、パンフレット等の募集資料を使用したか、商品内容をどのように説明したかについては争いがあり、申立人は、申立契約の内容については、前記の説明をされただけであり、パンフレット等の募集資料は使用されておらず申込後に貰ったと述べている。
- (2) しかし、変額個人年金について、募集資料なしに説明することは困難であることから、

勧誘に際しては、通常、募集資料が使用され、その内容に則して説明される。本件についても、申立人の供述以外に、募集人が募集資料を使用しなかったと認めることのできる特段の証拠は見当たらず、募集人は、申立人またはその夫に複数回に亘って商品の説明をし、相応の時間を費やしていることからしても、募集人は、募集資料を使用し、その内容に則した一通りの説明を行ったと認めるのが相当といえる。

- (3) 契約概要、設計書などの募集資料には、年金原資と年金額に最低保証はないこと、年金原資が一時払保険料を下回ることもあること、解約払戻金は一時払保険料を下回る場合があることが、記載されている。
- (4) 申立人が自署した意向確認書等には、勧誘商品は、運用実績に応じて積立金額・解約払戻金額・年金額・死亡給付金額等が変動すること、預金ではなく保険商品であって、途中解約の場合の解約払戻金額は、運用実績及び所定の控除により一時払保険料を下回る可能性がある旨が記載されている。
- (5) いずれの募集資料にも、元本保証である旨の記載はない。
- (6) 以上の資料の内容からすると、募集人が、これら資料を用いながら、申立人が主張するような説明をしたと判断することは困難と言わざるを得ず、募集人が申立契約を勧誘するに際し、不実告知をしたとは認められず、取消しは認められない。

2. 錯誤の主張について

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、申立人が自署した申込書には、年金の原資と毎年の年金額は運用実績に応じて変動し、途中解約の場合の解約返戻金額は払込保険料（元本）を下回る場合があることを容易に知りうるどころであり、申立人が読まずに申込みをしたのであれば、申立人には、錯誤に陥ったことについて重大な過失があったと言えるので、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）。

【参考】

○消費者契約法

第4条（消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示の取消し）

1項 消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、当該消費者に対して次の各号に掲げる行為をしたことにより当該各号に定める誤認をし、それによって当該消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取消することができる。

1号 重要事項について事実と異なることを告げること。当該告げられた内容が事実であるとの誤認

○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。

[事案 23-3] 入院給付金等請求

・平成23年9月28日 裁定終了

<事案の概要>

慢性膵炎急性増悪により入院したので、入院給付金の請求をしたところ、給付金が支払われなかったことを不服として申し立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成22年4月から同年7月までの合計114日間、慢性膵炎急性増悪により入院治療を受け、医療保険に基づき1日当たり1万円の入院給付金の支払いを求めたところ、約款で規定されている「入院」には該当しないとして支払いを拒否された。医師の判断による入院であるので、支払いを求める。

<保険会社の主張>

下記理由により、入院給付金を支払ってほしいという請求に応ずることはできない。

- (1) 上記入院期間中の治療内容、検査結果等から考えると、慢性膵炎の急性増悪は認められず、その他重篤な症状も認められないため、治療のための入院の必要性はなかった。
- (2) 入院が必要であったと述べる申立人の担当医の意見には、医学的に疑問がある。
- (3) 申立人とその関係者のこれまでの入院給付金受取状況（頻度、金額、受診医療機関等）が不自然である。

<裁定の概要>

申立契約の約款は、入院給付金の支払事由である「入院」について、「日本国内の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、日本国内の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う。」と定めている。裁定審査会では、「入院」に該当するか否かについては、入院先の担当医師の意見のみに基づいて判断されるものではなく、医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、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した。

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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第37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) 慢性膵炎急性増悪の臨床診断基準は、急性膵炎の臨床診断基準と同様で、①上腹部に急性腹痛発作と圧痛がある、②血中、尿中あるいは腹水中に膵酵素の上昇がある、③画像で膵に急性膵炎に伴う異常があることの3点が指摘されている。そして、申立人の主治医作成の「入院・手術・退院・通院証明書」には、「上腹部圧痛著明、血液検査、超音波検査により」、慢性膵炎急性増悪と判断した旨が記載されており、上記基準に該当していることが窺える。

しかし、入院当日の看護記録には、「現在腹痛なし、嘔気なし、背部痛あり、食欲まずまず」と記録されており、基準①に該当していたのか疑問がある。また、記録上明らかな血液検査の結果には、膵酵素の上昇の結果は認められないので、基準②への該当は確認できない。さらに、CTスキャンの検査において、膵管が拡張しているとの所見は認められるも、急性増悪に伴う異常は認められず、基準③への該当も確認できない。

- (2) また、慢性膵炎の急性増悪により入院が必要な場合には、入院初日から絶飲絶食とされているところ、看護記録によれば、入院初日から食事が出され、「夕食8割摂取」、翌日は、「朝食ほぼ全量摂取する」、「夕食全量摂取」と記録されており、慢性膵炎の急性増悪に対応する管理としての絶食がなされていなかった。さらに、膵炎に対する入院当初の治療としては、内服薬の投薬治療と点滴がなされているが、いずれも外来で対処可能と認められる。
- (3) 以上からすると、申立人に、入院治療を要する慢性膵炎の急性増悪が生じていたと認めることはできず、本件入院は、約款に定める「入院」に該当しないといえる。

[事案 23-4] 契約転換無効確認請求

・平成23年7月27日 裁定終了

＜事案の概要＞

養老保険の一部を転換した際、満期時には転換前と同額の満期保険金が受取れるとの説明があったとして、転換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 19 年に、昭和 56 年に加入した養老保険の一部を減額して、医療保険に転換したが、募集人から、満期時には、転換契約が転換前契約（養老保険）に戻り、転換前契約の減額前と同額の満期時受取額になるとの説明を受け、そのように誤信して転換手続を行った。一部転換を無効とし転換前の契約に戻してほしい。

＜保険会社の主張＞

募集人は、本件転換手続について適切な説明を行っており、申立人の主張するような虚偽の説明はしておらず、申立人の請求に応ずることはできない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の主張は、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）を主張するものと解し、申立書、答弁書等の書面にもとづき、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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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)虚偽説明の有無

虚偽説明についての申立人と募集人の主張は異なることから、どちらの言い分も直ちに認定することはできないが、本件は提案書を用いて勧誘がなされたことが認められる。

提案書には、本件転換手続により、養老保険は、満期時受取額が減額になることが具体的金額とともに記載されており、また、「もう一方のご契約は、保険金額・解約返戻金・保険料等が減少したうえで継続します」とも記載されていて、満期時受取額が減額されることの記載はあるが、満期時受取額が転換前契約の金額に戻るような内容を説明した記載はない。

保険商品は形の無いものであり、勧誘するにあたっては、募集人は説明資料に則して説明するのが一般的といえ、そ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。申立人が提出書面で述べる以外に、説明資料を使用しなかったと認めることができる特段の証拠もないことから、募集人は、資料を使用し、その内容に則した一通りの説明を行ったと認めることができる。

なお、申立人は、満期時受取額を減額してまで、本件転換手続を行うほどのメリットはなく、虚偽説明があったために本件転換手続を行った旨を主張するが、転換後契約の保障内容をみると、満期時受取額を減額するのに見合わないとははいえないので、申立人の上記主張をもってしても、募集人の虚偽説明を認定することはできない。

(2)本件転換手続を無効とする法的根拠の成否

募集人に虚偽説明の事実が認められない以上、募集人による欺罔行為も認めることはできず、詐欺による取消しは認められない。

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があ

ったと言えるので、申立人から無効を主張することはできない。

【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。

〔事案 23-5-6〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

*夫婦2名より、同様の事実経過にもとづく同一会社への申立て

・平成23年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

銀行員（募集人）の虚偽説明および説明不十分により、商品内容を誤解して申し込んだとして、変額個人年金の取消し、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＞

国債が満期を迎えるに当り、銀行員（募集人）から勧誘を受け、預金と同等の商品であると信用させられ、平成16年12月、預金のつもりで保険料一時払（1,000万円）で変額個人年金（申立契約1）に加入した。さらに翌年（17年）12月にも保険料一時払（保険料各500万円）で変額個人年金2本（申立契約2・3）に加入した。

契約前から、「過去に株で失敗しているから同じ失敗はしたくない…」と募集人には話していたにもかかわらず、3件の契約のいずれの勧誘に際しても、募集人は、下記のような不適切な募集により、詳細な商品説明、殊に運用リスクおよび中途解約時の説明をせず、預金と同等の商品である旨虚偽の説明をした。そのため、資金が必要時にいつでも解約できる商品であると誤認して、求めていた商品性（変動商品でないこと、10年以内で元本を返してもらえること等）に適合しない商品を契約してしまったので、3件の契約を取り消し、既払込保険料（合計2,000万円）を返還してほしい。

- (1) 商品説明は口頭のみで、パンフレットに基づく説明は受けていない。
- (2) 保険会社の商品であること、株式による運用であること、解約返戻金に元本割れの可能性があることの説明がなかった。
- (3) 解約手数料や諸費用について説明は受けていない。
- (4) 「特に重要なお知らせ・契約のしおり・約款」による説明も受けておらず、受け取っていない。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、募集人はパンフレットその他の募集資料を提示しながら、リスクを含めた本件商品の内容につき適切に説明しており、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) パンフレット、「特に重要なお知らせ・契約のしおり・約款」を交付し、商品内容について説明を行っている。
- (2) 「保険商品のご提案にあたって」には、預金でないこと、元本保証がないこと、預金保険の対象外であることが明記されている。
- (3) 申立人は、平成16年加入の変額個人年金（申立契約1）の運用について好感したため、同17年に申立契約2および3の勧誘に至ったものである。

＜裁定の概要＞

裁定審査会は、申立人の主張を法律的根拠として、要素の錯誤による無効もしくは詐欺

による取消しを主張するものと解し、当事者双方から提出された書面の内容および申立人夫妻、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、下記の事実により、申立人の主張するような錯誤の存在を認めることはできず、また、仮に、申立人が錯誤に陥っていたとしても、下記の事実を照らせば、申立人には重大な過失【注】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（民法95条ただし書）。

また、募集人による欺罔行為を認めることはできないので、詐欺による取消しも認めることはできない。

よって、申立人の申立内容は認めることができないので、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第37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. 当事者提出の書面および事情聴取に認められる事実

当事者の提出した書面および事情聴取（申立人夫妻、募集人）の結果によれば、以下の事実が認められる。

- (1) 申立人は、平成16年12月に申込みをする際も、同17年12月に申込みをする際にも、自宅において、申立人の夫（妻）と共に、少なくとも約1時間、募集人から申立契約についての説明を受けた。
- (2) 申立人が自署・押印している各申込書には、「変額個人年金保険」、「〇〇生命保険株式会社 御中」等、本件商品が生命保険であることを示す記載が各所に存在している。
- (3) 申立契約1の申込書の「受領・確認欄」には、「1. 『特に重要なお知らせ／ご契約のしおり・約款』『特別勘定のしおり』を確かに受け取りました。2. 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。」との記載がある。また、申立契約2・3の申込書にも同様の記載があり、同欄には、いずれもこれを肯定する申立人の押印が存在する。

2. 契約申込前におけるパンフレットに基づく説明の有無

下記のとおり、募集人が申立人に対し商品内容を説明するにあたり、パンフレット等を用いなかった（交付されなかった）とする申立人の供述は、不自然と言わざるを得ず、採用することはできない。

- (1) 前述のとおり、各申込書の「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』『特別勘定のしおり』を受領したことを自認する押印が存在する。
- (2) 一般的に、募集人が変額個人年金保険のような複雑な商品について説明する際に一しかも、約1時間かけて説明するに際し一パンフレット等の募集資料を使用しないで説明することは困難であり、本件においても、募集人はパンフレット等の募集資料に基づき説明したものと推認することができ、この推認を覆すような特段の事情の存在は窺われない。

