

相談所リポート

No.77

〈平成17年度(年度版)〉

社団法人 生命保険協会

生命保険相談所

目 次

	頁
はじめに	
1. 適切な保険金等の支払管理態勢の確立のための取組みについて	1
2. 平成17年度の生命保険相談所受付状況	2
(1) 四半期別受付件数	3
(2) 受付場所別件数	3
(3) 相談所認知経路別件数	4
(4) 経路別受付件数	4
(5) 相談時間別件数	4
3. 一般相談受付状況	5
(1) 一般相談項目別受付件数	5
(2) 主な相談事例	6
4. 苦情受付状況	8
(1) 苦情項目別受付件数	9
(2) 具体的苦情内容	9
(3) 苦情発生原因別項目別受付件数	12
(4) その他の主な苦情事例	13
5. 生命保険相談所における苦情解決支援	14
生命保険会社あて依頼を行った苦情の解決状況	14
(1) 本部相談所における取扱い	14
(2) 地方連絡所における取扱い	15
6. 裁定審査会における紛争解決支援	16
(1) 裁定申立受理件数について	16
(2) 裁定の概要について	18
7. 裁定諮問委員会の活動について	36
生命保険相談所・地方連絡所一覧	
生命保険各社相談窓口一覧（50音順）	

はじめに

生命保険協会では、生命保険相談所および地方連絡所（53ヵ所）を設置し、保険契約者等から寄せられた相談・質問・苦情・紛争に対応しています。

本レポートは、平成17年度に生命保険相談所（地方連絡所を含む）が受け付けた相談・苦情等について分析し、解説しています。

生命保険相談所では、簡易・迅速で、かつ中立性・公正性の高い裁判外紛争解決支援制度として、裁定審査会を運営しており、その活動についても掲載しています。

1. 適切な保険金等の支払管理態勢の確立のための取組みについて

生命保険協会では平成17年10月28日付金融庁監督局長名で要請のあった「保険金等の不払いに関する紛争処理機能の強化のための協会における方策」の検討を行い、「保険金等の支払を適切に行うための対応に関する業界自主ガイドライン」の作成をはじめ、生命保険相談所に関しては「苦情・相談対応体制の強化」ならびに「紛争処理機能の強化」について平成18年1月27日の理事会において以下のとおり決定した。

(1) 苦情・相談対応体制の強化について

① 経営層による苦情対応の強化

個別会社の苦情発生状況を考慮し、特に必要と認めた場合は当該会社の経営層に対し、直接注意喚起（改善勧告）を行う。（相談所規程の改訂）

② 苦情関連情報提供の迅速化

年2回発行している「相談所レポート」に加え、四半期毎に苦情関連情報として「ボイス・レポート」を発行し、各社経営層に対し直接報告する。なお、「ボイス・レポート」は業界全体版と個社別版を作成する。

③ 苦情関連情報の集約化・分析等を効率的に行うための体制整備

協会各部門で把握した苦情等の集約化および原因分析、各社との共有化・取組み方策等の情報交換を効率的に行うため、協会事務局内に「消費者の声」事務局を設置する。

(2) 裁定審査会等の機能強化について

① 弁護士委員、消費者委員を1名ずつ増員し7名体制とする。

② これまでも行っていた医師の助言を受けることについて、専門機関と提携することにより仕組みを制度化する。

③ 裁定審査会委員の中立性の明確化を図るため、生命保険会社の役職員は委員にならない旨を規程において明確化する。

④ 裁定手続きへの会社の参加義務を強化するため、合理的な理由（裁判・民事調停）のある場合を除き、裁定手続きへの参加を会社が拒否できないことを規程において明確化する。

⑤ 裁定結果の受入に係る強化を図るため、会社が裁定結果を尊重しない場合、裁定審査会の判断で当該会社名を公表することが出来るようにする。

- ⑥裁定審査会による改善勧告を可能とするため、相談所規程について所要の改定をする。
- ⑦裁定事案について相談所レポートだけでなく協会ホームページでのアクセスも可能となるよう閲覧方法を改善する。
- ⑧裁定審査会のさらなるPRを図るため、各社の顧客あて各種情報提供資料に掲載する。
- ⑨裁定審査会を含む生命保険相談所に対し助言を行う裁定諮問委員会委員の氏名を協会ホームページに公表する。

2. 平成17年度の生命保険相談所受付状況・・・・・・・・・・図表1参照

生命保険相談所（地方連絡所を含む）が平成17年度に受け付けた件数（一般相談と苦情の合計）は21,154件で、前年度より3,826件、22.1%の増加となった。

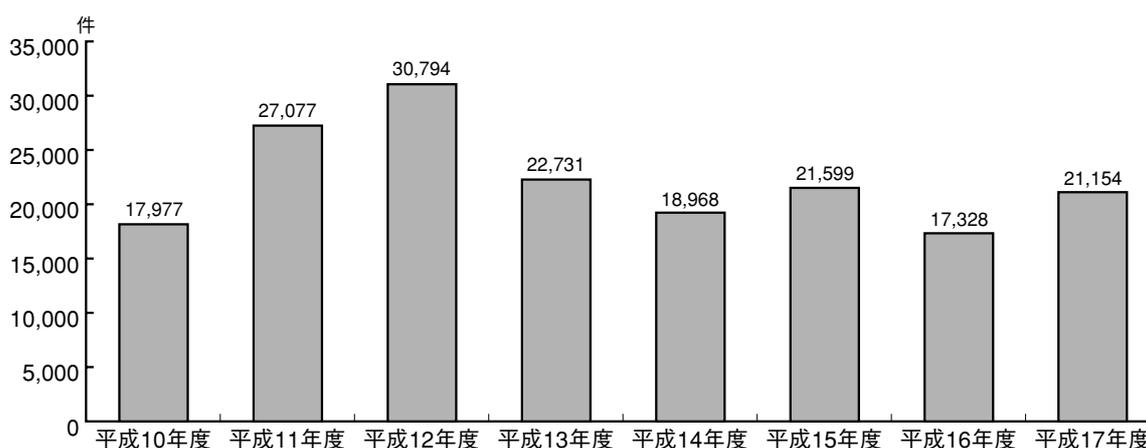
これは、平成17年2月に金融庁から個別会社に対し、募集時の説明状況、告知義務違反の内容を十分考慮せずに本来支払うべき死亡保険金を支払っていなかったことに対する行政処分が出され、続いて、7月に個別会社の給付金の不支払についての報道、10月には2度目の行政処分が金融庁から発表されたことから、保険金・給付金に関する相談・苦情が大幅に増加したことによる。

これを男女比で見ると、男性は9,771人（占率46.2%）、女性は11,383人（同53.8%）であり、男性の占率が大幅に上昇して過去最高の占率となり、ほぼ1：1に近い割合になりつつある。

苦情は6,898件で、前年度の1.59倍となっている。

苦情件数が大幅に増加したのは、平成17年度から一般相談と苦情の分類を変更し、受付時に不満足の説明があったものはすべて苦情に分類した（平成16年度には本部相談所で実施していた）ことも要因としてあるが、主に個別会社の行政処分についてマスコミ報道を通じて知った契約者等から過去の保険金・給付金不支払に関する苦情が多く寄せられたことによる。

（図表1）相談所受付件数の推移



(1) 四半期別受付件数・・・・・・・・・・図表2参照

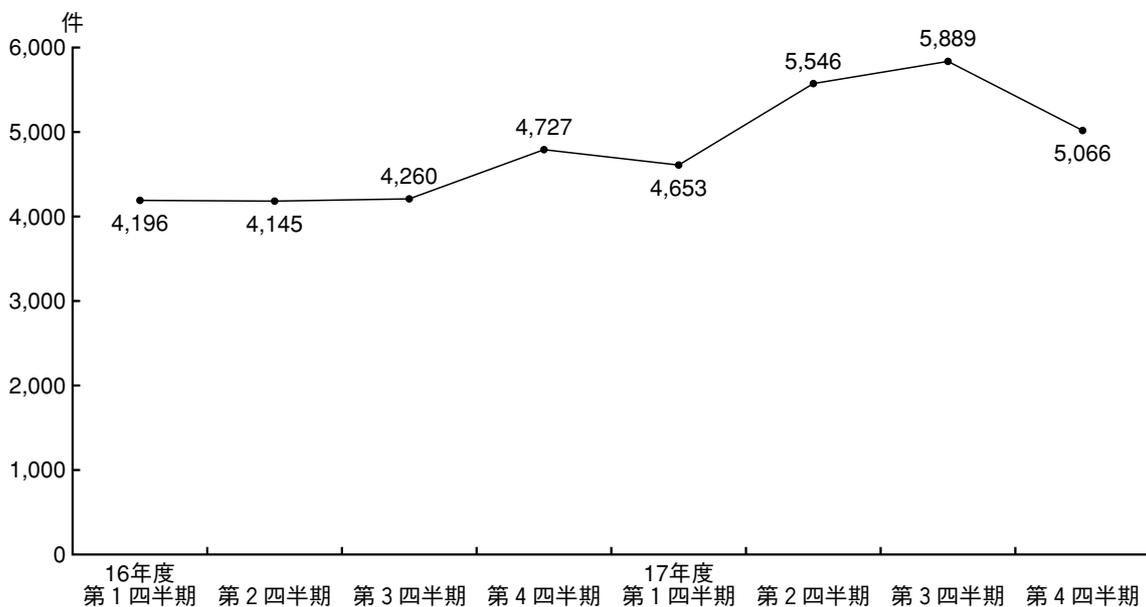
平成16年度は、第1四半期から第3四半期まで落ち着いた水準で推移した。

第4四半期には、死亡保険金の不支払に対する個別会社への行政処分に関する17年2月のマスコミ報道を通じて知った契約者等から、保険金・給付金や診査・告知に関する申し出が多くあったため件数が増加し、平成17年度の第1四半期も同様に高水準で推移した。

7月に2度目の保険金・給付金不支払問題が表面化し、第2四半期は報道を通じて知った契約者等からの申出件数がさらに増加、10月には2度目の行政処分が発表され、第3四半期は最も件数が多くなった。

第4四半期に入って、やや落ち着きを見せてきたが、引続き高水準で推移している。

(図表2) 四半期別受付件数

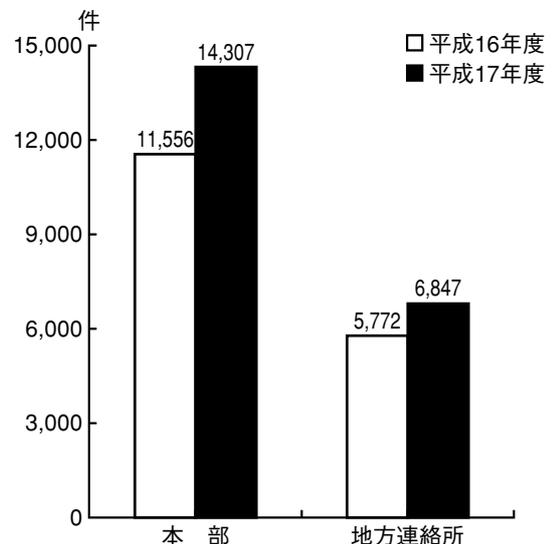


(2) 受付場所別件数・・・・・・・・・・図表3参照

生命保険相談所では、本部協会だけでなく、全国各地に53カ所の連絡所を設置している。

本部と地方連絡所の受付件数占率をみると、本部は67.6%（前年度66.7%）、地方連絡所は32.4%（同33.3%）と、ほぼ前年度と同様の状況であるが、本部の占率が少し上昇している。

