

相談所リポート

No.81

〈平成19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. 平成19年度の生命保険相談所受付状況	1
(1) 四半期別受付件数	2
(2) 男女別受付件数	2
(3) 受付場所別受付件数	2
(4) 経路別受付件数	3
(5) 相談所認知経路別受付件数（判明分のみ）	3
(6) 相談時間別対応件数（文書による申し出を除く）	3
(7) 弁護士による無料法律相談	3
2. 一般相談受付状況	4
(1) 一般相談項目別受付件数	4
(2) 主な相談事例	5
3. 苦情受付状況	7
(1) 苦情項目別受付件数	8
(2) 具体的苦情内容	8
(3) その他の主な苦情事例	11
(4) 苦情発生原因別受付件数	12
4. 生命保険相談所における苦情解決支援	13
(1) 生命保険会社に解決依頼を行った苦情項目	13
(2) 解決依頼を行った苦情の生命保険各社の対応状況	14
5. 裁定審査会における紛争解決支援	15
(1) 裁定申立受理件数	15
(2) 裁定終了件数	15
(3) 裁定の概要	17
6. 裁定諮問委員会の活動	39
7. 認定投資者保護団体としての苦情受付状況	40
8. 認定個人情報保護団体としての苦情受付状況	41
9. 苦情等関係情報の集約化・分析等を効果的に行う仕組み	42
(1) 「ボイス・レポート」の発行等	42
(2) 「消費者の声」事務局の活動	42
(3) 苦情情報等の更なる活用に向けた取組み	43
生命保険相談所一覧	
生命保険各社相談窓口一覧（五十音順）	

はじめに

生命保険協会では生命保険相談所を設置し、本部の生命保険相談室（以下、「本部相談室」）および地方の連絡所（53ヵ所）で保険契約者等から寄せられる相談・質問・苦情・紛争に対応しています。

本レポートは、平成19年度に生命保険相談所が受け付けた相談・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。

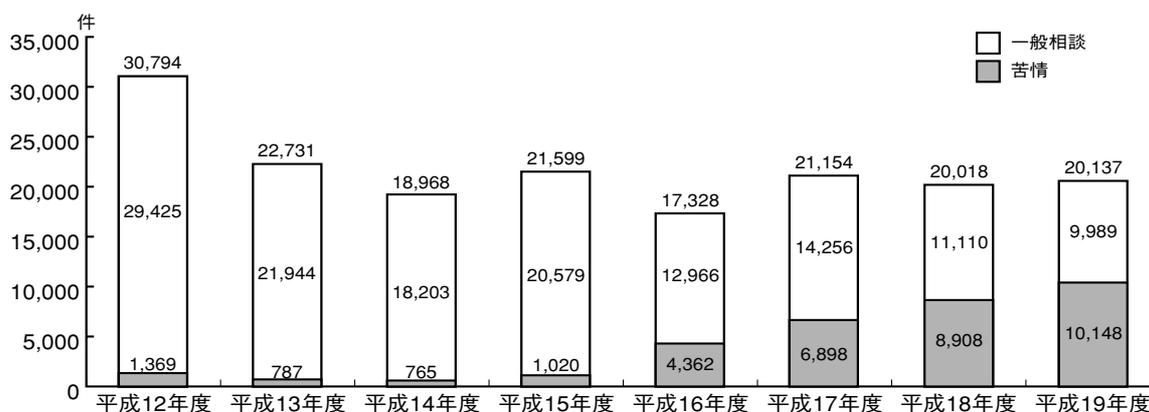
1. 平成19年度の生命保険相談所受付状況・・・図表1、図表2参照

生命保険相談所が平成19年度に受け付けた件数（一般相談と苦情の合計）は20,137件であり、前年度（20,018件）とほぼ同じ件数となった。

平成19年4月および10月に、生命保険各社が行った保険金等支払状況に関する金融庁報告および記者発表を受け、マスコミ報道があったこと等もあり、3年連続して2万件を超えた。

このうち、一般相談は9,989件、苦情は10,148件で、一般相談が前年度に比べ1割減少したのに対し、苦情は1割強増加し初めて苦情件数が一般相談件数を上回った。これは、上記の生命保険各社による保険金等支払状況に関する金融庁報告等により、苦情件数が増加したことが主な要因と考えられる。

（図表1）相談所受付件数の推移



（注）平成16年度以降に苦情件数が増加したのは、16年度から一般相談と苦情の分類を見直し、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、その後分類の徹底を図ったことによる。

（図表2）一般相談・苦情項目別受付件数

項目(内容)	19年度			18年度		
	件数	占率	前年度比	件数	占率	
一般相談	新契約関係	1,508件	15.1%	73.3%	2,056件	18.5%
	収納関係	227	2.3	87.0	261	2.3
	保全関係	1,488	14.9	84.3	1,766	15.9
	保険金・給付金関係	1,328	13.3	101.1	1,313	11.8
	その他	5,438	54.4	95.2	5,714	51.4
	小計	9,989	100.0	89.9	11,110	100.0
苦情	新契約関係	2,028件	20.0%	111.7%	1,815件	20.4%
	収納関係	752	7.4	124.7	603	6.8
	保全関係	2,762	27.2	117.2	2,357	26.5
	保険金・給付金関係	3,990	39.3	115.2	3,464	38.9
	その他	616	6.1	92.1	669	7.5
	小計	10,148	100.0	113.9	8,908	100.0
合計	20,137件	-	100.6%	20,018件	-	