【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くても、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。

[事案 23-9] 高度障害保険金請求

・平成23年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

団体信用生命保険の被保険者である申立人から、高度障害保険金の支払いを求めて申し立てのあったもの。

＜申立人の主張＞

平成 18 年 5 月に団体信用生命保険の被保険者となり、同 22 年 8 月に本来罹患している疾病が悪化し、高度障害状態になった。そこで、保険会社に対して高度障害保険金の支払が可能か照会を行ったところ、加入前発病であるとして支払事由非該当との回答があった。

しかし、加入する際に、銀行の担当者を通じて自分の障害が悪化した時に高度障害保険金が支払われる旨を 2 度にわたり確認した上で告知書を提出しているため、高度障害保険金を支払ってほしい。

＜保険会社の主張＞

申立人に対し、加入時に告知書冊子を用いて加入前発病不担保について必要な説明が行われていたため、高度障害保険金を支払ってほしいという請求に応ずることはできない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の主張を、①加入前発病に該当せず高度障害保険金の支払要件を満たすこと、②相手方との間で加入前発病についても高度障害保険金を支払う旨の合意が成立していたこと、③約款を援用して高度障害保険金を支払うことを拒絶することは信義則（民法 1 条 2 項）に反して許されないこと、の主張であると解釈し、申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記（1）の事実が認められるので、下記（2）の理由により、本件申立内容を認めることは出来ないことから、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)認められる前提事実

- ①申立契約に適用される団体信用生命保険普通保険約款では、高度障害保険金の支払いについて、保険契約の加入日より前の傷害または疾病によって高度障害状態になった場合には、高度障害保険金が支払われないことを明らかにしている。また、同趣旨の記載は、告知書冊子裏面の「団体信用生命保険のご説明」にも記載があり、団体信用生命保険に加入しようとする者に分かるようになっている。
- ②申立人は、平成 22 年 4 月の時点で、両下肢がほぼ完全麻痺の状態であり、高度障害状態と言えるが、平成 18 年 4 月の申込書兼告知書において、「病気やけがの名前・障害内容・けがの原因」について、「両下肢機能の障害（先天性）」と回答している。

(2)裁定審査会の判断

①加入前発病に該当しないことについて

申立人は、(1) ②の通り、平成 18 年 4 月の告知書において自ら「両下肢機能の障害（先天性）」と回答しており、約款の規定による高度障害保険金の支払要件を満たさないことは明らかである。

②加入前発病についても高度障害保険金を支払う旨の合意の成立について

申立契約は団体（契約者）と保険会社との間の保険契約であるため、加入者（被保険者）の意思でその内容を一部なりとも修正することは不可能であり、銀行担当者にそのような権限もない。したがって、申立人の主張はそもそも成り立たない。

③信義則違反について

申立人が確認した2名の銀行担当者のいずれについても、加入時に、加入前発病について高度障害保険金を支払うとの回答をしたとの客観的証拠はない。また、加入時に交付される冊子の記載に明確に反する回答を2人の担当者が行う可能性は、極めて低い。よって、申立人の主張する事実を認めることはできず、申立人の主張を認めることはできない。

[事案 23-10] 入院給付金等支払請求

・平成23年8月31日 裁定終了

<事案の概要>

転倒受傷により入院および通院をしたので災害入院給付金、通院給付金等の請求をしたところ、給付金が支払われなかったことを不服とし申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成22年7月、転倒により打撲し、骨挫傷、下腿腫脹、内出血の傷害を負い、これら受傷の治療のために約2カ月間入院、退院後も50日以上にわたり通院治療を受けた。そこで、医療保険および災害保障保険（平成21年7月加入）にもとづき、災害入院給付金、入院給付金、退院給付金、通院給付金の請求をしたが、いずれの給付金も支払われなかった。

医師が診察し入院を認め、入院治療が必要なことはカルテから明らかであり、また、車椅子での通院治療が一人ではできなかつたため入院治療が必要であった。納得できないので、上記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、各種給付金を支払ってほしいという請求に応ずることはできない。

- (1) 申立人の入院治療は、約款上の入院の定義に該当しない。
- (2) 退院給付金の支払事由は、「入院給付金が支払われる入院」の後に退院することであるので、支払事由に該当しない。
- (3) 通院給付金の支払事由は、「入院給付金が支払われる入院」の退院日の翌日からの通院であることが必要であるので、支払事由に該当しない。

<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、下記(1)の事実が認められるので、下記(2)のとおり、本件申立内容を認めることはできないから、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)認められる前提事実

- ①申立人は、平成22年7月、転倒により下肢を強打し、救急車で搬送された搬送先病院にて診察を受け、肢、腰の骨に異常がないとのことで、車椅子で帰宅した。
- ②申立人は、転倒した日の翌日に、本件入院・通院先の病院を受診し、以後入院開始まで通院した。通院中の検査にて骨挫傷が発見され、発見の数日後から入院を開始した。退院後には、リハビリのために同病院に通院した。

(2)裁定審査会の判断

本件においては、まず、申立人の入院が約款規定上の「入院」にあたるかが問題となり、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

であるところ、以下の理由から、申立人の入院には、客観的・合理的な必要性が認められない。

①次の点から、申立人は、「骨挫傷」という比較的軽微な傷害を負い、初診時の症状は重篤ではなく、入院当初から松葉杖で歩行可能であったこと、治療内容も特段入院して治療しなければならないものでなかったことが認められ、これらの事実からすれば、申立人の傷害に対しては、通院による治療が可能であったと解される。

- ・初診時の所見において、主治医は「痛み、腫脹、内出血あり、跛行あり」と述べており、格別入院の必要性があるような重篤な症状は示されていない。
- ・看護記録からは、入院当初から継続して松葉杖による歩行が可能であったことが明らかであり、その後の入院中も症状が悪化することなく改善している様子が窺われる。
- ・入院中の治療内容は、いずれも外来で実施が可能な治療である。

②入院治療の必要性の判断にあたっては、通院の交通手段や日常生活の環境（単身である等）などを加味することは必要であるが、本件においては、受傷の後、2週間程度の間、通院加療が行われているところ、カルテ、看護記録等によっても、申立人において、通院中に比べて、入院後に体動が困難になるなどの急激な症状の変化があったとは考えられないこと、申立人の自宅と受診先病院との距離からは、通院が困難であるとは考えられないことなどの理由から、申立人が単身であることを考慮に入れても、なお、客観的・合理的な入院の必要性・相当性は認められない。

<参考>

- ・当該契約の約款上の「入院」
「入院」とは「医師（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、3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 23-12] 告知義務違反解除取消・特定疾病保険金請求

・平成 23 年 9 月 28 日 裁定終了

<事案の概要>

特定疾病保険金を請求したところ、告知義務違反があったとして契約を解除され、保険金の支払いを拒否されたことを不服とし申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 7 月に生前給付保険に加入し(同年 6 月責任開始)、同年 7 月に直腸がんと診断されて切除手術を受けたため、特定疾病保険金を請求したところ、保険会社は、告知義務違反があったとして、申立契約を解除し、支払を拒否した。加入診査の際には、便秘の症状および服薬の事実を告げたものの、診査医より「告知不要である」旨の発言があったことから、告知書第 1 項の「最近 3 ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか」につき「はい」から「いいえ」に訂正し、当該便秘および投薬の事実を告知しなかった。

従って、診査医に過失があり、当該不告知を理由とした申立契約の告知義務違反による契約解除および特定疾病保険金の不払は不当である。

<保険会社の主張>

下記理由により、告知義務違反解除を取消し特定疾病保険金を支払ってほしいという請

求に応ずることはできない。

- (1) 被保険者は、告知日の前年 10 月から告知日の直前までの間、「便秘により医療機関にて定期的に受診し、投薬を受けていた」事実のほか、告知日の前年の 5 月からの高血圧・感冒による医療機関への受診の事実も診査医に告げていないが、仮に便秘の受診・投薬の事実を告げていたとすれば、それらについても告げているはずであるが、それをしていない。
- (2) 被保険者は、「こまかい話を覚えていない。」「補助食品の感覚で病気や薬という認識はない。」と述べており、「医療機関の受診・投薬」の事実までは、告知していないと考えるのが相当である。
- (3) 本件については、特段の診査時の記録がないが、仮に被保険者が医療機関の受診・投薬の事実を診査医に告げたとすれば、診査医が当該事実を告知不要と判断しその旨を被保険者に告げることは考えにくいし、告知書第 1 項の訂正時に、診査医が当該医療機関の受診の事実が窺われるような告知を被保険者から受けていたのだとすれば、訂正の有無にかかわらず、診査録に記録されていると考えられるが、そのような事実はない。

< 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、下記(1)の事実が認められるので、下記(2)の理由により、保険会社が行った告知義務違反解除は有効であり、申立人の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) 認められる前提事実

- ① 被保険者は、平成 21 年に高血圧の投薬治療を受け、同年から翌 22 年にかけて便秘に対して緩下剤の投薬治療を受け、また、感冒・熱発により、毎月、採血等の検査を行っていた。
- ② 告知書第 1 項には「最近 3 ヶ月以内に、医師の診療・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。」の質問事項があるが、被保険者は、当初、「はい」に○をつけたが、それを消して氏名を記載し、「いいえ」に○をしている。この点の訂正は、診査医が被保険者に指示して、被保険者が訂正したものである。
同じく告知書第 4 項には「過去 5 年以内に、＜表 1＞以外の病気やけがで、初診日から最終受診日まで 7 日間以上にわたり医師の診察・検査・治療をうけたこと、または合計 7 日分以上の投薬をうけたことがありますか。」の質問事項があるが、被保険者は、「いいえ」と回答している。
- ③ 被保険者は、平成 22 年 7 月、直腸がんの診断を受け、同年 8 月から 9 月まで放射線治療と抗がん剤治療を受け、同年 10 月に腹腔鏡下腸低位前方切除術を受けた。

(2) 裁定審査会の判断

本件では、被保険者が、診査医の発言により、告知をしなかったかという点が問題になるが、診査医は、被保険者の健康状態を確認してこれを保険会社に正確に伝えることを職責とするものであり、被保険者から受診や治療の事実を告げられて、その点をあえて、診査録に記載せず、かつ、その事実と反する告知書の訂正を指示することは通常考えられず、本件において、診査医が自己の職責に反して、告知書の訂正を指示する動機

は見当たらない。

よって、告知欄の訂正を指示したのは、少なくとも、告知の時点で、診査医が被保険者の医療機関の受診や治療の事実を把握していなかったからであろうと推測される。

被保険者が便秘を理由として通院していた時期は告知日の直前であり、告知書の質問項目を見て少し考えれば、すぐに通院の事実を思い浮かべることができたはずであり、告知義務違反については、被保険者に重大な過失があったと考えられる。

[事案 23-13] 災害入院給付金請求

・平成 23 年 9 月 15 日 裁定終了

<事案の概要>

交通事故により入院したが、約款に定める入院に該当しないとして入院日数の一部しか災害入院給付金が支払われないこと等を不服として、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 8 月に交通事故に遭い、頸椎捻挫、腰椎捻挫、背部痛、胸骨挫傷などにより、事故の翌日から 61 日間入院した。そこで、医療保険(平成 21 年 3 月加入)にもとづき災害入院給付金を請求したが、約款に定める入院に該当しないとの理由により、入院期間の一部しか支払われず、また通院給付金も支払われない。

不支払いの理由とされる入院中の外出は、警察から事故の調書を取ると言われたため、痛みを我慢して外出したものであり、納得出来ないので、入院および通院の期間に相当する給付金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の請求に応じることはできない。