(図表3) 受付場所別件数



(3) 相談所認知経路別件数（判明分のみ）・・・・・・・・・・図表 4 参照

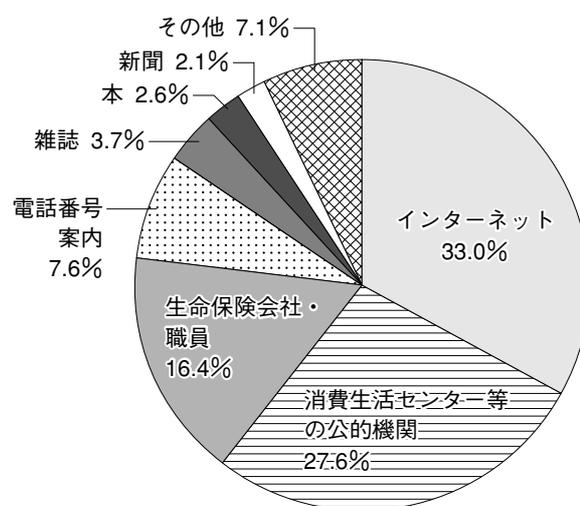
本部の受付件数を認知経路別にみると、「インターネット」が4,524件で判明分13,702件の33.0%となり、前年度の30.8%からさらに占率を上昇させている。

第2位は「消費生活センター等の公的機関」で3,784件、27.6%となり、前年同期より4.3ポイントの上昇となった。金融庁が17年7月に設置した「金融サービス利用者相談室」から紹介されてくるケースも多い。

上位2つの経路で全体の6割を占めている。

第3位は「生命保険会社・職員」で2,246件、16.4%、第4位は「電話番号案内（104）」で1,035件、7.6%と続いている。

（図表 4）相談所認知経路別件数占率



(4) 経路別受付件数

受付件数を経路別にみると、「電話」によるものが20,161件で、全体の95.3%と大半を占めている。

「訪問された方」は846件、4.0%、「文書」によるものは147件、0.7%となっており、傾向に大きな変化はないが、文書による申出件数は2.5倍となっている。

(5) 相談時間別件数

本部の受付件数を、相談時間別にみると、「5分以下」が6,889件で最も多く、全体の約半分にあたる48.2%（前年度48.0%）を占めている。

次いで「5分超10分以内」が4,081件で、28.5%（同25.3%）となり、10分以内の相談の占率が大きく上昇している。

「10分超20分以内」は2,014件で、14.1%（同15.7%）、「20分超30分以内」は690件で、4.8%（同5.9%）、対応時間が30分を超える相談は633件で、4.4%（同5.1%）と10分超の相談は前年度より占率が下降している。

同じような照会が多くあり、対応に要する時間が短くなったため、1件あたりの平均相談時間は9分26秒となり、前年同期（10分00秒）より34秒短くなった。

3. 一般相談受付状況

(1) 一般相談項目別受付件数・・・図表5、図表6参照

一般相談を項目（内容）別にみると、最も多いのは「保険金・給付金」で2,610件（占率18.3%）、保険金・給付金不支払に関する個別会社への行政処分やマスコミ報道の影響から、前年度の第2位から上昇し、占率も3.2ポイント上昇している。

内容としては、保険金・給付金の支払可否の照会や不支払となる場合の条件についての照会が多くあった。

第2位は、第1位から下降した「その他」であり、2,356件（同16.5%）となっている。

本部相談所に寄せられた相談の「その他」の内訳で多かったものは、生命保険相談所の機能等についての照会が405件、契約の有無に関する照会等が351件、業績統計等についての照会が153件となっている。

第3位は「加入・保険種類」で1,576件（同11.1%）であるが、前年度から順位を1つ上げ、医療保険・無選択型保険に関する照会や高齢者の方からの加入相談が多くあった。

第4位は前年度の第5位から上昇した「会社の内容等」で1,179件（同8.3%）であり、行政処分を受けた保険会社は破綻しないかという不安を訴える照会が増加するとともに、過去に破綻した保険会社に関する照会が依然として多い。

「保障の見直し」は1,158件（同8.1%）と大幅に減少し、前年度の第3位から第5位に下降し、占率も2.7ポイント下降している。

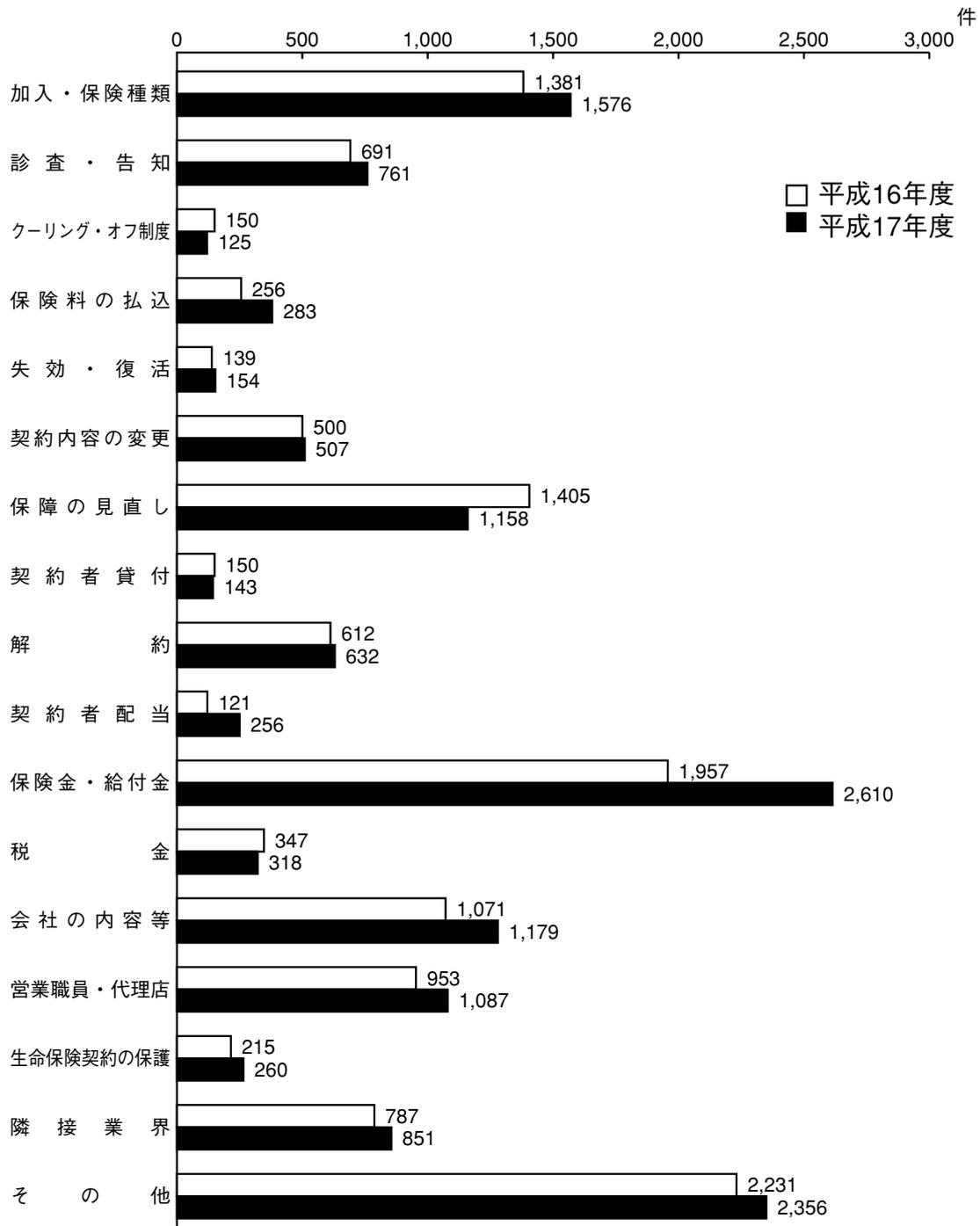
第6位以下で前年度より占率を大きく上昇させたのは、「契約者配当」であり、256件（同1.8%）となり、0.9ポイントの上昇である。

（*）上記以外の相談内容については、(2)主な相談事例（6頁）を参照

（図表5）一般相談項目別受付件数（網掛けは上位5項目）

	項目(内容)	件数	占率
一般 相 談	加入・保険種類	1,576 件	11.1 %
	診 査 ・ 告 知	761	5.3
	クーリング・オフ制度	125	0.9
	保 険 料 の 払 込	283	2.0
	失 効 ・ 復 活	154	1.1
	契 約 内 容 の 変 更	507	3.6
	保 障 の 見 直 し	1,158	8.1
	契 約 者 貸 付	143	1.0
	解 約	632	4.4
	契 約 者 配 当	256	1.8
	保 険 金 ・ 給 付 金	2,610	18.3
	税 金	318	2.2
	会 社 の 内 容 等	1,179	8.3
	営 業 職 員 ・ 代 理 店	1,087	7.6
	生 命 保 険 契 約 の 保 護	260	1.8
	隣 接 業 界	851	6.0
	そ の 他	2,356	16.5
	合 計	14,256 件	100.0 %

(図表6) 一般相談項目別対前年度比較



(2) 主な相談事例

加入・保険種類

- ・ローンの際に団体信用生命保険への加入を求められるが、どのような仕組みなのか。
- ・個人年金への加入を考えているが、定額型と変額型のどちらが良いか。
- ・就職、結婚、出産を機に保険加入を考えているが、どのような保険に加入したら良いか。
- ・保障の金額は、どの程度が妥当か。また、保険料はどの位支払ったら良いのか。
- ・通信販売での加入にあたって注意する点は何か。

診査・告知

- ・現症や既往症があるが、保険への加入は出来るか。
- ・告知の際に気をつけることは何か。

保険料の払込

- ・保険料の引落としが出来なかったが、保険はどうなるのか。
- ・保険料が振替貸付になったが、このまま放置しても問題ないか。

契約内容の変更

- ・契約者が死亡したときは、どのようにすれば良いか。
- ・保険料の払込が苦しいので、払込金額を下げて契約を継続したい。どのような方法があるか。
- ・保険料を払済みにして継続することが出来るのか。保障はどうなるのか。

保障の見直し

- ・定期保険特約の更新を迎え保険料が高くなるので、見直しを考えている。どうしたら良いか。
- ・転換を勧められているが、どのような点に気をつけたら良いか。
- ・いくつもの保険に加入しているので、保障の内容を確認して整理したい。

解約

- ・解約を考えているが、解約返戻金はどの位か。
- ・解約の手続きはどのようにすれば良いか。契約者が手続きできない場合はどうすれば良いか。

契約者配当

- ・毎年、配当金が0との通知を貰っている。何故配当金がないのか。
- ・保険会社は利益が上がっていると報道されているが、契約者に配当で還元されるのか。
- ・特別配当とはどういうものか。

保険金・給付金

- ・保険金、給付金の請求をしたいが、どのようにしたら良いか。
- ・受取人が先に死亡しているが、誰が保険金を受け取るのか。
- ・災害保険金の対象となる不慮の事故とはどういうものか。
- ・被保険者が保険金・給付金の請求ができない場合にはどうしたら良いか。

税金

- ・死亡保険金を受け取ったが、税金はどうなるのか。
- ・満期保険金、年金を受け取った場合、税金が掛かるのか、申告する必要があるのか。

会社の内容等

- ・〇〇社のソルベンシー・マージン、格付け等信用度を教えて欲しい。

営業職員・代理店

- ・保険の募集をしたいが、どのようにしたら良いのか。
- ・一度退職しているが、今度別の会社で働くことになった。募集資格等はどうなるか。

生命保険契約の保護

- ・保険会社が破綻した場合に契約はどうなるのか。

4. 苦情受付状況・・・・・・図表7 参照

受け付けた苦情は大項目として「新契約関係」、「収納関係」、「保全関係」、「保険金・給付金関係」、「その他」の5項目に区分し、さらにその内容を小項目として40項目に分類している。

平成17年度に受け付けた苦情件数6,898件の状況は図表7のとおりであるが、前年度の1.59倍となった。

(図表7) 苦情発生原因別受付件数(網掛けは上位10項目)

項目	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	契約者関係				営業職員	代理店	その他の職員	制度事務	契約者関係	
新契約関係	不適正募集	267	20	4	0	5	296	保全関係	配当内容	27	1	9	420	0	457
	不正告知	115	10	4	0	1	130		契約者貸付	33	1	9	25	2	70
	不正話法	86	6	1	0	0	93		更 新	49	2	9	58	2	120
	未熟契約	119	15	3	4	4	145		契約内容変更	89	7	37	160	4	297
	説明不十分	362	52	5	9	4	432		名義変更	31	0	9	41	2	83
	契約内容相違	112	3	1	1	1	118		特約中途付加	8	0	1	10	0	19
	取扱不注意	15	6	6	1	0	28		解約手続	161	16	74	145	8	404
	契約確認	0	0	1	2	0	3		解約返戻金	43	4	18	122	2	189
	契約選択・決定関係	23	10	8	118	2	161		生保カード・ATM関係	8	1	1	16	3	29
	告知内容相違	3	0	2	4	2	11		そ の 他	7	1	10	26	4	48
	証券未着	3	1	0	6	0	10		計	456	33	177	1,023	27	1,716
	そ の 他	6	4	4	19	1	34		満期保険金	40	1	10	161	4	216
計	1,111	127	39	164	20	1,461	死亡保険金支払手続	25	1	17	131	12	186		
収納関係	集 金	37	2	0	2	0	41	死亡保険金等不支払	43	5	16	395	9	468	
	口座振替・郵便振込	12	2	7	33	6	60	給付金支払手続	60	7	54	257	1	379	
	職域団体扱	6	20	0	45	3	74	給付金不支払	222	31	47	1,130	9	1,439	
	保険料払込状況	17	0	5	39	2	63	そ の 他	4	1	2	34	2	43	
	保険料振替貸付	9	0	3	39	0	51	計	394	46	146	2,108	37	2,731	
	失効・復活	34	4	9	110	1	158	職員の態度・マナー	69	7	43	0	0	119	
その他の	そ の 他	4	0	2	32	1	39	税金関係	12	1	10	16	0	39	
	計	119	28	26	300	13	486	プライバシー関係	97	12	32	79	0	220	
	アフターフォロー関係	18	2	3	13	0	36	そ の 他	3	2	4	76	5	90	
	計	199	24	92	184	5	504	計	199	24	92	184	5	504	
	総 計	2,279	258	480	3,779	102	6,898								

注1. 苦情の項目および発生原因は、申出人の申出内容に基づいて分類している。

注2. 発生原因が営業担当者であり、代理店であることが確認できない場合は、営業職員に分類している。

(1) 苦情項目別受付件数・・・図表8参照

受け付けた苦情を大項目別にみると、保険金・給付金の不支払に関する行政処分やマスコミ報道の影響を受け、「保険金・給付金」に係る苦情が39.6%（前年度は35.3%）を占めた。

以下、「保全関係」、「新契約関係」が2割台の占率となり、「収納関係」と「その他」は7%程度であるが、「その他」が「収納関係」を上回った。

(図表8) 苦情項目別受付件数

項 目 (内 容)		件 数	占 率
苦 情	新契約関係	1,461 件	21.2 %
	収納関係	486	7.0
	保全関係	1,716	24.9
	保険金・給付金関係	2,731	39.6
	その他	504	7.3
合 計		6,898 件	100.0 %

(2) 具体的苦情内容・・・図表9参照

苦情内容を多いものからみると上位10項目は図表9のとおりとなった。

この上位10項目で全体の3分の2以上を占めている。

(図表9) 苦情内容の上位10項目

内 容	件 数	総件数 占率
①給付金不支払	1,439件	20.9%
②死亡保険金等不支払	468	6.8
③配当内容	457	6.6
④説明不十分	432	6.3
⑤解約手続	404	5.9
⑥給付金支払手続	379	5.5
⑦契約内容変更	297	4.3
⑧不適正募集	296	4.3
⑨プライバシー関係	220	3.2
⑩満期保険金	216	3.1

苦情内容を具体的にみると、最も多かったのは、「保険金・給付金関係」の『給付金不支払』であり、1,439件、20.9%と苦情全体の2割以上を占めるに至った。

主な申出内容

- ・ 営業担当者に病気のことを話し、職員の説明にしたがって告知書を記入したのに、給付金を請求したら告知義務違反で解除と言われた
- ・ 告知義務違反、契約前発病と言われたが、本人に病気としての認識がないのに支払わないのか
- ・ 入院日数分の入院給付金が支払われないが、理由が分らない
- ・ 手術したので手術給付金を請求したところ、該当しないので不支払と言われた
- ・ 同じ手術でも手術給付金を支払う会社と支払わない会社があるのは何故か
- ・ 手術にかかった費用に比べ、手術給付金が少なすぎる
- ・ ガン（成人病）で入院しているのに、ガン（成人病）と認めてくれない

第2位も「保険金・給付金関係」であり、『死亡保険金等不支払』が468件、6.8%となり、前年度の第3位から上昇している。給付金や保険金の不支払に関する申し出が増えたのは、保険金・給付金の不支払に対する個別会社への二度の行政処分等に関するマスコミ報道により知った契約者等から、数年前に保険金・給付金が不支払になったケースについての申し出が多くあったことによる。

主な申出内容

- ・障害状態が重く高度障害保険金を請求したが、高度障害には該当しないということで保険金が支払われない（明らかに障害状態が未達と思われる場合も多くある）
- ・営業担当者に病気のことは言わなくて良いと言われて加入したのに、告知義務違反で死亡保険金が支払われない
- ・事故死なのに「不慮の事故」に該当しないということで災害保険金が支払われない
- ・契約前の発病ということで高度障害保険金が支払われない

第3位は「保全関係」の『配当内容』で457件、6.6%となり、前年度の第8位から大きく順位をあげている。

主な申出内容

- ・満期時や保険料払込満了時に受け取る積立配当金が設計書に比べて著しく少ない
加入時には、変動するとの説明がなく、設計書記載の金額が受け取れると聞いていた
- ・老後の設計資金にと考えてきた保険料払込満了後5年毎に出る祝金（配当を財源とするもの）が0だと言う
- ・年金支払開始になるが、基本年金にプラスされる増額年金・配当金が著しく少ない

第4位は「新契約関係」の『説明不十分』で432件、6.3%となり、順位は変わらないが、占率は増加している。

主な申出内容

- ・契約（転換）時に特約が更新型で将来保険料が高くなることの説明がなかった
- ・転換の際に据置金や配当金が使われることの説明がなかった
- ・契約内容が意図したものと違っていたので、契約を取り消してもらいたい
- ・減額を申し出たのに転換契約になっており、説明がなかった

なお、『説明不十分』のうち、銀行等の窓口販売に関する苦情は前年度より増加しているものの、沈静化しつつある。

主な申出内容（銀行等窓口販売）

- ・生命保険であることの説明がなかった
- ・元本保証と言われ、変額のリスクや解約手数料の説明がなかった
- ・クーリング・オフできないことの説明がなかった

第5位は、「保全関係」の『解約手続』で404件、5.9%となり、前年度の第2位から下降し、占率も3ポイント減少している。

主な申出内容

- ・営業担当者が解約の手続をしてくれない
- ・電話で解約の申出をしたら、郵送は取り扱わないので、営業担当者を通すように言われた
- ・解約手続後に保険料が引き落とされた
- ・契約者の知らないうちに、元配偶者などにより解約されている
- ・家族など契約者以外の者が解約を申し出ても、手続きしてくれない

第6位は「保険金・給付金関係」の『給付金支払手続』で379件、5.5%となり、支払確認に関する苦情が大半を占めた。

主な申出内容

- ・給付金を請求したら、確認を行うので承諾書を書けと言われた
- ・給付金請求後何ヵ月たっても連絡がなく、確認中だと言って給付金が支払われない
- ・給付金の請求書類を請求したが放置され、書類がないので請求できない
- ・給付金を請求したいと言ったのに、該当しないと行って請求書類の手配をしてくれない

第7位は「保全関係」の『契約内容変更』で297件、4.3%となり、前年度の第5位から順位を下げている。

主な申出内容

- ・減額や定期保険特約のみの解約を受け付けてくれない
- ・営業担当者やコールセンターの職員等の説明が間違っている、手続きしてくれない
- ・保険会社の破綻・契約移転に伴う契約内容の変更により、保険金が大幅に減額された

第8位は「新契約関係」の『不適正募集』で296件、4.3%となり、順位を1つ下げている。

主な申出内容

- ・保険会社からの通知で知ったが、契約者・被保険者ともに覚えのない集金扱の契約がある
- ・名義を貸してくれとしつこく言われている
- ・被保険者が同意をしていない契約がある
- ・息子や孫を契約者や被保険者にした契約を高齢の母に勧め、高額の保険料を払わせている

第9位は「その他」の『プライバシー関係』であり、平成17年4月の個人情報保護法施行に伴い、苦情が増加し、前年度の第18位から大きく順位を上げ220件、3.2%となっている。

<p>主な申出内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険を申し込んだが、加入出来なかったので申込書類の返還を求めたところ、返してくれない ・ 私の保険に関する情報を営業担当者が他所に漏らしている
--

第10位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金』であり、前年度の第13位から上昇し216件、3.1%となった。

<p>主な申出内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ こども保険の祝金を積み立てておき、満期で受け取ったが、金額が少ない ・ 満期保険金や年金を受け取る際の書類を省略できないか
--

(3) 苦情発生原因別項目別受付件数・・・図表10、図表11参照

発生原因別にみると、“制度・事務”（取扱いには疎漏はないが、現行の事務・約款・会社の制度そのもの）を原因とする苦情が最も多く3,779件（占率54.8%）で、苦情全体の半分以上を占めている。

次いで、“営業担当者（営業職員・代理店）”を原因とするものが2,537件（同36.8%）で2番目に多く、両者で9割以上を占めている。

(図表10) 苦情発生原因別受付件数

発生原因	件数	占率
営業担当者（注）	2,537 件	36.8 %
うち営業職員	2,279	33.0
うち代理店	258	3.7
その他の職員	480	7.0
制度・事務	3,779	54.8
契約者関係	102	1.5
合計	6,898 件	100.0 %

注) 発生原因が営業担当者であり、代理店であることが確認できない場合は、営業職員に分類している。

“制度・事務”と“営業担当者”の各苦情発生原因について項目別に見ると、“制度・事務”では、『給付金不支払』が一番多く1,130件、以下『配当内容』420件、『死亡保険金等不支払』395件、『給付金支払手続』257件、『満期保険金』161件で、「保険金・給付金関係」が半分以上を占めている。