- (1)入院当初のレントゲン検査等では骨挫傷とされ、骨挫傷はあくまでも安静が重要で外来でも可能であり、その他に異常は認められず、入院当初から歩行可能で、入院継続の必要性は認められない。
- (2)入院中の主な治療内容として行われていた注射は、通常外来で行われているものである。
- (3)申立人の自宅は入院先の病院と近い距離にあり、申立人は入院当初から歩行できたことからすると、十分通院可能であった。

<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等にもとづいて、申立人の本件入院の必要性について審理した結果、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、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

1. 入院給付金について

- (1)本件契約の約款に規定する「入院」に該当するか否かについては、入院先の担当医師の意見のみに基づいて判断されるものではなく、医療上の見地から客観的、合理的に判断されなければならない。
- (2)入院時の状態、症状の経過およびこれに対する処置内容から判断すると、受傷当初において、1、2 週間程度の入院による経過観察は必要であるとしても、入院中に特段の異常も発見されず、また、入院中の治療も通院でも可能な投薬のみであることから、上

記経過観察期間を超えて入院の必要性があると認めるに足りる証拠はない。

2. 通院給付金について

通院給付金については、本件申立後にすでに支払われていることから、争点とはならず判断するまでもない。

[事案 23-17] 契約条件変更無効確認請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

<事案の概要>

経営破たんにより、別の保険会社へ契約移転された保険契約の保険金減額措置を不服として、契約当初の保険金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 4 年と 6 年に、被保険者をそれぞれ長男と二男にしてこども保険に加入、全期前納払いで保険料を 140 万余円、246 万円を支払った。今般、加入後に最初に参加した保険会社の経営破たんの影響により、契約当初の保険金額に対し、それぞれ 80 万余円、40 万余円、計 120 万円以上も減額されたことが判った。

これは、同社の経営破たんに伴う契約条件の変更によるものだが、保険料は加入時に一括で全期前納しており減額には当たらず、また経営破たんの責任は契約者にはないのに、一方的に保険金額を減額されるのは契約不履行であり、到底納得できない。

保険契約の移転を受けた保険会社は、当初の契約どおりの金額を支払うべき義務があり、契約条件の変更は納得できないので、契約条件の変更により減額された金額を支払ってほしい。また、平成 6 年に加入した保険に関して、今後支払われる祝金についても契約当初の保険金額を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求には応じることはできない。

- (1) 契約条件変更前の契約について、当社に支払義務はない。
- (2) 契約移転時に法律に基づく適正な既契約者への異議申立て手続きを経ている。
- (3) 申立人の請求に応じることは、特定の契約者への利益提供になる。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面に基づいて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「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) 申立人の前契約当事者である保険会社は、金融庁により業務の停止命令を受け破たんし、保険業法等の法律に基づき破たん処理がなされ、同会社の契約は、当時の責任準備金の 90 パーセントが補償されるとともに、保険金額の削減、予定利率の変更等の契約内容の変更の手続きを経た後、相手方会社に承継された。

従って、相手方会社は、承継された債務を履行する義務を負うが、破たん会社の責任を負うものではなく、また、承継前（契約内容の変更前）の契約内容に基づく債務の履行義務を負うものではない。

- (2) 確かに、かかる保護制度によっても、契約者が保険会社の破たんの不利益を全く受けないものではないが、申立人の受けた不利益は、破たん会社の契約者が等しく受けたもの

であり、申立人の主張を認めることはできない。

[事案 23-18] 障害給付金請求

・平成 23 年 9 月 9 日 和解成立

<事案の概要>

交通事故による後遺障害が、約款上の第 6 級身体障害に該当するとして障害給付金を請求したところ、不支払いになった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 12 月、自動車を運転中に交差点において貨物自動車と衝突する交通事故に遭い、「左足関節内果裂離骨折」の傷害を負った。

後遺症診断書によれば、左足について背屈底屈間 35 度（右足関節の可動域は 90 度）の可動域制限があり、同年 8 月症状固定となったので、傷害特約にもとづき障害給付金を請求したところ、会社所定の障害基準に達していないとの理由で不支払いとなった。

しかし、後遺障害は特約約款の別表「給付割合表」および「備考」に定める第 6 級の「身体障害」（1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を永久に残すもの）、「関節の運動範囲が、生理的運動範囲の 2 分の 1 以下で回復の見込みがない場合」に該当しており、保険会社の不支払決定には納得できないので、約款所定の障害給付金（災害保険金の 10%）を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

申立人の左足関節の後遺障害は、障害給付金の支払事由に該当しないので、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 約款記載の「関節の運動範囲が、生理的運動範囲の 2 分の 1 以下で回復の見込みがない場合」における「生理的運動範囲」については、日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会が制定した 65 度を基準としている。申立人の可動範囲は 35 度であり、65 度の 2 分の 1 以下になっていない。
- (2) 保険契約は多数の契約者を同種の危険から集団的、計画的に保護する制度である以上、その契約内容は画一的に定型化される必要があり、保険金の支払事由及び支払金額についての多数の契約者間の画一性、公平性を確保しなければならない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された書面にもとづき審理を行い、和解の斡旋を行ったところ、保険会社より和解案の提示があり、申立人の同意が得られたので、和解契約書の調印をもって解決した。

[事案 23-24] 入院給付金等請求

・平成 23 年 7 月 27 日 裁定終了

<事案の概要>

坐骨神経痛のため長期間入院し入院給付金、退院給付金等を請求したところ、約款に定める「入院」に該当しないとして、各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 7 月から 11 月まで約 4 カ月間、右根性坐骨神経痛により医師の指示に基づき入院したので、同 18 年 4 月加入の医療保険にもとづき入院給付金、退院給付金、通院給付金を請求したところ、まったく支払われない。

入院は医師の指示に基づくもので、全期間について入院が必要であったものであり、不支払い決定には納得できないので、各給付金を全額支払ってほしい。

<保険会社の主張>

本件入院は、下記のとおり、約款に定める「入院」に該当しないので、申立人の請求に応じることはできない。

(1) 次のとおり、発症から入院までの経緯が不自然である。

① 申立人の述べた受診理由と、担当医の述べた症状とに隔たりがある。

② 入院前の初診時（平成 22 年 7 月）に、入院の必要が認められる所見がない。

③ 申立人は上記初診後いったん帰宅し、3 日後に入院している。

(2) 入院中の治療内容は外来で可能なものであったし、入院治療を要する症状も認められない。

(3) 入院中の MR I 検査の結果の時期及び結果からは、入院の必要性が認められない。

<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いて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めることはできないため、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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) 入院給付金、退院給付金、通院給付金は、いずれも「入院」することが支払要件となっているところ、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である。これは、従来からの当審査会の考え方であり、裁判例もそのような考え方を採っている。

(2) 本件入院は、申立人からの入院希望があり、主治医が入院加療としたものではあるが、それだけで、直ちに約款所定の「入院」に当たることにはならない。

(3) 下記の事実を総合斟酌すれば、申立人の本件入院は、約款が定義する「入院」に該当するとは認められない。

① 初診日に実施された「ラセーグ徴候」においては、傷病名が右根性坐骨神経痛であるのに、右肢は 80 度と陰性（正常）を示しており、傷病名と矛盾する結果が出ている。

② 主治医は、初診日には入院の指示を出しておらず、翌日の申立人からの入院希望を受けて、3 日後から入院加療としている。

③ 申立人は、入院の際に独歩で入室している。

④ 入院中の治療内容は、投薬、硬膜外注射、静注、トリガーポイント注射であるが、いずれも通院による治療が可能なものである。

⑤ 入院から 2 か月以上が経過して実施された MR I 検査の検査報告書においても、神経根圧迫の有無に関してははっきりしないとされている。

⑥ 申立人は、入院から 10 日後には患者都合による外出をしており、患者都合による外出は、これを含め入院中 4 回あり、患者都合による外泊が 1 回ある。

[事案 23-27] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 8 月 31 日 裁定終了

<事案の概要>

元本割れの可能性や中途解約時の不利益について契約内容を誤信し、こども保険に加入したとして、契約の無効と払い込んだ保険料の返還を求め申立てのあったもの。

<申立人の主張>

募集人から以下の諸点について説明を受けられなかった結果、満期まで保険料を支払えば、万一の保障もありながら、満期まで支払った保険料累計額と配当金が必ずもらえる保険であると誤信し、平成 17 年 9 月に保険の契約に至ったものである。申立契約を無効とし、既払保険料全額を返還してほしい。

- (1) 満期まで相手方に保険料の支払をしても、元本割れすること。
- (2) 中途解約すると契約者が損を被ること。
- (3) 配当がない場合もあること。

<保険会社の主張>

下記理由により、契約を無効として払い込んだ保険料を返還してほしいという請求に応ずることはできない。

- (1) 募集人は、万一の保障があること、貯蓄性があること、こども保険であり、進学費用に役立つことを話した事実はあるが、必ず配当があり、利益が出るとは話しておらず、この点について、申立人が誤信するはずがない。
- (2) 保障設計書及び保険証券を見れば、払込保険料合計額と学資金及び満期保険金の金額は容易に分かるはずであり、申立人は誤信するはずがない。
- (3) 申立契約は、被保険者の死亡保障、契約者の死亡または障害状態の保障も含まれ、保険料の一部が保障部分に使用されていることは、誰にでも理解できる話であり、申立人がこの点について誤信していたとは考えられない。
- (4) 配当というのは、利益が出た場合の分配であるから、利益が出ない場合は、配当が支払われないのは当然である。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を、上記の錯誤に陥ったので、申立契約は錯誤により無効である（民法第 95 条）との主張であると解釈し、申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記（1）の事実が認められるので、下記（2）の理由により申立人の主張には理由がなく、本件申立内容を認める理由はないことから、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) 認められる前提事実

- ①募集人は、申立人の職域担当者であり、申立人の勤務先において、パンフレットを用いて、申立契約の勧誘をした。（申立人の主張によると説明・手続時間は 30 分×3 回で合計 1 時間 30 分）
- ②募集人は、申立契約について、万一の保障があること、貯蓄性があること、こども保険であり進学費用に役立つことを申立人に告げた。（申立人の主張する「必ず配当が

あり、利益が出ること。損をすることはない。」との点について募集人が話したか否かについては、争いがある。）

③申込時に、募集人から申立人に「ご契約の申込にあたって」「ご契約のしおり・約款」の交付がなされた。

(2) 裁定審査会の判断

以下の諸事情から、申立人が、その主張する内容の錯誤に陥ったと判断することは困難である。また、仮に、申立人が、万が一そのような錯誤に陥ったとすると、要素の錯誤にあたるか、あるいは錯誤に陥ったことについて、申立人に重大な過失があったことは明らかであるから、錯誤無効は認められない。

①申立人が、満期まで保険料を払い込んでも「元本割れ」することがないことについて、錯誤に陥ったか否かの点について

- ・ 保険の勧誘に際しては、設計書を用いるのが通常であり、本件も設計書を用いて勧誘したと考えられるところ、設計書の保険料と払込期間を見て計算すれば、学資金・満期保険金の合計額が払い込み保険料合計額より少ないことは、容易に分かるはずである。
- ・ 申立人は、募集人が「損をすることは絶対にありません。」と言ったと主張しているが、申立人が設計書を見れば一目瞭然の事実について、募集人が、事実と異なる説明をしたとは考えられない。

②中途解約しても損はないとの錯誤に陥ったか否かについて

- ・ 申込時に交付した書面（「ご契約のお申込みにあたって」）に、解約返戻金額表の記載があり、加入時において、解約返戻金の概算金額を知りうること。
- ・ 申込時に交付した書面（「ご契約のお申込みにあたって」）に、中途解約すると、多くの場合、解約返戻金は、お払込み保険料の合計額よりも少ない金額になる旨の記載があること。

③必ず配当金がもらえる保険であるとの錯誤に陥ったか否かについて

- ・ 説明に使用したパンフレットに、「配当金は変動（増減）し、決算実績によっては、0となる年度もあります。」等の記載があること。
- ・ 募集人がパンフレットの記載内容に明らかに反して、「必ず配当がある。」などと言ったとは考えられないこと。