一方、“営業担当者（営業職員・代理店）”では、『説明不十分』が最も多く414件、次いで『不適正募集』287件、『給付金不支払』253件、『解約手続』177件、『未熟契約』134件の順となっており、「新契約関係」が半分近くを占めている。

(図表11) 主な苦情発生原因の項目別上位5項目

発生原因	内 容	件数	占率
制度・事務	給付金不支払	1,130 件	29.9 %
	配当内容	420	11.1
	死亡保険金等不支払	395	10.5
	給付金支払手続	257	6.8
	満期保険金	161	4.3
	(制度事務計)	(3,779)	(100.0)
営業担当者	説明不十分	414 件	16.3 %
	不適正募集	287	11.3
	給付金不支払	253	10.0
	解約手続	177	7.0
	未熟契約	134	5.3
	(営業担当者計)	(2,537)	(100.0)

(4) その他の主な苦情事例

新契約関係

- ・既往症について営業職員に話したが、告知しないように言われた。
- ・減額を申し出たのに出来ないと言われ、無理やり転換させられた。
- ・営業担当者が勝手に署名・押印して契約を成立させてしまった。
- ・しつこく勧めに来て、強引に契約させようとする。
- ・営業担当者から説明を受けた内容と保険証券に記載されている契約内容が違っている。
- ・契約を申し込んだのに断られ、理由の説明がない。
- ・条件をつけなければ、契約出来ないと言われた。

収納関係

- ・突然、団体扱から個人扱に変更するので、保険料を上げるという一方的な通知が来た。
- ・復活を申し出たが、病歴があり断られた。なんとかならないか。
- ・突然、失効の連絡が来た。事前に何の通知も寄越さないし、営業担当者も何も言ってこない。
- ・年払の保険を途中で解約したが、残りの月数分の保険料を返してくれない。

保全関係

- ・何の手続きもしていないのに勝手に更新され、保険料が高くなっていた。
- ・更新時の営業担当者の説明が相違しており、申出内容と異なる更新になっている。
- ・名義変更の手続きを申し出たら、いろいろな証明書を出せと言う。
- ・払い込んだ保険料に比べて解約返戻金が少ない。
- ・説明を受けた解約返戻金額と実際の額が相違している。

保険金・給付金関係

- ・死亡（高度障害）保険金の請求をしてから何ヵ月もたつのに、未だに何の連絡もない。

その他

- ・営業員が職場に入ってきて大きな声で話している。
- ・コールセンターに電話しても答えてくれず、営業担当に回すだけの対応だ。
- ・保険金を支払わない保険会社は信用できない。
- ・テレビ、新聞等での広告が頻繁でうるさい。

5. 生命保険相談所における苦情解決支援・・・・・・・・・・図表12参照

平成17年度に生命保険相談所と地方連絡所に寄せられた苦情6,898件（本部5,028件、地方連絡所1,870件）のうち、86.2%にあたる5,949件は、生命保険事業・生命保険商品の仕組および申出に係る生命保険業界の取組み状況等を説明したり、申出人が直接交渉中のものや今後交渉予定のものについては、交渉に当たっての考え方を整理し、生命保険会社の説明を良く聞いたうえで、交渉を行うよう助言している。

(図表12) 苦情解決状況

苦情受付総件数	平成17年度		
		6,898件	100.0%
相談所で解決、生保会社窓口紹介	5,949	86.2%	
生命保険会社へ解決依頼	949	13.8%	100.0%
解決済	501		52.8%
裁定審査会の申立書を送付	39		4.1%
その他	60		6.3%
継続交渉中	349		36.8%

生命保険会社あて依頼を行った苦情の解決状況

(1) 本部相談所における取扱い・・・・・・・・・・図表13参照

本部相談所に寄せられた苦情5,028件のうち、6.3%にあたる317件は各生命保険会社の本社あて解決依頼を行った。

項目別には、「保険金・給付金関係」が最も多く136件、うち『給付金不支払』が圧倒的に多く84件、『死亡保険金等不支払』が23件、『給付金支払手続』が12件となっている。

次は「新契約関係」の70件で、『説明不十分』が28件、『不適正募集』が16件、「保全関係」は65件で、『契約内容変更』が14件、『配当内容』と『解約手続』が13件となっている。

以下「その他」は24件、「収納関係」は22件となっているが、「その他」のうち『プライバシー関係』が17件となっている。

(図表13) 苦情解決状況（本部相談所）

苦情受付総件数	平成17年度		
		5,028件	100.0%
相談所で解決、生保会社窓口紹介	4,711	93.7%	
生命保険会社本社へ解決依頼	317	6.3%	100.0%
解決済	199		62.8%
申し出内容による解決	68		21.5%
生保会社の説明による解決	121		38.2%
歩み寄りによる和解	10		3.2%
裁定審査会の申立書を送付	39		12.3%
その他	11		3.5%
他の機関へ申立	5		1.6%
申し出取下げ	4		1.3%
既に解決済と判明	1		0.3%
訴訟中	1		0.3%
継続交渉中	68		21.5%

生命保険会社の本社あてに解決依頼を行った317件の63%にあたる199件が解決しており、解決の内容をみると「苦情申出者の申出内容による解決」が68件、「生命保険会社の説明による解決」が121件、「歩み寄りにより和解が成立したもの」が10件となっている。

また、「裁定審査会の申立書を送付したもの」が39件、「他の機関に申し出を行うもの」が5件、「申し出が取り下げられたもの」が4件、「解決済であることが判明した案件」が1件、「訴訟中の案件」が1件であり、計249件、79%が終了している。

なお、平成18年3月末現在、申出人と生命保険会社が継続交渉中のものが85件となっているが、4月以降に17件が解決（裁定審査会への申立等を含む）しており、上記解決内容および下記解決までの期間には、この件数を含めて記載している。（地方連絡所の苦情解決処理においても同様）

苦情申出から解決（裁定審査会への申立等を含む）までの期間をみると、1週間以内で解決したもの61件、1週間を超えて2週間以内で解決したもの21件、2週間を超えて1ヵ月以内で解決したもの47件、解決まで1ヵ月を超えたもの120件となっている。

(2) 地方連絡所における取扱い・・・・・・・・・・図表14参照

各地方の連絡所においても各生命保険会社の支社あて解決依頼を行っており、受け付けた苦情1,870件のうち、33.8%にあたる632件について支社と連携して解決に当たっている。

項目別には、本部と同様に「保険金・給付金関係」が最も多く313件で、『給付金不支払』が193件、『死亡保険金等不支払』が42件、『給付金支払手続』が31件となっている。

次は「保全関係」の130件で、『解約手続』が43件、『配当内容』が28件、「新契約関係」は119件で、『説明不十分』が43件、『不適正募集』が24件となっている。

「収納関係」は48件、「その他」は22件と件数は少ない。

(図表14) 苦情解決状況（地方連絡所）

苦情受付総件数	平成17年度		
	件数	割合	割合
連絡所で解決、生保会社窓口紹介	1,238	66.2%	
生命保険会社支社へ解決依頼	632	33.8%	100.0%
解決済	302		47.8%
申し出内容による解決	112		17.7%
生保会社の説明による解決	176		27.8%
歩み寄りによる和解	14		2.2%
本部相談所へ移送	30		4.7%
その他	19		3.0%
他の機関へ申立	7		1.1%
申し出取下げ	7		1.1%
既に解決済と判明	5		0.8%
訴訟中	0		0.0%
継続交渉中	281		44.5%

生命保険会社の支社へ解決依頼を行った632件のうち48%にあたる302件が解決しており、「苦情申出者の申出内容による解決」が112件、「生命保険会社の説明による解決」が176件、「歩み寄りにより和解が成立したもの」が14件となっている。

また、「本部相談所へ移送となったもの」が30件、「他の機関に申し出を行うもの」が7件、「申し出が取り下げられたもの」が7件、「解決済であることが判明した案件」が5件であり、計351件、56%が終了している。

6. 裁定審査会における紛争解決支援

生命保険相談所が生命保険会社への苦情解決依頼を行ったにもかかわらず、原則として1ヵ月を経過しても当事者間で問題が解決しない場合には、保険契約者等は裁定審査会に紛争裁定の申立てをすることができる。

平成17年度の裁定審査会は弁護士（2名）、消費生活相談員（2名）、当会生命保険相談室長の計5名の委員で構成し、裁定の申立てがあった事案につき裁定開始の適格性を審査し、受理された事案について当事者双方からの事実確認等にもとづき審理を行い、和解が成立するようつとめるとともに、解決しない場合には和解案の提示および受諾勧告、裁定書による裁定等を行った。

(1) 裁定申立受理件数について

平成17年度に裁定審査会が受理した裁定申立件数は上半期（4～9月）17件、下半期（10～3月）16件、合計で33件となった。これは前年度が23件であったことから裁定審査会の利用者は確実に増加している。なお、生命保険相談所規程に基づき「不受理」となったものは4件であった。

受理された33件の内訳は以下のとおり。

申立人からの申立内容	件数
給付金請求（入院・手術・障害等）	11
契約無効確認・既払込保険料返還請求	9
保険金請求（死亡・災害・高度障害）	4
配当金（祝金）請求	4
契約者貸付無効確認請求	3
銀行窓口販売における契約無効確認請求	2
合 計	33

17年度における審理結果等の状況は以下のとおり。

審理結果等の状況	16年度 受理分	17年度 受理分	合計
和解が成立したもの	4	4	8
申立てに理由なしとして裁定終了したもの	3	2	5
相手方会社から裁判等により解決を図りたい旨届出があり、審理の結果、裁定不開始となったもの	0	1	1
申立人から裁定申立てが取り下げられたもの	0	2	2
裁定打ち切り	1	0	1
継続審理中のもの	0	24	24
合 計	8	33	41

【参考】

平成13年度に設置した裁定審査会は5年が経過し、17年度までに受理した総件数は89件となった。申立受理件数および審理結果等の推移は下表のとおり。

申立受理件数		13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	合計
		4	14	15	23	33	89
審理結果等	和解が成立したもの	2	4	2	8	4	20
	申立てに理由なしとして裁定書をもって終了したもの	1	4	7	9	2	23
	相手方会社から裁判等により解決を図りたい旨届出があり、審理の結果、裁定不開始となったもの	1	5	2	5	1	14
	申立人から裁定申立が取り下げられたもの	0	0	3	0	2	5
	裁定打ち切りとなったもの	0	1	1	1	0	3
	審理継続中のもの	0	0	0	0	24	24

また、これまで裁定審査会が取り扱った事案の申立内容は下表のとおりである。

申立内容	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	合計
給付金請求（入院・手術・障害等）	1	2	4	11	11	29
契約取消もしくは契約無効請求	1	6	6	2	9	24
保険金請求（死亡・災害・高度障害）	1	3	1	5	4	14
配当金（祝金等）請求	－	－	1	2	4	7
契約者貸付無効確認請求	1	－	－	－	3	4
銀行窓口販売における契約無効確認請求	－	－	－	－	2	2
解約取消請求	－	1	－	1	－	2
その他	－	2	3	2	－	7
合計	4	14	15	23	33	89

(2) 裁定の概要について

裁定審査会が審理を行った裁定概要は次のとおり。(番号は事案番号)

◎16年度受理分 (相談所りポートNO.75～76未掲載分)

[事案16 - 17 手術給付金請求]

- ・平成16年11月18日 裁定受理
- ・平成18年2月3日 和解成立

<事案の概要>

手術給付金の支払いと請求日翌日からの遅延損害金の支払いを求めて裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

裂肛根治術の手術を受け給付金の請求をしたところ、同種契約をしている他社3社からは支払われたにも拘わらず、相手方保険会社からは手術給付金が支払われないので、この支払いを求める。付帯請求として請求の日の翌日から支払済みまでの遅延損害金の支払いを求める。また、業界内で約款解釈を統一すべきである。

<保険会社側の主張>

裂肛根治術は約款上対象となる手術に該当しないので手術給付金の支払義務はない。

<裁定の概要>

裁定審査会は審理の結果、以下のとおり見解をまとめ、申立人の申立てには法律上の根拠はないものと判断した。

しかし、最終段階で保険会社が契約を有効に継続させ和解金を支払いたい旨裁定審査会に申し出てきたため、裁定審査会としては保険会社からの申出を尊重することとし、申立人に対し生命保険相談所規程第38条により上記金額支払いによる和解契約の受諾勧告をしたところ、申立人から和解に応じる旨の意思が示され、当事者双方の合意を得たので、和解契約書の調印をもって終了した。

(参考) 裁定審査会の見解

(1)保険契約は、一定の危険予測の基に成り立つものであるから、いかなる場合に保険金請求権が発生するかを記載した約款は保険の対象となる危険を一定の範囲に限定する趣旨であると解される。したがって、当該約款の対象となる手術の付表は例示列挙ではなく限定列挙であると解するのが相当であり、同表に記載のない裂肛手術については当該保険契約に基づく保険金請求権が発生しないことを原則とする。

(2)しかし、一方において医学の進歩は日進月歩であり、長期契約である生命保険契約が契約当初予想した手術のみではこの変化に応じられないこともありうるので、上記危険の予測を著しく逸脱せず、かつ契約者の平等に反しない限り弾力的に運用することも、会社の判断としてまた許されることである。

例えば、裂肛手術においてもそれが根治術であり、かつ他の痔疾の手術と同程度の負担を被保険者に与えると判断されるような事情がある場合に、これに対して保険金を支払うこ

とも許されるべきものと思料する。

しかしこれはあくまでも会社の政策的判断であり、直ちに法律上の請求権を認めたことにはならない。

- (3)もっとも、単に裂肛手術というのみではなく、その手術内容等その他の事情につきほぼ同様の事案において、契約ごとに判断を異にするような事情がある場合には、不平等取扱いとして損害賠償の対象となることはありうるものであり、契約ごとに会社の恣意的な判断が許されるものではないことは当然である。

したがって、相手方会社の差別的取扱いの可能性を指摘した申立人の主張は、一般論としては考慮に値するものである。

しかしながら、これを認定するには相手方会社の過去における支払実績と差別的取扱いの有無についての厳密な事実認定を要するものであり、この認定は当裁定審査会の限界を超え訴訟において対応すべきものと思料するので、この点については本裁定においては判断しない。

- (4)以上のように、裂肛手術に対する保険金（手術給付金）の支払請求権が、法律上当然の権利と認められるものではない以上、そこに支払義務の存在を前提とする遅延という概念は存在しないのであるから、遅延損害金の支払いを求める申立人の付帯請求は理由がないものと判断する。

◎17年度受理分

[事案17-1 銀行窓口販売における契約取消請求] NO.76に掲載済み

[事案17-2 契約者貸付無効確認請求] NO.76に掲載済み

[事案17-3 契約取消・保険料返還・法定利息支払請求] NO.76に掲載済み

[事案17-4 転換取消請求] 平成17年5月17日裁定受理・審理中

[事案17-5 手術給付金請求] NO.76に掲載済み

[事案17-6 更新前保険料による保険契約継続請求]

・平成17年6月7日 裁定申立受理

・平成18年5月1日 和解成立

<事案の概要>

営業担当者から保険料の更新に関する誤説明があったのだから、その説明どおりの条件での契約継続を求めて裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

満58歳時に保険料引上げの通知を受け、営業所長から説明資料で満65歳の保険料払込期間までは保険料の変更はないとの説明を聞いた。しかし、60歳時に再び特約（定期保険特約と災害割増特約）の更新による保険料引上げの話があったが、58歳時に受けた説明どおり、60歳以降も更新前と同じ保険料で同額の保障を求める。

<保険会社側の主張>

当時の所長に確認したところ、60歳時で両特約の保険料が変わるという説明が言葉足らずであったことを認めており、同所長も電話や手紙で申立人に対し謝罪をするとともに、当社も改めて謝罪のうえ、契約を平成16年3月に遡及して自動振替貸付（本件契約は平成16年3月に口座振替停止のため自動振替貸付を適用し、最終入金月は17年2月で、失効状態となっている）取消と減額更新あるいは非更新を再三提案したいと申し出たが、申立人には応じてもらえなかったものである。

60歳時で両特約の保険料が変更することについては、営業所長の提示資料には書かれていないものの、更新後の保険料は更新時の年齢・保険料率により新たに計算される旨の説明は、申立人に交付した設計書、ご契約のしおり-定款・約款、保険証券、特約更新のご案内に明記されている。

また、生命保険契約は約款に基づく附合契約であって、契約者が個々に都合や意思によって自由に約款に定められた契約条項を変えることはできないので、担当者から約款と異なる説明があったような場合でも約款とは異なった説明内容に従った合意がされたと解すべきではないと考えるもので、申立人の要請には応えられない。

<裁定の概要>

裁定審査会は申立書、答弁書の審理を進めるとともに、申立人および相手方会社から事情聴取を行い和解の余地をさぐったところ、相手方会社から従来より提示してきた和解案を再提案するとの意向が示された。そのため裁定審査会は申立人に対し保険会社の意向を伝えるとともに、裁定審査会としての和解案を提示したところ、和解に応じたいとの申出が出されたので、和解契約書を作成し、当事者双方に交付し双方の合意を得て、和解契約書の調印をもって解決した。

[事案17-7 入院・手術給付金請求]

- ・平成17年7月13日 裁定申立受理
- ・平成18年5月31日 裁定終了

<事案の概要>

契約前発病との判断にて給付金が支払われなかったことに対し、健康診断で経過観察と言われた胆嚢ポリープは疾病の範疇に入るものではないとして、裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

入院・手術の原因となった「胆嚢ポリープの発病が契約前である」との理由で入院・手術給付金の支払を拒否されたが、勤務先の産業医によれば「胆嚢ポリープは疾病という範疇によるものではなく、日常生活には何ら問題もない」とのことであった。一般的な疾病とは言い切れないものを経過観察中であったことをもって「発病」とするのは極めて不合理であることから、入院・手術給付金の支払いを求める。

また、仮に「胆嚢ポリープが契約前の発病」であるならば、契約時の加入時の条件として「医師による経過観察を受けていない」ことを明示すべきであり、そのような表示を採っていない募集に基づいて加入したのであるから、加入時に明確に示さなかった条件を理由に支払いを拒むことは、納得できない。

<保険会社側の主張>

疾病入院給付金、手術給付金とも、約款には責任開始（契約）以後の発病を各々の支払事由として記載し、発病時期については客観的事実（医師からの指摘、健康診断での指摘、医療機関の受診歴等）により判断している。

申立人の場合、平成11年5月の勤務先の健康診断にて「胆嚢ポリープ」の指摘を受け、「定期的にはエコー検査を実施し経過観察をするよう」に医師から指示され、その後毎年の健康診断でも「経過観察」とされ、平成15年4月1日付で当該保険の契約に至っていることから、「胆嚢ポリープ」の発病は明らかに契約前であることから、疾病入院給付金、手術給付金の支払請求には応じられない。

なお、「加入資格」自体は保険会社が保険対象集団の保険リスクを考慮し決定できる事項であると認識している。申立人の申出どおりに加入資格を設定すると経過観察を受けている被保険者集団は一律加入できなくなり、経過観察を受けている病気以外の保障を受けたいと考える人達の意味に保険会社が応じることができなくなる。

また、パンフレットには「保険金・給付金・見舞金が支払われない主な場合」として「効力発生日以前に発生した病気または事故による効力発生日以降の入院」を明記しており、契約者はパンフレットの内容を承諾のうえ、ご契約いただいたものと認識している。

<裁定の概要>

申立書・答弁書などに基づく審理を進めるとともに、保険会社からの事情聴取等を行い審理した結果、下記理由により本件申立てには理由がないと認め、裁定手続を終了した。

(1)本件保険契約約款によれば、医療給付金・保険金は、効力発生日以降に発生した病気または不慮の事故を直接の原因とした場合に支払われることが規定されている。また、本件に限らず、いわゆる「責任開始前発病（契約前発病）」を支払対象から除くことは一般的に行われているが、何をもって「発病」と見るかについて、約款上、明確な定義はなされておらず、平成15年4月1日以前のポリープの状態をもって、約款で規定されている「疾病」に当たると見るべきかどうかは難しい問題である。

しかし、昭和55年より国民生活審議会消費者政策部会の約款取引委員会が消費者保護の見地から生命保険約款について検討を開始し、昭和56年生命保険協会に対し、約款と実務処理を一致させるほか加入者との間にトラブルを生じやすい問題について約款面から改善・手直しを求めよう指摘したことを受けて、生命保険協会は、「責任開始前発病による入院給付金等の支払条件に関する統一的運用」を制定（昭和58年1月）した。本件における相手方会社の取扱いは、上記統一的運用に従ってきたものと認められた。

(2)当時示された統一的運用は、一応の合理性を有するものであり、将来的に再検討の必要があるかどうかは格別、現時点において、これを不当な運用であるとまでいうことはできない。

<解説>

裁定審査会は相手方会社に対し、本件保険申込書に記載されている「申込み時の確認事項」や約款・ガイドブックの中には、健康診断での指摘が含まれていないため、保険契約者の誤解を招かないような対策を講じるよう、要望書を交付した。

[事案17-8 遡及契約変更・入院給付金請求]

- ・平成17年7月13日 裁定申立受理
- ・平成18年4月20日 和解成立

<事案の概要>

特約の型変更に関して発生した事務手続き疎漏のため、給付金請求が行えなかったことに対して裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

子供の出産に伴い、保険会社の担当者に特約の型変更（本人妻型→本人妻子型）ができることを確認し型変更の依頼をしたところ、担当者からは「これで手続は大丈夫」と言われた。

ところが、2ヵ月後に生まれた子供が入院したため給付金請求をしたところ、担当者が失念し特約の型変更手続がなされていなかったため、給付金請求はできないと言われた。納得できず、保険会社に給付金を支払うように申し出たところ、手続ミスを認め詫び金を提示してきたが、納得のいく説明がされず、「職員の事務手続き疎漏があったとしても、契約者から書面による変更手続がなされていないので、給付金を支払うことはできない」との回答。今回の件はもともと担当者の事務疎漏が原因であり、担当者の説明を信じて手続をとらなかったのであるから、手続がとられていた場合に当然請求できる入院給付金及び手術給付金相当額の支払いを要求する。

<保険会社側の主張>

本件は担当者の事務手続き疎漏（放置）が原因であり契約者に対し迷惑をお掛けしたことは認めるものの、給付金の支払いは約款に基づき行うものであり、特約付保について手続がされていない契約について給付金を支払うことはできない。また、申出を受けた時点で遡って特約の型変更（子型の付保）を行うこともできない。