【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。

【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 23-28] 手術給付金請求

・平成 23 年 8 月 31 日 裁定終了

<事案の概要>

交通事故により骨折して手術を受け、さらに電磁波治療法を受けた申立人が、電磁波治療法に対して手術給付金を支払うことを求め申立てのあったもの。

<申立人の主張>

申立人は、平成 4 年に定期付終身保険に加入していたところ、平成 21 年 3 月に交通事故

により骨折し、骨折観血手術を受け、引き続き、難治性骨折電磁波治療法を受けた。骨折観血手術については、手術給付金が支払われたものの、難治性骨折電磁波治療法には手術給付金が支払われなかった。医科診療報酬点数表において「難治性骨折電磁波電気治療法は、観血的手術を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する」とされていることから、「難治性骨折電磁波電気治療法」は、観血的手術と一連の手術とみなし、手術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、請求に応ずることはできない。

- (1) 手術給付金の支払の対象となる手術については、「手術給付金疾病入院約款」の別表「手術給付倍率表」に「手術の種類」を掲載しており、診断書に記載された手術についてこの「手術の種類」のいずれかに該当するかを判断して、該当する給付倍率の支払いを行っている。
- (2) 「難治性骨折電磁波電気治療法」については、この「手術の種類」に該当する項目がないため、手術給付金は支払い対象外となる。関連する項目として「12. 四肢骨・四肢関節観血手術（手指・足指を除く）」があるが、「難治性骨折電磁波電気治療法」は観血手術ではなく、これには該当しない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理し、下記（1）の事実が認められるので、下記（2）の理由により申立人の主張には理由がなく、本件申立内容を認めることは出来ないので、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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)認められる前提事実

- ①申立人は、平成 21 年 3 月、交通事故により右橈骨および右尺骨を骨折し、翌月 3 月に入院し、入院期間中に右橈骨および右尺骨の「骨折観血的手術」を受けた。
- ②平成 21 年 7 月以降、申立人は、難治性骨折超音波治療法を受けた（なお、申立人は、受けた治療が難治性骨折電磁波電気治療法であると主張しているが、証拠上は、難治性骨折超音波治療法であると判断でき、難治性骨折電磁波電気治療法を受けたとは判断できない）。

(2)裁定審査会の判断

本件で問題となるのは、申立人の受けた「難治性骨折超音波治療法」が、約款所定の給付対象である「四肢骨・四肢関節観血手術（手指・足指を除く。）」に当たるかということである。約款によれば、四肢骨の手術としては、観血手術のみを手術給付金の対象とするところ、観血手術は、その文言から「皮膚等に切開を加えて、病変部を露出して行う手術である。」と解され、「難治性骨折超音波治療法」が、その要件に該当しないことは文言上明らかである。

よって、申立人の受けた「難治性骨折超音波治療法」は、約款に該当する手術給付金支払の対象とならない。

[事案 23-29] 死亡保険金支払請求

・平成 23 年 9 月 28 日 裁定打切り

＜事案の概要＞

うつ病の治療を受けていた長男の死亡につき、契約後3年間の自殺免責期間中の自殺であるとして死亡保険金支払を拒まれたことを不服として申立てのあったもの。

＜申立人の主張＞

長男は、平成20年7月に養老保険に加入し、平成22年10月に自殺により死亡した。死亡する直前まで精神科に通院治療しており、担当医師作成の診断書にも「うつ病の影響下に実行された自殺と考えられる」と記載されており、うつ病という疾病の影響下で死亡したものであって「自殺」ではないことから、支払免責事由に該当しないので、死亡保険金を支払ってほしい。

＜保険会社の主張＞

下記の事情から、被保険者（長男）は、自由な意思決定能力を喪失ないし著しく減弱させた結果、自殺行為に及んだものとは認めすることはできず、約款上の支払免責事由である「自殺」に該当するため、死亡保険金支払請求に応ずることはできない。

- (1) 被保険者は、うつ病で通院していたが、入院はしていなかった。
- (2) 自殺直前に自ら中古自動車店に行き、自家用車を売却して、自動車を購入してきた。
- (3) 死亡の手段は自宅の窓の棧にネクタイを掛けて首を吊ったことによる縊死であり、被保険者が自らの手段を達成するための準備行動をしていると認められる。

＜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たが、下記のとおり、裁定審査会の権限の範囲では判断に必要な諸事実の確認ができず、本件についての審理・判断をすることができない。そこで、所要の権限を有する裁判所による裁判手続において解決することを妥当と思料し、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第32条第1項4号により、裁定打切り通知にて理由を明らかにして、裁定手続きを打ち切ることとした。

- (1) 判例・学説上、自殺免責規定における「自殺」（以下、自殺免責規定の自殺については「自殺」と表記する。）とは、被保険者が自己の生命を絶つことを意識し、これを目的としてその生命を絶つことをいい、被保険者に精神疾患による精神障害が生じている場合など、自由な意思決定をなしえない状況の下になされた動作に基因する死亡は、ここにいう「自殺」には含まれないと解されている。

しかし、精神病に罹患している者全てが精神疾患を原因として自殺するわけではなく、被保険者の自殺行為が精神障害中の自殺として、「自殺」には該当しないと認められるためには、単に精神病への罹患だけでは足りず、精神障害が被保険者の自由な意思決定能力を喪失ないし著しく減弱させた結果、自殺行為に及んだものであると判断できることが必要であるとされている。

したがって、本件でも、「自殺」に該当しないというためには、被保険者がうつ病に罹患していた事実が認められることのみでは足りず、そのうつ病により、被保険者の自由な意思決定能力が喪失ないし著しく減弱された結果、自殺に及んだと判断されることが必要となる。

- (2) 当事者双方が提出した書面等の一件書類を検討したところ、被保険者が本件自殺時にうつ病に罹患しており、かかる疾病が被保険者の自殺を惹起した可能性は認められる

ものの、かかる疾患が存在することによって、直ちに被保険者に自由な意思決定能力が欠けていたか、あるいは著しく減弱していたと認定することはできない。

- (3) この点を判断するには、被保険者のうつ病の程度、本来の性格、自殺に至る言動や精神状態、自殺行為の態様、他の動機の有無等を総合的に勘案しなければならないが、そのためには、診療記録の取り寄せ、担当医師や被保険者の周囲の人物からの事情聴取、専門医師の鑑定等が必要となるが、当審査会は裁判外紛争処理機関であり、かかる調査、証言を得て、鑑定をする手続きを持たない。

[事案 23-37] 特約非更新手続無効確認請求

平成 23 年 8 月 31 日 裁定終了

<事案の概要>

特約非更新手続は母親が契約者に無断で行ったもので無効であるとして、配偶者の死亡保険金の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成元年 5 月に定期保険特約付終身保険に加入し、同 5 年に定期保険特約（妻型）を中途付加した。妻（被保険者）が平成 22 年に死亡したので、死亡保険金を請求したところ、保険会社より、平成 16 年の更新時に定期保険特約（妻型）が更新されていなかったため、支払われないとの通知を受けた。

しかし、同 16 年に特約更新時期が到来した際、母が契約者である私に無断で、特約の非更新手続を行ったものであり、下記の理由により無効であるから、妻の死亡保険金を支払って欲しい。

- (1) 母が、「特約非更新申出書」を私に無断で、母の印を押印のうえ提出したのであるから、特約非更新は契約者の意思ではない。
- (2) 母は更新時 70 代で、相手方会社の担当者から説明がなかったため、内容を勘違いして「特約非更新申出書」を提出した。
- (3) 特約更新前に、本件特約の被保険者である妻のがん治療による入院・手術給付金を請求しており、相手方会社は特約非更新の申し出について契約者の意思を改めて確認する義務があったが、これを怠った。

<保険会社の主張>

下記理由により、本件特約の非更新は有効であり、平成 16 年に消滅しており、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 「特約非更新申出書」には、申込書等と同じ当社への登録印が押印されており、「特約非更新申出書」による非更新申出は申立人本人が行ったものと考えられる。仮に、母親が行ったとしても、申立人が『登録印』と『特約非更新申出書』を母親に預けて手続きさせたこと「特約更新への対応を申し出た営業担当者に対して、『母親に任せた』旨回答をしたこと」から、申立人は特約更新につき母親に手続を委任していたものと考えられる。
- (2) 「特約非更新申出書」および「特約更新のご案内」には、「特約非更新申出書」を提出した場合には更新対象の特約がすべて非更新となること等が明記されており、生命保険に関する特別の知識がなくとも容易に理解可能である。

(3)当社では、特約非更新の内容について記載した「特約満了のお知らせ」を申立人に送付、また、契約内容を記載した案内を毎年申立人宛に送付しており、申立人はこれらを見れば、特約が非更新となっていることを確認できた。

＜裁定の概要＞

申立人の主張の法律的な根拠は必ずしも明らかではないが、裁定審査会では、本件特約非更新手続きは、代理権を有しない申立人の母親により申立人に無断で行われたものであり、申立人の意思に基づくものではないとして、無権代理による特約非更新手続きの無効を主張するもの（民法113条）と判断し、申立書、答弁書等の書面に基づいて審理した。

審理の結果、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、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、裁定書によりその理由を明らかにし、裁定手続を終了した。

1. 本件特約非更新手続きの有効性について

下記のとおり、本件非更新手続は有効になされたものと認めざるを得ない。

- (1) 当事者より提出された証拠である、特約非更新申出書および契約申込書に押印されている印影を比較対照すれば、外見上、特約非更新申出書に押印された印鑑は、申込書に押印された印影（いわゆる登録印）と同一の印影であることが強く推認される。
- (2) 相手方会社が契約者に送付した通知に対し、申込書の登録印と同じ印章が押印された特約非更新申出書が提出されている以上、特段の理由がない限り、特約非更新の申出が契約者の意思に基づくものであることが強く推認されることから、相手方会社としては、それ以上に更新意思の有無を確認する義務はなく、またその必要性もないといえる。
- (3) 申立人は、特段の理由として、特約非更新申出書の署名が、申立人の意思に反して、申立人の母親によってなされたと主張しているが、この点につき立証がなされているとはいえない。仮に、申立人の主張どおり、特約非更新申出書の署名が、申立人の母親によってなされたものであるとしても、申込書の登録印と同じ印章が押印された特約非更新申出書が、相手方会社に提出されていることから、申立人から母親に対し本件特約非更新手続きについて授權があったと信ずべき正当な理由があることから、いわゆる署名代理として意思表示は有効と認められる（民法109条、110条）。

2. 説明義務違反等について

両当事者から提出された証拠によれば、相手方会社は申立人に対し、本件非更新手続きについて手続前後の通知などを含め必要な案内を行っており、申立人自身が募集人の説明を断った経緯があることも考慮すれば、本件非更新手続きに関する説明義務違反があったと認めることはできない。

[事案 23-38] 年金支払請求

・平成23年8月16日 裁定終了

＜事案の概要＞

年金一括受取金額と受取日が加入当時の保険会社の確認文書（および営業担当者の説明）と異なっていることに納得できないとして、文書どおりに年金一括受取金を支払って欲しいと申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成 11 年、本社相談窓口に個人年金保険に関する希望条件を伝え、該当する保険商品があれば契約したい旨相談したところ、後日、営業担当者が訪問してきて、「年金一括受取金の確定額は 336 万円で、その受取日は保険料払込終了日である」等との提示を受け、同年 11 月に個人年金保険(受取期間 10 年の確定年金、保険料年払)に加入した。

しかし、送られてきた保険証券に、年金一括受取金額、同受取日の記載がなかったことから、保険会社に請求し、営業担当者の口頭説明の内容を確認するための書面(平成 13 年 1 月、以下「保険内容確認文書」)の交付を受けたが、その内容は営業担当者の説明と同一であった。