ただし、今回の担当者の事務手続き疎漏という原因に鑑み、そのお詫びとして提示金額を支払わせていただくとともに、本来付保すべきであったお子様の保障についての手続き（特約の型変更）を新たな特約の変更手続として対応させて頂きたい。

<裁定の概要>

裁定審査会は双方の書面に基づき審理を行うとともに、担当者の事務疎漏に対する会社の対応について確認を進めていたところ、相手方会社から「和解金として給付金相当額を支払い、お子様の今後の保障をうるための特約の子型中途付加に際し、告知に関する緩和措置を行う」とする再提示があり、申立人に伝えたところ緩和措置の具体的内容を確認のうえ受け入れるとの意向が示された。これを踏まえ、裁定審査会は当事者双方に和解案を斡旋し、双方の合意を得たので和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案17-9 災害入院給付金請求]

- ・平成17年7月25日 裁定申立受理
- ・平成18年5月17日 裁定終了

<事案の概要>

腰椎圧迫骨折は既に発病している骨粗鬆症を原因として生じたものであり、不慮の事故による入院とは認められず災害入院給付金を支払うことはできないとの保険会社の決定を不服とし、裁

定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成16年1月、自宅において除湿器を持ち上げた際に転倒し、第1腰椎の圧迫骨折の傷害を負い120日間入院した。これは不慮の事故に基づく入院であるから、災害入院給付金120日分の支払いを求める。

<保険会社側の主張>

今回請求に係る骨折については、主治医によれば「今回傷病の基礎疾患として骨粗鬆症があり、今回除湿器を持ち上げた程度の軽微な外傷でも圧迫骨折となり、今回傷病以前にも第5腰椎圧迫骨折の既往がある」とのことであり、本件骨折は骨粗鬆症により発生したものと判断されるので、「不慮の事故（偶発的な外来の事故）」によるものではないから、災害入院給付金の支払要件を充足していない。

なお、当社の調査によれば、主治医は申立人から退院後、「除湿器を持っただけでなく、後方へ転倒したということも記載して欲しい」との申し出を受け、転倒した事実を記載したに過ぎないとのことであった。

<裁定の概要>

申立書・答弁書などに基づく審理を進めるとともに、当事者双方から事情聴取を行い審理した結果、下記理由により本件申立てには理由がないと認め、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

(1)2度診断書が出され、最初の診断書では受傷原因が「除湿器を持ち上げたところ痛みあり」と記載されているが、2つ目の診断書には「除湿器を持ち上げた時に足がすべり転倒」とされている。このように診断書の記載が明らかに矛盾する場合には、当初診断書の記載がより真実に合致するものと認めるのが経験則上合理的であり、「転倒」したとの記載は申立人が後日医師に申告して記載を依頼したことが理由であると推測できる。

従って、本件診断書からは、申立人が偶発的外来事故により受傷したものと認定することはできない。

(2)申立人のレントゲン写真は、骨萎縮が著明であり、申立人の椎体は骨粗鬆症の影響による多発的な骨折が顕著に認められ、第1腰椎の圧迫骨折のみが外因性があると認定する理由はなく、不慮の事故とは言いがたい。

(3)さらに、事情聴取時に、ダンボールの上に腰掛けるように尻から転倒した時の状況について申立人に確認したところ、詳細は覚えていないとして供述を拒否したため、供述によっても転倒による骨折を裏付けることができない。なお、尻餅をつくような態様で転倒した場合、転倒のみによって第1腰椎が圧迫骨折をすることには疑問がある。

[事案17-10 契約転換無効確認・転換前契約保険金請求]

- ・平成17年7月25日 裁定申立受理
- ・平成18年1月23日 裁定終了

<事案の概要>

減額転換した契約は、加入時診査において本人の告知義務違反（病気療養中）があったもので

あるので、死亡保険金は転換前の保険金額で支払われるべきとして裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

保険金額（2,000万円）を下取り減額転換（500万円）したが、嘱託医による診査では「異常なし」として契約が成立したが、契約者・被保険者である夫が、転換日より以前に肺繊維症に罹患していたことを告知しなかったこと、保険診査に当たった診査医が既に発症していた間質性肺炎を見逃したのだから、転換後の契約を無効とし、転換前の契約で死亡保険金を支払うことを求める。

<保険会社側の主張>

平成16年6月13日、契約者である申立人のご主人様から転換の申込みがなされ、同年8月と同年12月に入院給付金の請求があり、入院給付金をお支払いしている。本契約はご自身の意思に基づき契約申込みをされ、本契約に基づき給付金の請求、受領がなされているので、ご主人様の死亡まで継続していたものとする。

保険診査は一定程度の危険測定の結果を得ることを目的とするもので、一般の開業医とは異なり、レントゲン検査などは行っていない。そのため、保険診査において異常を発見できなかったものとする。健康状態を誤認して契約を引き受けたとしてもそれにより転換後契約が無効になることはない。

追加告知書は保険証券とともに送っているが、告知いただくのは診査を受けた6月25日までの健康状態なので、7月9日に間質性肺炎と診断されたことを追加告知いただいたとしても、本契約を解除することはなかったと思われるものである。

<裁定の概要>

裁定審査会は書面審理ならびに当事者双方から事情聴取を行い、申立人からはご主人が契約者貸付を受けていたことおよび転換によって返済した事実、転換をした理由等について、また、募集人から契約当時の状況について詳細に聴取した。その結果、以下のとおり申立人の申立てには理由がない旨裁定書をもってその理由を明らかにして裁定を終了した。

亡くなられた申立人のご主人は契約転換前に健康診断で肺繊維症と診断され要精検とされていたこと、同人は契約転換時にその事実を告知していなかったことが窺われるが、それが告知義務違反に当たるとしても告知義務違反による解除権の行使は保険者（保険会社）の権利であり、保険契約者側からそのことを理由に契約転換の無効を主張できるような性格のものではない。

申立人の主張を法的に構成すれば要素の錯誤（民法95条本文）による契約転換の無効を主張するものと考えられるが、錯誤無効が錯誤者を保護する制度であることに鑑み、申立人のご主人が健康状態について錯誤に陥り転換後契約の締結に応じた相手方会社において、錯誤無効を主張せずに転換後契約に基づく保険金を支払うとしている以上、保険契約者側から無効を主張することはできない、と解される。（最判昭和40年6月4日）

申立人は、本件転換契約は強引な勧誘によるものであるとも主張するが、亡くなられたご主人が自ら転換後契約に基づく入院給付金を請求し、受領していることに鑑みても契約転換を無効とするような強引な勧誘がなされたとは認めることはできない。

[事案17-11 がん特約給付金請求]

・平成17年8月24日 裁定申立受理・審理中

[事案17-12 入院給付金請求]

・平成17年9月6日 裁定申立受理

・平成18年4月19日 裁定終了

<事案の概要>

2回にわたり入院治療を受けたが、入院給付金が1回目はまったく支払われず、2回目は入院日数61日分のうち22日分しか支払われなかったことを不服として、裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

第1腰椎圧迫骨折、糖尿病、高血圧症によりA病院に180日間入院、引き続きB病院に転院し（ア）平成16年1月13日～3月17日までの間入院治療を受けたが、（ア）に係る入院給付金は全く支払われなかった。また、（イ）平成17年4月1日～5月31日までの間、糖尿病、高血圧症によりC胃腸科にて入院治療を受けたが、入院日数の一部（22日分）の入院給付金しか支払われなかった。

保険会社側は、不払いの理由として「入院の必要性がない」と言うが、病院に聞くと「入院の必要性がある」と判断しており、会社側の一方的な判断で不払いとされることは納得できない。（ア）と（イ）の入院治療について、入院した全日数分の入院給付金の支払いを求める。

<保険会社側の主張>

保険約款では、「入院給付金の支払い対象となる入院とは、①医師の治療が必要であること、かつ②自宅等での治療が困難なため所定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」と規定されており、これは「単に医師が入院を要すると判断しただけでは足りず、入院当時の医学的水準から見て、その病状ないし症状に照らし、自宅等では治療が困難であって医療機関における治療等を要すると判断することが合理的である入院に限られる」と判例によって解釈されている。

請求のあった入院治療の内容を精査した結果、（ア）のA病院退院後のB病院での入院のうち、第1腰椎圧迫骨折の入院治療を必要とする医学上の特別な事情は認められず、糖尿病、高血圧症についても通院で治療可能であり入院治療の必要はない。また（イ）の入院についても、入院管理のもと血糖値や血圧をコントロールする目的の入院治療（教育入院）の必要性は認めるが、医学的水準からみて通常必要とされる入院期間を超える入院治療の必要性は入院後速やかに血圧、血糖値とも改善していることや申立人が頻繁に外泊している事実もあることから認められず、少なくとも外泊が可能となった4月23日以降は、約款に定める入院に該当しない。

したがって、入院した全日数分の入院給付金の支払請求に応ずる義務はない。

<裁定の概要>

申立書、答弁書等に基づく審理を進めた結果、以下により、申立てには理由がないとして、裁定手続きを終了した。

1. 入院給付金の支払要件

申立人が加入する医療保険約款の、入院給付金の支払対象となる「入院」の規定（①医師による治療が必要であり、かつ②自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り常に医師の管理下において治療に専念すること）は、医療保険等では一般的に見られるものであり、不当な内容とは言えない。また、この「入院」の要件を満たすかどうかは、治療に当たった医師の意見のみに基づいて判断されるものではなく、客観的に判断されるべきものである。

2. 入院の必要性

（ア）の入院は、第1腰椎圧迫骨折についてはB病院への入院以前に別のA病院へ入院し治療を受けていること（上限120日分の入院給付金が支払われている）、この間年末から年始にかけて5日間連続して外泊していることや、A病院における治療内容を総合考慮すると、入院給付金の支払対象となる「入院」には該当しない。

また、糖尿病、高血圧症の治療については、生活習慣病であるという疾患の性質、B病院における入院中、糖尿病、高血圧症について別のC胃腸科で通院治療を受けていることが窺われることなどを総合考慮すると、これも入院給付金の支払対象となる「入院」には該当しない。

（イ）の入院は、糖尿病、高血圧症の治療を目的とするものであったが、本件保険約款が規定するような「入院」が必要な病状であったとの事実は窺われず、その間に頻繁に外泊していること（入院期間中に10日間）も考慮すると、すでに入院給付金が支払われた22日間を超える「入院」の必要性を認めることは困難である。

[事案17-13 高度障害保険金請求]

- ・平成17年9月9日 裁定申立受理
- ・平成18年4月19日 裁定終了

<事案の概要>

両眼の視力が低下し、手術などによる回復も見込めず、実質的に約款に記載する高度障害に該当することから、高度障害保険金等を支払って欲しいとして裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

右眼視力0.02、左眼視力0.3であるが、中心視力は網膜変性症のためにほとんどなく、手術などによる回復も見込めない。このため、生活視力として機能しない程の高度の障害であることは病院でも認めており、実質的に約款に記載する高度障害に該当する。高度障害保険金を3回にわたり請求したにもかかわらず、高度障害に関する約款規定「両眼の視力が0.02以下で永久に回復できないもの」のみを強調し、視力低下による生活実態面の困難性を無視した「不払決定」は承服しがたく、高度障害保険および高度障害状態を原因とする育英年金を支払うべきである。

<保険会社側の主張>

約款上の高度障害状態「視力を全く永久に失ったもの」とは、「両眼の視力がきょう正視力でそれぞれ0.02以下になって回復の見込みがない」ことをいう。提出された診断書に基づき高度障害状態になっているかどうか確認しているが、申立人から提出された障害診断書では「視力が右0.02、左0.3」と高度障害状態の要件を充足しておらず、高度障害状態ではないと判断せざるを得ない。

<裁定の概要>

裁定審査会は審理の結果、下記理由により申立てには理由がないとして、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

申立人から提出された診断書を見る限り、申立人の視力は右眼視力については0.02位とされているが、左眼視力は0.3とされ、約款規定をそのまま適用すれば、高度障害保険金および育英年金の請求要件に該当しないことは明らかである。

また申立人の主張のとおり、左眼の中心視力に障害があり、これに沿う診断書も提出され、強い障害があって申立人の日常生活行動が相当に制限されることは予想に難くないが、同診断書によっても不十分ながらも物を見ることができると記載されていることから、約款にいう「視力を全く失った」と同視するべき程度の障害があるような特段の事情は少なくとも現時点では認められない。

(参考) 約款に定める「視力」に関する高度障害保険金の支払対象となる「高度障害状態」は、「両眼の視力を全く永久に失ったもの」で、視力の測定は万国式試視力表により、一眼ずつ、きょう正視力について測定し、「視力を全く永久に失ったもの」とは視力が0.02以下になって回復の見込みのない場合としている。請求書類として医師の診断書を必要書類として挙げている。

[事案17-14 特約解約無効・新契約無効確認請求]

- ・平成17年9月9日 裁定申立受理
- ・平成17年12月26日 和解成立

<事案の概要>

盲腸で入院給付金を請求したところ、契約後2年以内により告知義務違反の疑いがあるため、入院給付金は支払うことはできないと言われ、初めて自分は転換したつもりだったものが新規保険に契約していたことが判明。転換扱いに変更のうえ、入院給付金を支払ってほしいとして裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

相手方保険会社には30数年前から何回か転換を行いながら継続して加入し、16年12月に盲腸炎で5日ほど入院したので、入院給付金を請求した。ところが、契約は15年5月に新規に加入した保険で、契約後2年以内の告知義務違反が判明したので入院給付金が支払われないと保険会社から通知があった。契約転換をしたと思っていた契約が新規加入契約だと知った。納得いかないので、契約の転換取扱いに変更し、告知義務違反を撤回したうえで入院給付金の支払いを求める。

<保険会社側の主張>

申立人の契約状況を確認したところ、下記1.～3.が判明した。よって、申立てについては、新規加入した契約ではないとの主張は認められず、本件契約は1泊2日からの入院での給付金支払(別の契約は4日間免責)、保険料免除特約が付いている有利な保険なので、本契約を否定することは申立人にとって不利になると判断する。よって告知義務違反の主張は撤回し、盲腸炎での入院給付金を支払うことでの解決を望みたい。

1. 平成15年4月12日付の申込書で、医療特約等を付加のうえ、新規に加入した保険契約（契約日5月1日）があり、申込書上「ご契約のしおり-定款・約款」「ご契約の申込にあたって」パンフレットを各受領した旨の受領印が所定箇所に捺印されている。営業職員（退社済み）に確認したところ、申立人に保険設計書の内容を説明のうえ、新規申込書に記入してもらっている。
2. 申立人には、本契約以外に、転換継続していた契約が存在するが、15年5月に付加していた疾病特約等の特約を解約している。
3. 16年12月に提出された入院給付金請求書に添付されてきた「診断書」に、本契約の告知書に記載されていない病名が記載されていたことから、告知事項の不告知による特約の解除可能性もあったことから、事実調査をしようとしたところ、申立人から医師への調査の承諾を拒否されたため、請求のあった入院給付金の支払いを一時拒んだが、新規に加入した契約の成立から2年が経過し告知事項と関係のある入院等も発生していないことから、告知義務違反による解除もできないこととなった。

<裁定の概要>

裁定審査会は、会社の申出内容に沿って和解案を作成のうえ双方に示したところ、双方の合意を得たので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案17-15 高度障害保険金請求]

- ・平成17年9月26日 裁定申立受理・審理中

[事案17-16 契約無効確認・既払込保険料返還請求]

- ・平成17年9月26日 裁定申立受理・審理中

[事案17-17 契約無効確認・既払込保険料返還請求]

- ・平成17年9月26日 裁定申立受理・審理中

[事案17-18 配当金・祝金請求]

- ・平成17年10月11日 裁定申立受理
- ・平成18年4月19日 裁定終了

<事案の概要>

保険設計書に祝金（配当金を財源とするもの）の金額が明記されているから、保険会社は設計書記載金額の祝金を支払って欲しい。祝金を支払わないのであれば、契約時に「祝金の支払いがないこともありうる」旨説明がなかったことは重要事項の説明義務違反であり保険料全額を返還してほしい、として裁定の申立てがあったもの。また、保険会社に説明等について特段の配慮を要する旨促したもの。

<申立人の主張>

- (1)加入時（昭和50年）に受け取った保険設計書に祝金（配当金を財源とするもの）が明記され、営業職員からも設計書記載の祝金が受け取れる旨説明があったことから、保険会社には契約上

支払義務がある。確かに、設計書の欄外には、祝金について「多少の変動がある」旨記載されているが、ゼロになることは受取段階になるまで連絡がなく分からなかった。また会社は予定利率（４％）の運用収益を確保できなかったためと説明するが、契約時の書類には「祝金がゼロになること」については記載がないのだから、設計書記載金額の多少の変更は認めるが、会社は祝金を支払うべきである。

- (2)「祝金がゼロになる」ことについて、保険設計書には記載がないことは不当表示、過大広告に該当するものである。また営業職員からも「祝金がゼロになる場合があること」についての説明を受けていない、これは重要事項の説明義務違反であり、錯誤無効または詐欺に該当する。祝金が支払われないのであれば、保険契約そのものを加入当初から取り消し、これまでの払込保険料に利息をつけ全額返還してほしい。

<保険会社側の主張>

- (1)下記により保険設計書に記載された金額の祝金を支払うことはできない。

- ・祝金は配当金を財源とするもので、1990年代の歴史的不況は誰も予測することはできず、それに伴う運用環境の悪化により多くの保険契約で実際の運用収益が予定利率を下回り配当金がゼロとなっており、本件契約の予定利率は4.0%で配当金を支払うほどの運用収益を上げることができない。
- ・保険設計書上で「祝金が配当によるものである」ことを示し、その額も「今後の実績により多少の変更があり、将来の支払額を約束するものでない」旨注記されており、保険設計書に記載した祝金の支払いを保証したものでないことが明らかである。

- (2)1990年代の歴史的不況によって日経平均株価や長期金利は長らく低迷したが、この不況は誰も予測することはできなかった。当社としても予想することができず、昭和50年当時の設計書は祝金の変動を「多少」変動するという表現に止めたが、これをもって不当表示、誇大広告に当たるとは考えておらず、保険料を返還することはできない。

<裁定の概要>

本件については、当事者双方からの書面による審理、申立人への電話による事情聴取などを行った結果、以下により申立てには理由がないものと認め、裁定書をもってその理由を明らかにし裁定手続きを終了した。

- (1)本件の保険約款および保険設計書上も、祝金（生存保険金）の原資は配当による旨記載されている。配当とは利益の分配に他ならないから、利益が生じないところに配当はないのであり、また利益に応じて変動することは明らかにしなくとも当然の理である。保険設計書は、保険契約の時点で現在までの実績に基づき将来を予想して記載するものであるから確定的なものではなく、かつ設計書の記載が保険契約の内容を拘束するものではない。

従って、申立人には設計書記載どおり、あるいは設計書に近い金額の祝金を請求する法的根拠は存在しない。

- (2)祝金（生存保険金）の給付の有無は配当金の有無により決まるものだが、祝金が確実に得られるとの理由により本件契約を締結したが、実際には給付されなかったということは動機の錯誤であり、この動機が表示されない限り要素の錯誤となるものではない。事情聴取の結果によっても、かかる表示がなされていないのだから、錯誤による無効は主張できないものである。

更に、詐欺が成立するためには、欺罔行為の存在を必要とするが、行為当時の状況において、相手方を錯誤に陥れる行為でなければならないが、本件契約当時、配当が無いという事態は、現実には予想が困難な事態であり、かかる事態を予想して説明しなくとも不作為による詐欺とはならない。

また、行為当時の状況においては配当がないこともありうることの説明をしないことが直ちに重要事項の説明がなかったことにはならない。

なお、説明義務違反による取消は、本件契約当時には消費者契約法が施行されていないので問題とならず、行為当時の状況においては配当がないこともありうる旨の説明をしないことが直ちに重要事項の説明がなかったことにはならないが、現時点においては、契約者に対し、危険性の認識を得られるよう明示的に説明する義務は存在するものと考えられるのであり、保険会社においても特段の配慮を必要とするものである。

[事案17-19 契約無効確認・既払込保険料返還請求]

- ・平成17年10月25日 裁定申立受理
- ・平成18年2月23日 和解成立

<事案の概要>

既契約保険を解約して加入したが、契約内容について一切説明がなく、保険料一時払いのつもりでいたが、実際は年払いの4年前納であったとして、契約取消し、保険料返還を求め裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

- ・営業職員の勧めで、以前から加入していた契約を解約し、解約返戻金で新しい保険（終身保険）に加入したが、新しい契約内容については全く説明がなく、手続きも営業職員のペースで進められ、その契約内容は依頼していた「保険料一時払いで契約時以降の保険料の払込みは不要・・・」と異なり、年払い（保険料払込期間10年）の4年前納契約で、5年目から6年間保険料の払込みが必要であることが分かった。年金生活者で70歳代になってから、保険料を支払うことは大変なのに、一定期間後に保険料の払込みが必要になることについて知らされていなかった。
- ・営業職員の言われるまま契約関係書類に捺印してしまったミスは認めるが、契約者の意向を無視した勧誘・手続きの進め方は納得できるものではなく、保険契約は無効とし、前の状態に戻すことを求める。

<保険会社側の主張>

営業職員は保険設計書をもとに、解約した契約の解約返戻金の範囲内の保険料で加入いただけるように、「加入時は保険料の支払いは年払いで4年分保険料を前納し、5年目以降は払済保険あるいは延長定期保険への変更も可能・・・」と説明のうえ、申立人から自署捺印していただいた。しかし、「保険料年払の4年前納」と「その後の契約内容の変更（延長定期保険・払済保険への変更）」の取扱いは、一般顧客にとっては分かりにくかったと思料する。その結果、申立人の契約内容の十分な理解が得られなかったものと認識し、申立人の主張に沿って、契約を取り消し、契約前の状態に復帰させることとしたい。

<裁定の概要>

裁定審査会は、会社側の申出内容にもとづき、契約を取り消し保険料を全額返還（利息を付さない）するとの和解案を作成のうえ双方に示したところ、双方の合意を得たので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案17-20 契約無効確認・既払込保険料返還請求（銀行窓口販売）]

・平成17年11月25日 裁定申立受理・審理中

[事案17-21 配当金支払無効・契約者貸付無効確認請求]

・平成17年12月8日 裁定申立受理・審理中

[事案17-22 配当金・祝金請求]