以降、同保険を継続し、平成 22 年 11 月に保険料払込みが終了し、保険会社に照会したところ、回答文書(平成 23 年 1 月、以下、「保険会社回答文書」)の内容は、保険会社の保険内容確認文書の記載内容(営業担当者の説明)と異なり、年金一括受取金の確定額は 331 万円で、受取日は保険料払込終了日(平成 22 年 11 月)ではなく、同払込満了日(平成 23 年 11 月)であると言われた。

下記(1)、(2)により納得できないので、営業担当者の口頭説明と契約直後の保険内容確認文書の内容(年金一括受取金は 336 万円、受取日は保険料払込終了日)は同じであり、確認文書に記載されたとおり、年金一括受取額 336 万円を保険料払込終了時(同 22 年 11 月)に支払ってほしい。

また、年金一括受取りを繰り延べた場合の算定起点日は、保険料払込終了日(平成 22 年 11 月)とすべきである。

- (1) 平成 13 年 1 月に相手方会社から送付された「保険内容確認文書」には、一括受取金額は 336 万円で、保険料払込終了時に受け取れると記載されている。
- (2) 保険会社からの回答文書(平成 23 年 1 月)においても、年金一括受取日として平成 22 年 11 月以降と明記されている。

＜保険会社の主張＞

下記理由により、申立人の請求には応じることはできない。

- (1) 保険契約は附合契約であるから、年金の支払いは約款に従った取扱いしかできない。申立人提出の保険内容確認文書は加入後に交付した文書であり、申し込み前の説明が誤っていたことを裏付ける資料がないため、不法行為にもとづく損害賠償をすべき根拠は認められない。
- (2) 申立契約約款の規定に従うと、年金契約の年金の一括支払については、その金額を将来の年金の現価に相当する金額と定めており、計算した年金一括受取額は 331 万円である以上、これと異なる支払いはできない。
- (3) 一括受取日を回答した回答文書は、平成 23 年 1 月のものであり、平成 23 年に送付されたものであることからしても、同文書の「11 月 12 日以降でのお支払い」という記載が、「平成 22 年 11 月 12 日以降のお支払い」を意味するとは通常考え難く、申立人の主張は書面の誤読によるものである。

＜裁定の概要＞

申立人の年金支払請求の法律的根拠は必ずしも明確ではないが、裁定審査会では、①保険会社の保険内容確認文書により契約内容が年金一括受取金額 336 万円に変更され、繰延

日の起算点が平成 22 年 11 月 12 日となったとの主張、②本来の受取額 331 万円余と 336 万円との差額につき、保険会社の虚偽説明による不法行為に基づく損害賠償請求の主張と解し、申立書、答弁書等の書面にもとづき審理した。

その結果、下記のとおり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「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. 契約内容について

(1) 保険契約は附合契約^{【注】}であり、約款の規定に従うことから、年金一括受取金額も約款に基づいて定められるが、申立契約の約款では、年金の一括支払いについては、その金額を将来の年金の現価に相当する金額と定めており、本件契約において計算した年金一括受取額は 331 万円（配当金は除く）となり、これと異なる金額を支払う義務は保険会社にはない。

【注】附合契約とは、大量かつ定型的取引において、契約当事者の一方が予め定めた契約条項（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、相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されている。

(2) 申立人の主張するとおり、契約締結後に保険料払込終了時における年金一括受取金額についての保険会社の説明に誤りがあったとしても、保険会社の事務担当者の説明に誤りがあったにすぎず、申立人と保険会社との間で、約款とは異なる変更の合意が認められるためには、合意文書等明確な意思の合致を推認させる証拠が必要である。保険内容確認文書のみでは、いまだ確定的な契約変更の意思の合致を認めることはできず、一括受取金の金額につき当事者間で約款と異なる合意が成立したとは認められない。

2. 不法行為に基づく損害賠償請求について（民法 709 条、715 条）

本件では、契約締結時に年金一括受取金額について虚偽の説明があったとの事実は認定できず、事後的な契約者からの問合せに対する保険会社の回答が誤りを含んでいたとしても、そのことにより保険会社が約款に基づく受取金額を受領する申立人の権利を侵害したとはいえないことから、保険会社に不法行為は成立しない。

3. 年金一括支払金の繰延日の起算点について

下記理由により、年金一括支払金の繰延日の起算点が平成 22 年 11 月 12 日であるとの申立人の主張は認められない。

(1) 年金一括支払金の繰延日の起算点も約款に基づいて定められており、本件約款によれば、年金の一括支払いは年金支払開始日以降と規定されていることから、一括支払金の繰延日の起算点は、年金支払開始日である平成 23 年 11 月 12 日となる。

(2) 申立人は、保険会社回答文書（平成 23 年 1 月 21 日付）の文言を理由に、年金一括支払金の繰延日の起算点を平成 22 年 11 月 12 日とすることを求めているが、申立人と保険会社との間で、約款とは異なる変更の合意が認められるためには、合意文書等明確な意思の合致を推認させる証拠が必要であり、同回答文書は、いまだ確定的な契約変更の合意をした文書と認めることはできない。

[事案 23-39] 貸金業法適用請求

・平成 23 年 9 月 10 日 裁定終了

＜事案の概要＞

オーバーローンにより契約が失効したことを受け、貸金業法に規定する登録を受けたいうで契約者貸付制度の確立を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

昭和 62 年に加入した終身保険が失効したことに関連し、以下の 3 点につき要求する。

- (1) 契約者貸付は、貸金業法第 2 条 1 項に定義する「金銭の貸付を業として行うもの」に当たり、同項 2 号に定義する「貸金業を行うにつき他の法律に特別の規定のある者が行うもの」に該当しないから、貸金業法第 3 条の登録を受けたいうで、同法および関連法律に基づく契約者貸付制度を確立すること。(請求 1)
- (2) 本件契約は、平成 21 年 7 月末で保険料払込期間満了となっているが、保険料の立替金が返済されていないとして立替金残高があることになっている。一方では払込満了とし、他方では払込が満了していないでは矛盾し、道理に合わない。保険料立替金残高はないものとする。(請求 2)
- (3) 契約者貸付については、約款上「貸付金の元利合計が解約返還金額を超過した場合、保険契約は効力を失います」とあるが、保険法第 57 条（重大事由による解除）に保険者の解除権が規定され、「当該生命保険契約の存続を困難とする重大な事由」には該当しないので、申立契約を失効させ、解除することはできない。(請求 3)

＜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) 保険会社は、保険業法第 97 条 2 項および同施行規則第 57 条 5 号により、固有の業務として契約者貸付を行うことができる。
- (2) 約款条項に定めた内容により、当社は申立人に対して保険料立替えを行っており、契約上の保険料払込期間満了とは別である。
- (3) 貸付元利合計額が解約返戻金を上回る場合に当該保険契約が失効することと、モラルリスク事案に対して保険会社に解除権を認めた保険法第 57 条とは関係がない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では申立書、答弁書等書類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、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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) 請求 1 について

以下理由により、保険会社の行う契約者貸付は、貸金業法の適用を受けないため、貸金業法第 3 条所定の登録は必要なく、申立人の請求は認められない。

- ① 貸金業法第 2 条但し書は、「貸付けを業として行うにつき他の法律に特別の規定のある者が行うもの」（同条 2 号）を「貸金業」から除外している。
- ② 保険業法第 97 条 2 項は「保険会社は、保険料として収受した金銭その他の資産の運用を行うには、有価証券の取得その他の内閣府令で定める方法によらなければならない。」と規定し、同法の委任を受けた保険業法施行規則 47 条は、「内閣府令で定める方法」の一つとして、「金銭の貸付け（コールローンを含む。）」と規定している（同条 5 号）。
- ③ 契約者貸付制度は、保険約款に基づき、契約している生命保険の解約返戻金の一定範囲内で、契約者が受けられる貸付けであるから、上記「金銭の貸付け」に他ならない。

(2) 請求 2 について

以下理由により、保険料自動振替貸付を受けた申立人が保険会社に対して負担している立替金返還債務は、保険料払込期間の満了により何らの消長を来たすものでなく、申立人の請求は認められない。

保険約款に基づく保険料自動振替貸付（保険料の立て替え）は、保険契約者（申立人）が保険料を所定の払込猶予期間を経過しても支払わなかった場合、解約返戻金の範囲で、保険料を自動的に保険会社が立て替え、契約を有効に継続させる約款上の制度である。

(3) 請求 3 について

以下理由により、申立人の請求は認められない。

- ①申立人の援用する保険法 57 条は、保険会社に保険契約の維持を期待することができない状況（重大な事由）がある場合に、保険会社が、一方的意思表示により、解約期間を置かずに、保険契約を解除できることを認めた規定に過ぎない（重大事由による特別解約権）。
- ②本件では、保険約款により、貸付または保険料自動振替貸付の元利合計額が解約返戻金額を超えるに至ったときは、保険契約は効力を失う旨規定されているが、これは、保険法第 57 条の規定する特別解約権とは全く関係のない事柄である。

[事案 23-41] 損害賠償請求

・平成 23 年 8 月 10 日 裁定終了

<事案の概要>

貸付先の会社を契約者とする保険契約につき、保険会社担当者の質権設定完了との回答があったにもかかわらず、被保険者同意がないため同契約への質権設定が無効で、同契約が契約者から解約されてしまったとして損害賠償を求めるもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 12 月、貸付先の A 社を契約者とする定期保険（被保険者：A 社取締役、受取人：A 社、死亡保険金 3 億円）に質権の設定手続をするため、申立人（法人）質権設定承認通知書に質権者である申立人、保険契約者（質権設定者）である A 社が同意のうえ捺印し保険会社に通知した。後日、質権設定状況について保険契約を取り扱った営業担当者に照会したところ、「質権設定が完了した。本社にも確認はとれている」旨回答があった。

ところが、申立契約への質権設定が被保険者の同意がなかったとして無効となっていて、平成 23 年 3 月、保険契約者 A 社が、当社の知らない間に質権を設定していたはずの申立契約を解約してしまった。質権者である当社に何の連絡、確認もなく解約手続きに応じたことにつき納得できないので、損害賠償として死亡保険金相当額を支払ってほしい。

<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出来ない。

- (1) 申立人の質権設定承認通知書には、質権設定に対する被保険者の同意がなく、保険法 47 条により、質権設定は無効である。
- (2) 質権設定につき、営業担当者が適切でない回答をしたが、その回答により質権が有効となるものではない。

- (3) 申立契約の契約者に対して債権を有していたのは申立人の顧問であり、申立人が債権者であるとは言えないため、もともと質権者であることに疑問がある。
- (4) 保険事故も生じていないのに、死亡保険金額を支払わなければならない根拠が全くない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張は、法的根拠を営業担当者の不法行為（民法 709 条）に基づく相手方会社の使用者責任（民法 715 条 1 項本文）を追及するものであると解し、申立書、答弁書等の書面にもとづき審理した。

審理の結果、使用者責任が成立するためには、営業担当者に民法 709 条に基づく不法行為責任が成立する必要があるが、下記のとおり、不法行為が成立しているとは言えないため、本件申立内容は認められず、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(1) 営業担当者の不法行為責任について

保険法 47 条によれば、保険事故の発生前における保険契約に基づく死亡保険金請求権を目的とする質権の設定は、被保険者の同意がなければ、その効力を生じないと規定されており、本件質権設定については、被保険者の同意が得られていないため、当初からその効力を生じておらず、このことは、営業担当者が申立人に対して、質権設定が完了した旨の誤回答をしたことにより左右されない。

本件質権が有効に成立していない以上、営業担当者の誤回答が申立人の質権を侵害した事実は認められず、不法行為は成立しない。

(2) 「期待権」侵害を理由とする不法行為の成立について

上記(1)の質権侵害による不法行為が成立しないとしても、営業担当者の誤回答により、本件質権が成立したとも信じたという、申立人の、いわば「期待権」の侵害を理由とする不法行為が成立する余地があるかについては、「期待権」が「法律上保護される利益」（民法 709 条）に該当するか否か自体、疑問といわざるを得ない。

【参考】

保険法第 47 条

死亡保険契約に基づき保険給付を請求する権利の譲渡又は当該権利を目的とする質権の設定（保険事故が発生した後にされたものを除く。）は、被保険者の同意がなければ、その効力を生じない。

民法第 709 条

故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

民法第 715 条 1 項

ある事業のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。

[事案 23-44] 災害通院給付金支払請求

・平成 23 年 9 月 28 日 裁定終了

<事案の概要>

骨折による通院を理由として通院給付金を請求したところ、支払われなかったことを不服として申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成 22 年 1 月に、災害通院特約を付加した生存給付保険に加入した。自己の職場では労災が多発していたことをきっかけとした加入であり、契約の際には、募集人から「入院日額 2 万円、通院日額 1 万円」と何回も聞いて確認していた。しかし、平成 23 年 3 月に骨折の傷害で通院給付金の請求をしたところ、募集人の説明に反し、通院給付金が支払われなかったことに納得がいかない。

<保険会社の主張>

下記の理由から、申立人の災害通院給付金支払請求に応ずることはできない。

- (1) 申立契約の当時、災害通院特約は販売しておらず、申立契約には災害通院特約が付加されていない。
- (2) 申立人が申立契約を申し込む前および申込時に、募集人が災害通院特約を付加した契約であることを誤認させるような説明を行った事実は認められない。募集人は、紹介者から「入院保障だけでいい」と聞いていたために、入院特約のみを付加した提案書を提示し説明しており、通院日額についての発言はしていない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人は、災害通院特約が契約上成立している旨の主張をしているものと解釈し、申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、下記の理由により、本件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) 申立契約の特約として付加されているのは、災害入院特約（日額 2 万円）および手術給付金付疾病入院特約（日額 2 万円）のみである。そもそも申立契約の契約当時、災害通院特約は販売停止になっており、パンフレットや約款にもその記載がなく、申立人の主張する災害通院特約が法的に成立する余地はない。
- (2) 募集人が申立人に対して、「通院の場合は 1 日 1 万円」と説明したとの事実を裏付ける客観的な証拠はなく、そのような事実を認めることはできない。

[事案 23-47] 失効取消請求

・平成 23 年 8 月 31 日 裁定終了

<事案の概要>

保険料払込済みの保険契約について、契約者貸付の貸付限度額超過分の支払いがなかったことにより、契約が失効したことを不服として申立てがあったもの

<申立人の主張>

平成 2 年に定期保険特約付終身保険に加入し、平成 13 年に保険料の払込みが満了になっていた。同保険に加入してから契約者貸付を利用していたが、平成 22 年 1 月に契約者貸付の元利金合計額が解約返戻金額を超過したとして契約が失効した旨会社から通知を受けた。しかし、下記の理由により納得できない。貸付金を返済するので、失効を取り消してほしい。

- (1) 保険会社職員より、「保険料が支払われなかった場合には失効になるが、当該契約は保険料を支払済みなので失効になることはない…」との回答を受けている。
- (2) 平成 21 年 12 月、募集人が失効予告通知を持ってきた際、「保険に関しては妻に任せて

いるので、妻に連絡してほしい」と依頼したにもかかわらず、妻に連絡されなかった。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、本件失効は適法であるので、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1) 保険料払込済みであったとしても、契約者貸付元利金額が解約払戻金（契約貸付可能額）を上回り、期限までに返済がない場合には保険契約が失効することは、約款規定から明らかであり、申立人の主張は、契約者貸付を受けていた場合を前提としない保険会社への問合せに対する回答を根拠とするものであり、失当である。
- (2) 当社は申立人に対し、本件約款規定に基づく文書による通知はもとより、複数回の訪問を行って失効を回避するための返済の案内を行ってきており、申立人に対する情報提供は十分であり、その保護に欠けるところは一切ない。
- (3) 当社は、妻も同居する申立人宅を複数回にわたって訪問し、メモや文書を残しているもので、これをもって申立人はもちろん妻に対する連絡としても十分である。

＜裁定の概要＞

申立人の主張の法律的な根拠は明らかではないが、裁定審査会では、本件失効はその要件が欠けているので効力を生じない、と主張するものと解し、申立書、答弁書等の書面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ず、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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) 下記の事実により、相手方会社は、申立人に対し約款所定の「通知」をしており、さらに、担当者が申立人宅を複数回訪問し、契約者貸付金返済の勧奨をしているので、申立契約が失効となる要件が欠けていると認めることはできない。

- ① 申立契約の約款（保険契約者に対する貸付）には、保険料払込済みの契約について、主契約の解約返戻金額の 8 割の範囲内で貸付を受けることができるが、貸付金の元利合計額が解約返戻金額を超えたときは、保険契約者は会社所定の金額を払い込むことを要し、会社はその旨通知を発した日の翌月末日までに会社所定の金額が払込まれない場合には、期日の翌日から効力を失う旨規定されている。
 - ② 申立人は、20 回以上にわたって契約者貸付を受け、その元利金の合計額は、平成 21 年 10 月の時点で解約返戻金額を 1 万円余を超えた状態になった。
 - ③ 保険会社は、平成 21 年 10 月に「契約者貸付金返済のご案内」を特定記録郵便にて申立人に送付し、このままでは約款規定により失効となること、契約を有効に継続するためには、所定の期限（平成 21 年 12 月末日）までに、返済必要額以上の金額を返済するように勧奨をした。特定記録郵便であるから、上記通知書が申立人宅の郵便受箱に配達されたことは確実である。
 - ④ 保険会社担当者は、平成 21 年 11 月～12 月、少なくとも 4 回にわたり、契約者貸付金の返済を勧奨するために申立人宅を訪問したが、不在であったので、その趣旨を記したメモもしくは書面を置いてきた。
- (2) なお、保険会社の通知は、受領者（申立人）に到達することが必要であるが（民法 97 条 1 項）、「到達」とは、通知が受領者の勢力範囲内に入ること、すなわち、社会観念上、一般に了知しうべき客観的状态を生じたと認められることであり、郵便受箱に投入された

ときには、受領者が一身上の都合その他の理由で、これを了知しなくとも、到達となる（通説・判例）。

(3) 申立人は、その妻に申立契約に関する一切を委任していたと主張するが、仮にそれが真実であったとしても、保険会社の通知書、募集人のメモ・書面は、申立人と妻とが同居していた申立人宅に到達していたのだから、保険会社は、申立人に対してはもちろん、同時にその妻に対しても通知したものと解される。

[事案 23-53] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 9 月 28 日 裁定終了

<事案の概要>

6 年前に募集人から勧められ変額個人年金に加入したが、虚偽説明あるいは重要事項の説明がなかったため意図した保険でなかったとして、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 17 年 11 月、手持ちの現金を保険会社に預けて、2～3 年後に現金化しようと考え、知合いの募集人に相談したところ、募集人から当該保険商品を勧められた。そこで、銀行に預けるのと同じ感覚で保険会社に預けることとし、保険料一時払の変額個人年金に加入した。

しかし、翌年 1 月頃に「四半期運用実績のお知らせ」が届き、運用実績や解約返戻金額を確認したところ、解約返戻金が元本割れになっていることを知った。勧誘時において、下記のとおり、虚偽の説明、重要事項の不告知があったため、意図していたものとは違う保険商品であったのだから、一時払保険料(2,000 万円)を返還して欲しい。

- (1) 「運用商品、変額商品であること」「保険料がどのように運用されるか」「元本が割れる可能性」「危険性」「解約した場合の控除」について説明を受けていなかった。
- (2) 預けるお金は、銀行の定期預金のようなイメージで、2～3 年後には用途があり、その間の預け入れであることを告げていた。
- (3) 年金受取の説明を受けたが、2～3 年後の現金化を予定していたので、そういった必要性はないことを告げていた。
- (4) 勧誘した募集人が、商品説明が不十分であったことを認めていた。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の主張するような虚偽の説明、重要事項の不告知は認められないため、申立人の請求には応じることはできない。

- (1) 平成 17 年 8 月頃にパンフレットと設計書を交付して説明を行い、同年 11 月の契約時にもパンフレットと設計書を交付して説明を行った。
- (2) 平成 17 年 11 月の契約申込時に、「重要事項のお知らせ／ご契約のしおり／約款」「特別勘定のしおり」を交付して説明し、申込書裏面の「重要事項に関する確認書」を説明して申込書を受け申込書控えを交付した。
- (3) 2～3 年後には用途があるということ、年金受取の必要性はないということは聞いていない。
- (4) 募集人は虚偽説明を認めていない。

<裁定の概要>

申立人の主張の法律的な根拠は必ずしも明らかではないが、裁定審査会では、説明義務違反を理由として消費者契約法4条1項（不実告知）・2項（断定的判断の提供）による取消、あるいは民法95条の錯誤による無効を主張するものと判断し、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いて審理した。

その結果、下記のとおり、申立内容を認めることができないことから、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「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. 説明義務違反について

下記のとおり、申立契約の締結にあたって、募集人が重要事実について事実と異なることを告げたり、将来において受け取るべき金額について断定的判断を提供したとは認められず、相手方会社の説明義務違反を認定することはできないことから、消費者契約法に基づく取消しは認められない。

- (1) 一般に、商品内容について全く説明を受けず、契約内容も了知しないまま、保険料として2000万円もの現金を用意し、あるいは募集人にこれを送金させるということは通常考えられず、事前に相応の説明があったと推認することが妥当である。また、申立人および募集人のそれぞれの事情聴取の結果によっても、募集人は事前にパンフレット等を交付して説明したものと推認できる。
- (2) 申立契約に関する「申込書兼告知書」には申立人の自署による署名押印があり、「年金種類」の欄には「確定年金」にチェック印があり、「年金支払開始年齢」は85歳、「年金支払期間または保証期間」の欄には5年と申立人の自書で記載されていることから、申立人が契約当時、少なくとも申立契約が年金保険であることを認識していたことが強く推認される。
- (3) 上記「申込書」の裏面には「重要事項に関する確認書」として、「1 変額個人年金保険Ⅰ型の資産は、特別勘定への繰入日から年金支払開始日の前日までは特別勘定において主に有価証券で運用され、その運用実績に応じて死亡給付金額・災害死亡給付金額・年金額及び解約返戻金額が変動し、その有価証券の価格や為替の変動等に伴う投資リスクは、保険契約者に帰属すること」と記載されており、募集人の事情聴取からも、申立契約がリスクを伴う商品であることの説明はなされていたと認められる。

2. 錯誤について

(1) 本件における申立人の錯誤の主張は、「本件契約が銀行預金のようなものであり、保険と思わず、いつでも解約でき、預け入れた金額は戻ってくると思った」というような契約の要素に錯誤があったというものだが、申込書およびパンフレットには保険であることが明記され、保険金の受取人の指定もあること、更に年金の種類や年金開始時年齢等に自ら記載し、「重要事項に関する確認書」に署名していること等に鑑みれば、錯誤が存在するとの主張自体認められない。

(2) 仮に錯誤があったとしても、申立人が事前に交付されたパンフレットや申込書や申込みに際して交付された文書を全く読まず、かつ募集人の説明を聞いていなかったことなどから、申立人は錯誤をするに重大な過失があると評価できる。

よって、民法95条ただし書きにより、申立人から本件契約が無効であることを主張することはできない。

[事案 23-60] 既払込保険料返還請求

・平成 23 年 8 月 31 日 裁定終了

<事案の概要>

告知義務違反により契約を解除されたが、募集人が不告知教唆等を行い不利益を受けたとして、別契約も併せてこれまでの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 20 年 3 月に終身保険(申立契約①)に加入、翌年 7 月に告知義務違反を理由に契約を解除されたが、以下の理由により、解除は不当なので、既払込保険料を返還してほしい。