・平成17年12月20日 裁定申立受理

・平成18年4月19日 裁定終了

<事案の概要>

保険設計書記載の祝金（配当金を財源とするもの）の金額について営業職員と営業所長が押印し支払いを保証したものであり、設計書記載の金額の祝金を支払って欲しいとして申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和52年契約時の保険設計書に記載されている金額に営業職員の押印があるのはそれぞれの金額を保証するものである。設計書の表紙には「内容について相違ありません」と了解し営業所長の記名・捺印もある。これは、設計書を提示されたとき、金額の不安定性が将来の紛争要因にならないように固定金額を申し出、営業職員も設計書に記載された金額により契約することに同意、その証として押印したものであり、日本社会での押印の重要性を考えれば、会社は保険設計書に記載されている金額の祝金を支払うべきである。

<保険会社側の主張>

下記理由により、保険設計書に記載された祝金を支払うことはできない。

- ・申立契約の祝金は配当金を財源とするもので確定した金額でなく、設計書下部にも「記載の配当数値は、今後の配当実績によって多少の変更があり、将来の支払額を約束するものではない」旨注記されており、保険設計書に記載した祝金の支払いを保証したものでないことは明らかである。また、設計書には「この設計書は営業案内に付け加えお勧めするプランのあらましを記載したもので、検討に当たっては必ず営業案内ならびにご契約のしおりを併せてご覧ください」とし、営業案内には「配当金で祝金が受け取れる」と表示され、祝金が配当金を財源とすること、配当金の実績によって支払われる祝金の変動することについても明らかである。
- ・確かに、保険設計書の金額ごとに元営業職員（故人）の捺印があるが、「支払いを保証する」趣旨の文言はなく、捺印が必ずしも設計書記載の金額の支払いを保証するものとは言えず、仮に申立人と営業職員との間で、設計書に記載された金額をもって契約するとの同意があっ

たとしても、営業職員には契約の締結権はなく、営業職員の同意をもって当社の同意とはならず、当社との契約上の効力は生じない。

- ・なお、設計書記載の祝金は契約時点の直近の決算に基づく配当実績が将来も継続するとして試算した金額であり、高度成長期には資産運用も順調であり、契約当時に使用されていた予定利率を大きく上回る運用収益が得られたが、バブル崩壊後の経済停滞、未曾有の超低金利が長期化している金融情勢下では、当時の高い予定利率を上回る運用収益をあげることは難しく逆ザヤが生じ、申立契約のように予定利率の高い（5%）契約については残念ながら配当金を支払うほどの運用収益をあげるができない状態が続いている。

<裁定の概要>

裁定審査会は、申立書、答弁書等に基づく審理を進めた結果、下記の理由により本件申立てには理由がないとして裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続を終了した。

- ①営業職員の押印は、配当実績により変動する祝金等の金額にのみなされているわけではなく、配当実績により変動することがない満期保険金、保険料、死亡保険金、災害特約保険金その他の箇所にもなされている（配当実績により変動することがない金額については保証する意味がないから、これらの押印は記載の金額が間違いのないことを確認する趣旨に止まるものと解される）
- ②祝金等の支払いを保証する趣旨の文言の記載はない
- ③設計書の欄外には「記載の配当数値については営業案内にご説明のとおり今後の配当の実績によって多少の変更があり、将来の支払額を約束するものではないのでご注意ください」との記載がなされている
- ④営業案内には、祝金等が「3年目からつく毎年の配当」を財源としてなされると理解することができる説明がある
- ⑤営業職員及び営業所長には法律上、契約締結権は付与されていない

などの事実を総合斟酌すると、申立人の主張するように、相手方会社が同設計書に記載された金額どおりの祝金等の支払いを保証した（約束した）ものであると認めることは困難である。

確かに、設計書の欄外の記載に見られるように、祝金等の金額に「多少の変更」があることと、それらが全く支払われないこととの間には大きな差があり、申立人が不満を抱く理由も理解できないわけではないが、この間のバブル経済崩壊等に原因する異常な経済状況の変化を考慮すれば、やむを得ない事態といわなければならない。

[事案17-23 災害保険金請求]

- ・平成17年12月20日 裁定申立受理・審理中

[事案17-24 契約転換無効確認請求]

- ・平成17年12月21日 裁定申立受理
- ・平成18年3月9日 裁定申立取下げ

<事案の概要>

転換取消しの裁定申立てであったが、保険会社から申立人の意向どおり対応する旨通知があり、

申立人より「裁定申立て取下げ」の届出がされ、終了したもの。

<申立人の主張>

被保険者である妻が営業職員に勧められ、20年以上継続してきた養老保険（契約者＝夫であるご自身、被保険者＝妻）の一部を転換して医療保険にする契約申込書に記入捺印し、翌日早速診査を受けた。翌々日、再度、転換前と転換後の保障内容を詳しく検討したところ、転換後は死亡保障も満期の保険金も転換前の1/3になってしまい、転換前の方が有利であると判明。そこで、クーリング・オフしようとしたところ、妻が診査を受けているので出来ないといわれた。

「診査を受けるとクーリング・オフできない」ことについては、書面（「重要事項に関するお知らせ」）を渡しており、営業職員の募集上の過失はないと会社側は言うけれど、重要なことを口頭で説明しないのはおかしい。また、転換後の医療保険の方が有利というがどのように有利なのか、契約内容の説明が不十分で、転換後契約の有利性について納得いく説明が出来ない。一部転換を取り消して、元の養老保険に戻してほしい。

<裁定の概要>

裁定申立書を保険会社に送付したところ、保険会社より「申立人の意向に沿って、一部転換を取り消し元の契約に戻す」との連絡があったため、申立人より「裁定申立てを取り下げる」旨の書面が提出され、終了した。

[事案17-25 祝金支払無効・契約者貸付無効確認請求]

- ・平成17年12月21日 裁定申立受理
- ・平成18年4月19日 裁定不開始（訴訟）

<事案の概要>

契約者が知らないうちに作成されたカードにより行われた契約者貸付によって生じた損害賠償を求めて裁定の申立てがあったもの。

<申立人の主張>

元の妻が、契約者である自分に無断で相手方会社のカードを作成し、無断で「契約者貸付」、「生存給付金払出し」を行ったが、契約者の意思確認をせずにカードに応じたことは保険会社の落ち度（書類の確認ミス、契約者本人への連絡確認不足）であるから、落ち度によって生じた損害の補償を求める。

<保険会社側の主張>

配偶者による手続きではあるが、カード作成に当たっては、保険証券と印鑑証明書（実印）の提出により申込みがされており、カードは「配達記録郵便」で届け出いただいている住所に送付している。また、配偶者が夫の生命保険の加入を了知のうえ生命保険のカードの申込手続きをする行為は不自然ではなく、通常は代理権があると考えるのが自然であり、発行は有効とする判断は正当なものであり、結論に変更の余地はなく、司法機関の判断（裁判）により解決を図りたい。

<裁定の概要>

裁定審査会は、保険会社が訴訟により解決を図るとの届出について相当の理由があると認め、申立人に対し「申立人、相手方会社以外の第三者の証言等の事実認定を行う必要があるため、訴訟や民事調停による解決を図ることについて相当の理由があると認め裁定を開始しない」旨の通

知を行った。

[事案17-26 育英資金・配当金請求]

- ・平成17年12月21日 裁定申立受理
- ・平成18年4月19日 裁定不開始（訴訟）

<事案の概要>

契約時に示された据置利率にもとづく満期時受取額の支払いを求めて裁定の申立てがあったものの。

<申立人の主張>

昭和61年に加入したこども保険（18年満期）について、契約時に説明のあった積立配当金、育英資金の据置利率（年8%）等にもとづく金額が支払われるとの前提で契約したものであり、加入後に契約者の了解も得ずに据置利率を変動することは容認できないので、契約時に保険設計書に記載された金額を支払うべきである。また、本件に要した経費、調査・検討費および慰謝料を支払ってほしい。

<保険会社側の主張>

加入時に提示したパンフレット、保険設計書および約款には「育英資金の積立額および積立配当金は、積立利率年8%（現行利率）も複利で計算されているが、この利率は今後変動することがある」旨記載されており、据置利率が保証されたものでないことは明白であると考えており、契約者間の公平性、約款の法的解釈の観点から、司法機関における判断（裁判）により解決を図りたい。

<裁定の概要>

裁定審査会は、保険会社が訴訟により解決を図るとの届出について相当の理由があると認め、申立人に対し「申立人以外にも類似事案が多数あるため、訴訟等の公的判断を得ることについて相当の理由があると認め裁定を開始しない」旨の通知を行った。

[事案17-27 高度障害保険金請求]

- ・平成18年1月6日 裁定申立受理・審理中

[事案17-28 配当金請求]

- ・平成18年1月6日 裁定申立受理・審理中

[事案17-29 障害給付金請求]

- ・平成18年1月18日 裁定申立受理
- ・平成18年4月6日 裁定申立取下げ

<事案の概要>

障害給付金の支払いを求めた裁定申立てであったが、保険会社から支払う旨通知があり、申立人より「裁定申立取下げ」の届出がされ、終了したものの。

<申立人の主張>

平成15年8月22日の交通事故により全身を打撲（頸部捻挫、腰背部打撲挫傷）により入院し、その後通院加療し16年8月31日に症状（脊柱障害）が固定に至ったため、傷害特約に基づく障害給付金を請求したが、症状を他覚的に説明し得る所見が認められない、上記交通事故を直接の原因とするものかどうか不明である、今後改善される見込みが全くないものと判断することが出来ない、事故日から180日以内に支払対象の障害状態になりかつその状態が継続していたとは確認できない、ことを理由に16年12月21日付で不払決定の通知を受けた。

1年後の17年10月12日、あらためて医師の診査を受け、「以前と改善していないし、今後も改善する可能性は少ない」との診断が出たので、再度、障害給付金を請求したところ、やはり症状を他覚的に説明し得る所見が認められないとの理由で不払決定の通知が届いたが、納得できない。

<裁定の概要>

裁定申立書を保険会社に送付したところ、保険会社より「検討を重ねた結果、約款規定の障害等級第5級36号の障害（脊柱に運動障害を永久に残すもの）に該当するものと判断し、障害給付金を支払う」旨通知があったため、申立人より裁定申立てを取り下げる旨の書面の提出があり、終了した。

[事案17-30 障害保険金請求]

・平成18年1月18日 裁定申立受理・審理中

[事案17-31 入院給付金請求]

・平成18年3月8日 裁定申立受理・審理中

[事案17-32 入院給付金請求]

・平成18年3月8日 裁定申立受理・審理中

[事案17-33 障害給付金請求]

・平成18年3月22日 裁定申立受理・審理中

7. 裁定諮問委員会の活動について

生命保険相談所および裁定審査会の中立性・公正性を確保するため、運営状況のチェック等を行う機関として「裁定諮問委員会」を設置している。

裁定諮問委員会は、学者、弁護士、医師、消費者代表の学識経験者および協会常勤役員からなる5名の委員で構成し、生命保険相談所長（生命保険協会会長が兼務）からの諮問・相談に応じ、相談所の業務の公正・円滑な運営を図るため、必要に応じて勧告・提言等を行い、生命保険相談室から会員各社への伝達を行っている。

生命保険相談室からは、年2回、相談所における相談・苦情の受付状況ならびに裁定審査会の審理状況等について報告を行っている。

裁定諮問委員会の開催について

平成17年度は上半期6月28日、下半期12月7日に開催し、相談・苦情の受付状況ならびに事例の傾向、裁定審査会の活動状況について報告した。

また、裁定審査会から具体的事案に基づき解決に向けての考え方等について説明があり、諮問委員から意見を聴取した。