また、その解除に納得できず、長年加入してきた契約者に対し不安不信を抱かせ解約を急がされたため、別の終身保険(申立契約②)も解約してしまった。全ての保険を喪失し不利益を被ったのだから、同契約の既払込保険料も返還してほしい。

- (1) 告知漏れとなった手術はレーザー治療であり、手術とは認識していなかった。
- (2) 入院はしてもしなくてもいいものであったため、入院とは思っていなかった。
- (3) 告知書作成時、目の病気でレーザー治療を行っていることを募集人に話したにもかかわらず、募集人はレーザー治療が手術と知っていて、告知書への記載の指示はなく、また 2 泊の入院は給付対象外だから大丈夫と言い契約させた。
- (4) 契約解除に納得がいかなかったため、別契約を解約したのだから、解約に瑕疵があった。

<保険会社の主張>

下記理由により、告知義務違反による契約解除は有効である。また、別契約の解約手続きは申立人の意思により本人が手続きをしたものなので、解約は有効である。そもそも、募集事情に特段の問題はなく、いずれの契約にも無効・取消事由はないため、既払込保険料を返還することはできない。

- (1) 告知は平成 20 年 2 月であるが、申立人は、その過去 2 年以内に 3 回の手術および 1 回の入院をしていることが平成 21 年 6 月に判明した。これらの手術、入院は、本契約の告知項目のうち「過去 2 年以内に、入院または手術をしたことがある」に該当するものだが、告知時に告知されていなかった。
- (2) 手術はレーザーだけではなく、平成 19 年 11 月の手術は水晶体再建術であったこともあり、通常の注意をもって確認すれば、告知漏れにはならなかった。

<裁定の概要>

裁定審査会では、告知義務違反による契約解除の違法性を主張し、不法行為に基づく既払保険料相当額の損害賠償を主張するものと解し、告知義務違反による本件解除の違法性について、申立書、答弁書等の書面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ず、指定(外国)生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 37 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. 申立人の請求(既払込保険料の返還請求)の法的根拠について

下記理由により、既払込保険料の返還請求については審理の対象とせず、告知義務違反による本件解除の違法性を検討する。

- (1) 申立人が既払込保険料の返還を求める法的根拠は、よく理解することができない。

申立書の内容の大部分は、申立契約 1 につき相手方会社になした告知義務違反を理由と

する解除の不当性の主張に割かれているが、もし解除が無効であるならば、保険契約は存続していることになり、既払保険料の返還を求める理由にはならない。

- (2) 申立書では、「なすすべも無くすべての保険を喪失し顧客に不利益を与えた」との記載が見られるので、告知義務違反による解除の違法性を主張し、不法行為に基づく既払保険料相当額の損害賠償を求める趣旨と解せないこともない。

2. 告知義務違反による申立契約1の解除について

下記のとおり、解除には何ら違法性は認められないため、申立人の請求は認められない。

- (1) 申立人は、告知日から遡って2年以内に眼科病院に入院し、右眼の水晶体再建術を受けているが、申立人は、告知書において、「過去2年以内に、入院または手術をしたことがありますか。」との質問に対し、「いいえ」に○印を付け、自署・捺印している。
- (2) 上記手術・入院は、告知日の約3カ月前の出来事であるため、申立人には、故意または重大な過失による告知義務違反が存在すると言わざるを得ない。
- (3) 申立人は、レーザー治療は手術とは認識できなかったと主張するが、「主治医確認報告書」によると、主治医は、「申立人に、右眼を再建術することは説明し、手術という言葉も使って説明している、当然本人も手術するという理解はしているし、認識はあったものと思う」と回答しており、申立人の主張を首肯することはできない。

[事案 23-61] 保険契約成立確認請求案件

・平成23年8月31日 裁定終了

<事案の概要>

申立人の請求を棄却する判決が確定した後、保険会社との協議において、遡って契約内容を変更する合意が成立したとして、合意した内容の保険契約が有効に存在しているとして申立てがあったもの。

<申立人の主張>

保険会社との間で締結した保険契約（平成19年に失効）に関して、同20年12月に当該保険会社を被告として、終身死亡保険金の支払い等求め訴訟を提起したが、同22年7月に最高裁で上告棄却及び上告不受理決定を受けた。

しかし、その後、以下のとおり、当該保険会社と平成14年5月に遡って契約内容を変更することで合意していたが、合意内容による対応を保険会社から拒否された。合意した内容の保険契約が、有効に存在していることを確認してほしい。

- (1) 平成22年8月、妻とともに保険会社の支社を訪れ話し合った結果、同14年5月に遡って保険契約を成立させる旨を口頭で合意した。
- (2) 保険会社は、私と妻に対し、合意内容に基づいて保険金を支払うことを前提に未請求であった入院給付金を請求するのに必要な診断書の提出を求めたため、平成22年10月に提出した。
- (3) 平成22年11月、支社担当者が訪問し、合意内容を記載した書面を手渡し、「この内容で契約が成立しました」、「本社もこの内容で快く理解して、承諾しました」と述べた。

<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) 申立人に手渡した上記(3)の書面は、申立人の要望を整理するために当社職員が作成し

- たものであり、当社からの提案内容（合意内容）を記載したものではない。
- (2) 申立人に提出を求めた診断書は、保険契約が失効する以前の入院について入院給付金を支払うために提出されたものである。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面に基づいて審理した結果、下記により、申立人の請求を棄却する判決が確定した後に、申立人と相手方会社との協議において、平成 14 年 5 月に遡って契約内容を変更する合意が成立したと認めるに足りる証拠は存在せず、合意した内容の保険契約が有効に存在しているとは認められないことから、申立内容は認められず、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、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続を終了した。

1. 判断の対象について

申立人の主張は、最高裁判決の確定後、別途保険契約の内容について当事者間で合意が成立したことにより、合意した内容の保険契約が有効に存在しているというものであり、すでに確定した判決内容については、裁定審査会の判断の対象とはならない。

2. 合意内容及び内容を図示した書面について

- (1) 合意内容が記載されていると申立人が主張する書面には、合意文書であることを示す文書の表題や、当事者である申立人と相手方会社双方の記名も押印もなく、この内容で両者が合意するとの文言やその旨を窺わせる文言は、一切記載されていない。
- (2) 申立人と保険会社との間で、契約内容の変更の合意が認められるためには、合意する旨が明記された文書等明確な意思の合致を推認させる証拠が必要であり、申立人の提出する書面のみでは、いまだ確定的な契約内容についての意思の合致を認めることはできないことから、当事者間に申立人が主張する内容の合意が成立したとは認められない。

3. 合意に至る事情など

- (1) 当事者らが合意に至る動機について考えると、保険会社において、申立人の請求が棄却された判決が確定した後に、契約内容を変更してなお申立契約の存続を提案する理由は考えにくく、申立人が合意内容が記載されたと主張する書面は、保険会社担当者が本社の判断を仰ぐにあたり申立人の申出内容を書面化したものとする説明には合理性がある。
- (2) これに対し、申立人は、保険会社が申立人と妻に対し、合意内容が記載された書面に基づいて保険金を支払うことを前提に診断書の提出を求め、平成 22 年 10 月に提出したと主張するが、保険会社が契約の締結にあたって診断書の提出を求めることは通常ないことから、この診断書は、本件保険契約の失効以前の入院について入院給付金を請求するためのものであると推認するのが合理的であり、保険会社のこの行為をもって合意成立の根拠とすることはできない。

〔事案 23-65〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成 23 年 8 月 31 日 裁定打切り

＜事案の概要＞

申立人が全く関与しないまま無断で契約が締結されていたとして、契約の無効と払い込

んだ保険料の返還を求め申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成 12 年 11 月に医療保険に加入したことになっているが、生命保険契約申込書、告知書等の契約申込書類の保険契約者欄に署名したことはなく、いずれも妻が募集人により署名させられたものである。また、妻の契約について同意を与えたことはない。申立契約は、自分の意思に基づかず妻が無断で契約されたものであって、契約は無効であるから払い込んだ保険料を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

下記理由により、契約を無効として払い込んだ保険料を返還して欲しいという請求に応ずることはできない。

- (1) 申立契約の申込手続きは申立人が行っており、申立人が関与している。
- (2) 申込手続きは申立人が申込書に自署した上で行っており、同意されている。

<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たが、下記のとおり、本件で提出された資料の範囲では前提事実の確認ができず、本件についての審理・判断をすることができないので、指定（外国）生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第 32 条第 1 項 4 号により、裁定打切り通知にて理由を明らかにして、裁定手続きを打ち切ることとした。

- (1) 申立人の本件申立てが認められるか否かは、申立人が申立契約の加入に同意していたかどうかにかかってくる。これらの事実については、申立人の妻および募集人の説明、場合によっては筆跡鑑定等に基づき、慎重な審理・判断が必要となる。
- (2) しかし、本件では契約から既に 10 年以上が経過していること、裁判外紛争解決機関である当審査会には、証人尋問の実施や第三者に記録の提出を求める権限はなく、専門家による鑑定を囑託する手続も存在しないことから、当審査会において事実関係を明らかにすることは困難である。本件については、当審査会において判断するよりも裁判所における訴訟手続に従うことが妥当であり、厳密な証拠調べ手続をもたない当審査会において裁定を行うには適当でない。

[事案 23-72] 重度障害保険金支払請求

・平成 23 年 9 月 28 日 裁定終了

<事案の概要>

ペースメーカーの埋込み手術を受けたにもかかわらず、重度障害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>

被保険者である代表者が、洞不全症候群と診断され入院し、入院後も頻回に洞停止とめまいを覚えたことから、ペースメーカー埋込み手術を受けた。そこで、平成 18 年 8 月、保険契約（同 12 年加入）にもとづき重度障害保険金の支払いを請求したところ、重度障害保障定期特約が付加されていないため、重度障害保険金は支払えないとの回答があった。

しかし、下記理由により納得できないので、①重度障害保険金を支払うか、②支払いができない場合には、契約を無効とし既払込保険料を返還してほしい。

- (1) 加入時、募集人から、重度障害保障定期特約も付加されている旨説明を受けた。
- (2) 保険契約申込書の受取人欄に「主契約及び付加した給付特約の高度障害保険金・高度障害年金・重大疾病保険金・重度障害保険金・各給付金の受取人を保険契約者様とします。」と記載されていることから、それらの保障を受けられるものと思って加入した。保険証券にも同様の記載があり、申込時の募集人の説明と同じことを確認した。

<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) 当時の募集人(退職済)に確認したところ、「重度障害保障定期特約が付加されている旨説明を行った記憶はない」との証言を得ており、当社担当者が「重度障害保障定期特約が付加されている」旨説明を行った事実はない。
- (2) 申込書や保険証券の受取人欄に記載の「主契約及び付加した給付特約の高度障害保険金・高度障害年金・重大疾病保険金・重度障害保険金・各給付金の受取人を保険契約者様とします。」の文言は、各種特約が付加されている場合の受取人が保険契約者であることを表示している不動文字にすぎず、かかる表示の存在が各種特約が保険契約に付加されていることを証するものではない。

<裁定の概要>

申立人の主張の法律的根拠は必ずしも明らかではないが、裁定審査会では、①重度障害保障定期特約に基づく重度障害保険金の支払い、②錯誤による無効(民法95条)と解し、申立書、答弁書等の書面に基づいて審理した。

審理の結果、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、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、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続を終了した。

1. 契約内容について(重度障害保障定期特約の付加の有無について)

(1) 申込書および保険証券等の記載について

①原則として、保険契約の内容は、申込書、契約書の記載により認定されるが、申立契約における具体的な特約の内容は、申立契約の申込書の「お申し込みの契約内容」の欄に、「入院特約 日額 10000 円」及び「通院特約 日額 3000 円」であることが明白に記載されており、その他の特約は記載されていない。保険証券の裏面にも、「給付特約」の欄に「入院特約 単位入院給付金額 10000 円」、「通院特約 単位通院給付金額 3000 円」とあり、上記入院特約と通院特約以外の特約は記載されていないことから、申立契約に重度障害保障定期特約が付加されていると認定することはできない。

②この点につき、申立人は、申立契約の申込書および保険証券の裏面にはそれぞれ、「主契約及び付加した給付特約の高度障害保険金・高度障害年金・重大疾病保険金・重度障害保険金・各給付金の受取人を保険契約者様とします」との印字があるから、申立契約上、重度障害保障定期特約が付加されていたものと認めるべきであると主張するが、このような文言は当該用紙を広く同種の契約に用いるために印字されているものであり、契約内容を規定するものではないことは、当該契約の特約欄が別に設けられていること等の体裁等から明らかであり、申立人の主張を認めることはできない。

(2) 申立契約締結時の説明について

申立契約の申込書及び保険証券には、申立契約における給付特約の内容が「入院特約 日額 10000 円」および「通院特約 日額 3000 円」のみであることが明白に記載されており、これらの記載は申立人が申込時に読んでいることが強く推認され、後日これらの書類を一見すれば明白に虚偽と分かるような説明を募集人が行ったと考えることは困難である。したがって、募集人から申立契約の締結時に重度障害保障定期特約が付加されているとの説明があったと認めることはできない。

2. 錯誤無効について（民法 95 条）

本件においては、申込書と保険証券の記載が明確であることから、錯誤の存在を認めることは困難であるが、仮に、申立人が申立契約に重度障害保障定期特約が付加されていると誤信したとしても、申立契約の申込書および保険証券には、申立契約における給付特約の内容が入院特約および通院特約のみであることが明白に記載されていることから、これらの点について、錯誤に陥ったことに関して、申立人には重大な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（民法 95 条ただし書き）。

[事案23-76] 契約無効確認請求

・平成23年9月21日 裁定打切り

<事案の概要>

契約時に、高額な生命保険契約に加入すれば保険会社からの融資が受けられるなどの虚偽の説明を受けたことを理由に、既払込保険料と解約払戻金との差額の支払いを求めて、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年11月、募集人から高額な生命保険契約に加入すれば保険会社からの融資が受けられるなどの説明を受け、保険加入を強要され、高額な定期保険に加入したが、実際には融資を受けられなかったため解約した。既払込保険料と解約払戻金との差額を賠償してほしい。

<保険会社の主張>

募集人が、保険加入を条件に保険会社から融資を受けられると説明した事実はなく、以下のとおり、申立人の請求に応じることはできない。

- (1) 申立人と募集者は異業種交流会へ参加したことで知り合ったものであり、保険募集業務と関連の無い、募集者の個人的な活動である。
- (2) 募集者に、相手方が行う融資に関する権限が無いことは明らかであり、融資を受けられると申立人が誤信した事実は認められないし、名刺や肩書から融資決定権限を有する者と窺われるような事実は見当たらない。
- (3) 申立人の事業への協力の一環として、人の紹介や応援をするという程度の話であり、保険に加入すれば融資を行うとの約束をしたという事実は存在しない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を、募集人の詐欺による損害について、保険会社に使用者責任（民法715条1項）を求めるものと解し、申立人および相手方会社から提出された書面の内容にもとづき審理した。

本件の争点は、高額な生命保険契約に加入すれば保険会社からの融資が受けられるなどの

説明の有無にあり、かかる説明がなされ契約に至ったのであれば、募集人の行為は詐欺による不法行為に該当するものといえ、申立人から提出された、第三者作成の、本件説明の存在を認める旨が記載された「証言書」によれば詐欺行為の存在が窺がえるが、本件説明による詐欺は、犯罪行為（刑法246条1項）に該当する可能性が高く、これを認定するには慎重を期す必要がある。

本件では、募集人の所在が不明とのことで裁定手続における事情聴取は困難である一方、本件の判断には、申立人のみならず、募集人、および上記「証言書」の作成者に対して、反対当事者の反対尋問を認めたうえでの厳格な取り調べが必要となるところ、当審査会には、かかる厳密な証拠調手続を有していないため、裁判所における訴訟手続によることが適当であると判断し、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、裁定手続を打ち切ることとした。

(3) 申立不受理事案の概要

平成 23 年度第 2 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 23-102] 契約存在確認請求

・平成 23 年 8 月 31 日 不受理決定

<事案の概要>

昭和 52 年頃、相手方会社との間で生命保険契約を締結したが、会社は昭和 57 年 4 月に契約申込書を偽造し、既に参加していた契約を消滅させ、不当に本件契約を成立させた。この事実を保険会社に確認すると、昭和 57 年 4 月以前の契約が存在していれば会社のコンピューター等にその記録がないはずがなく、記録がないのは契約が存在していないからと言う。

上記の保険会社の行為は保険業法違反であり、昭和 52 年から同 57 年までに生命保険契約が存在していたことの確認を求める。

<不受理の理由>

裁定審査会では、申立内容の適格性について審査を行った結果、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(9)に基づき、申立てを不受理とした。

- (1) 裁定審査会は、保険契約者等の保険契約上の法律上の権利を保護する為の機関であり、申立に当たっては、具体的な権利の存在を主張しなければならないところ、申立人の請求は、「契約関係の存在の確認」を求めるというものであり、具体的に確認を求める契約の特定がなされていないことから、確認をする対象が不明であり、申立てに対する判断をすることはできない。
- (2) 申立ての契約は、「昭和 52 年から同 57 年まで」契約が存在していたと記載されていることから、既に消滅した契約であると推定されるが、過去の契約関係であっても、確認を求める利益（法的利益）が存在するならば、審査の対象となることもあり得るものの、申立書の記載ではこの確認の利益が不明である。

[事案 23-121] 保険料支払方法変更等請求

・平成 23 年 9 月 22 日 不受理決定

<事案の概要>

4 年ほど前、医療保険(申立契約)に参加しようとしたが、平成 19 年 6 月から 8 月にかけて営業担当者の不手際により契約手続きが滞り、実際の契約手続きが行われたのは、同年 12 月になってしまった。その際、年掛けの時期について、保険会社の支社職員からは「本社とかけあわなければならない」と告げられ、保留にされた。その後も、年掛けへの変更の希望を伝えてきたが、保険会社は一切応対・気配りをしてくれず、月払いから年払いの変更がされないままとなっている。

保険会社に対し、平成 19 年以降継続して苦情申出をしてきているが、下記事項を要求したい。

- ① 申立契約につき、過去に遡って（第 1 希望は平成 19 年 7 月、第 2 希望は同 20 年 1 月、

- 第3希望は同21年1月に遡って)保険料払込方法を年払いに変更すること(請求1)
- ②申立案件に関する相手方の弁護士費用を開示すること(請求2)
- ③申立人に担当保険募集人を付けない理由を明らかにすること(請求3)
- ④申立人との間で新規保険契約の締結に応じないことの理由を明らかにすること(請求4)
- ⑤申立人に関する苦情データ全てを開示すること(請求5)
- ⑥申立人の被った精神的苦痛に対する謝罪と慰謝料を支払うこと(請求6)

<不受理の理由>

裁定審査会では、申立内容の適格性について審査を行った結果、以下のとおり、請求1のうちの第1希望については、「過去に裁定審査会において判断が示された申立内容」に該当し、また、それ以外の請求については、いずれも「申立ての内容が、その性質上裁定を行うに適當でない」と認められるときに該当することから、指定(外国)生命保険業務紛争解決機関「業務規程」第24条第1項(7)(9)に基づき、不受理とした。

(1)請求1について

- ①第1希望の請求は、申立人から平成21年2月付「裁定申立書」により申立てのなされた請求と同一内容であり、当裁定審査会は、同年4月付「裁定申立不受理の通知」によって不受理の判断を示している。したがって、第1希望の請求については、当裁定審査会において改めて審理する必要性(利益)は認められない。
- ②第2希望および第3希望の請求については、「保険料払込方法(回数)」を「年12回」、「保険料払込期月」を「毎月」とする申立契約が成立しており、申立人は、現在に至るまで、それに従って申立契約に係る保険料を支払い続けてきた。申立書に記載されている理由を読んでも、これを過去に遡って年払いへと変更すべき法的根拠を見出すことはできない。

(2)請求2～5について

請求2(弁護士費用の開示請求)および請求5(苦情データの開示請求)については、その法的根拠を見出すことはできない。また、いずれも相手方会社の経営管理にかかわる情報であり、その性質上、裁定を行うことは適當でもない。

請求3(担当保険募集人を付けないことの理由の開示請求)および請求4(新規保険契約の締結に応じないことの理由の開示請求)についても、その法的根拠を見出すことはできない。また、いずれも相手方会社の経営方針にかかわる内容であり、その性質上、裁定を行うことは適當でない。

(3)請求6について

請求6については、申立書に記載されている理由を読んでも、慰謝料発生原因となる相手方会社の不法行為は見出すことはできない(慰謝料は不法行為に基づく損害賠償であるから、相手方会社に不法行為がなければ発生しない)。また、事実認定が著しく困難であるため、その性質上、裁定を行うことは適當でない。

[事案 23-122] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成23年9月22日 不受理決定

<事案の概要>

平成22年、脳卒中を患い約4カ月入院したので、昭和52年に加入していた保険に付加し

ていた特約(B)にもとづいて入院給付金を請求した。手元に保管していた設計書により、入院特約(C)の日額 9,000 円が支払われると思っていたのに、保険会社は、体況査定により特別条件付契約として成立し、設計書に記載された入院特約(C)は成立せず、入院特約(B)での契約となっていたため、月額 1,800 円の入院給付金しか支払えないと言われた。

しかし、設計書と異なる内容で契約した記憶はないため、設計書と異なる内容での保険加入に合意したことの分かる契約申込書等の開示を求めたが、保険会社は開示してくれない。

保険証券記載の保障内容が、設計書記載の保障内容と異なる内容で作成されているため、(保険証券記載の) 保険契約は無効である。既に払い込んだ保険料を返還するか、または、設計書記載の保障内容による保険契約が成立していることを認め、その内容に基づく月額 9000 円の入院給付金を支払ってほしい。

<不受理の理由>

本件申立ては、主位的には、保険証券記載の保障内容が設計書記載の保障内容と異なる内容で作成されているから、(保険証券記載の) 保険契約は無効であるとして、既払保険料の返還を求め、予備的には、相手方会社との間では設計書記載の保障内容による保険契約が成立しているとして、その内容に基づく入院給付金の支払を求めるものであるが、裁定審査会では、申立内容の適格性について慎重に検討した結果、以下の理由により、本件申立ての内容は、その性質上裁定審査会が裁定を行うのに適当でないと認められるので、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(9)に基づき、不受理とした。

- (1) 本件申立ての当否の判断に際しては、契約手続の経緯についての事実認定が極めて重要となる。しかし、既に契約日(昭和 52 年)から 34 年近くが経過しており、事実認定が極めて困難な作業であることを考慮すると、厳密な証拠調手続をもたない当裁定審査会においてこの作業を行うことはその限界を超える。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り解決を図ることが適切である。
- (2) 本件申立ては、契約者(被保険者)の代理人である息子からなされている。その理由として、契約者は平成 23 年 5 月に脳梗塞を患った結果、歩行不自由に加えて「意識ははっきりしているものの、物事に対する理解力が低下しているようで、家族の話がよく理解できないことがある(以下略)」としている。
- (3) 代理人委任契約も法律行為である以上、委任者(契約者)に十分な理解力と判断能力が存在していることが必要だが、果たして、契約者にそれが存在しているものか、当裁定審査会としては判断できない。また、仮に契約者に十分な理解力と判断能力が存在しているとしても、事情聴取において 34 年前の事実を供述することができるかは疑問である。

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
	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
	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
	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