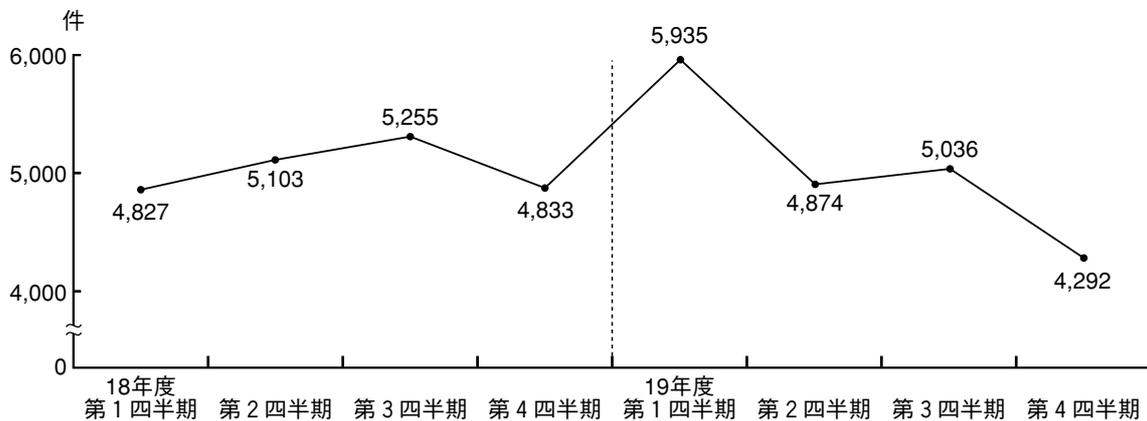
(1) 四半期別受付件数・・・図表3参照

平成18年度は、損害保険各社の給付金不支払、個別生命保険会社の配当金支払漏れや保険契約の不正解除等があり、年間を通じてほぼ5千件前後の水準で推移した。

平成19年度は、4月に生命保険各社が保険金等支払状況に関する金融庁報告および記者発表を行うとともに、当協会がお詫び広告を新聞に掲載したことから、第1四半期は5,935件と前年同期、前期に比べ2割以上増加した。

第2四半期は4,874件と第1四半期に比べ1千件以上減少したが、第3四半期には生命保険各社が10月に19年度2回目の保険金等支払状況に関する金融庁報告を行ったこと等から、再び増加し5千件を超えた。第4四半期に入ると、保険金・給付金関係等の相談が大きく減少したこと等から4,292件となり、前年同期、前期に比べ1割以上減少した。

(図表3) 四半期別受付件数



(2) 男女別受付件数

受付件数を男女別にみると、男性は9,723人（占率48.3%）、女性は10,414人（同51.7%）であり、女性がわずかに多いが、男性の占率がさらに上昇して過去最高の占率となった。

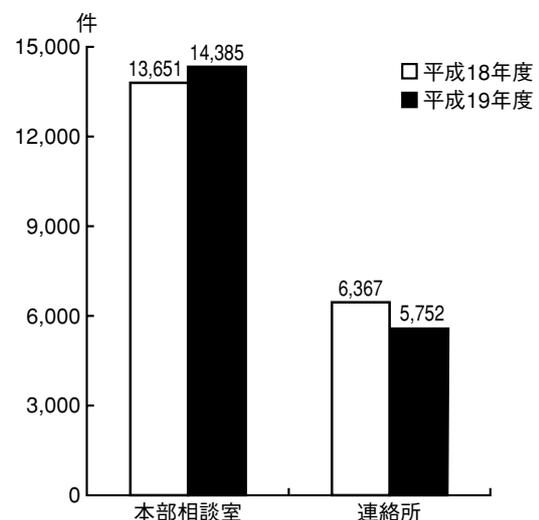
(3) 受付場所別受付件数・・・図表4参照

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

本部相談室と連絡所の受付件数占率をみると、本部相談室は71.4%（前年度68.2%）、連絡所は28.6%（同31.8%）と、引き続き本部相談室の占率が上昇し、初めて7割を超えた。

19年4月に生命保険各社が保険金等支払状況に関する金融庁報告および記者発表を行った翌日に、当協会が新聞に掲載したお詫び広告に本部相談室の電話番号を記載したことが影響していると思われる。

(図表4) 受付場所別受付件数



(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19,314件で全体の95.9%と大半を占めている。

「訪問」は719件、3.6%、「文書」によるものは104件、0.5%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の増加率が大きい。

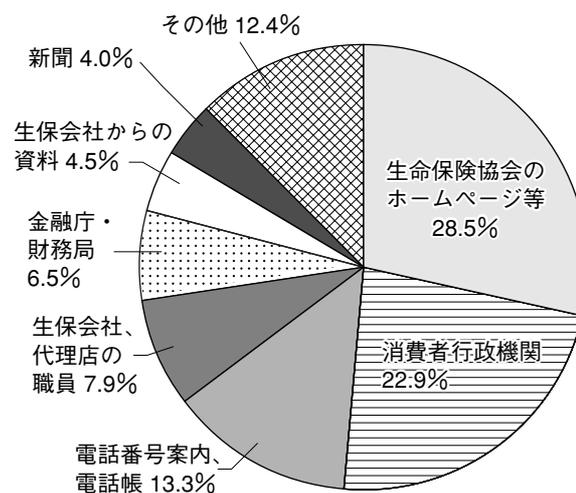
(5) 相談所認知経路別受付件数（判明分のみ）・・・・・・・・・・図表5参照

受付件数を認知経路別にみると、「生命保険協会のホームページ等」インターネットによるものが5,031件で、判明分17,658件の28.5%と引き続き最も多いが、占率は低下している。

第2位は「消費者行政機関」で4,037件、22.9%、第3位は「電話番号案内（104）、電話帳」で2,346件、13.3%となり、前年度より2.5ポイント増加し、2年連続して大幅に増加した。

続いて「生保会社、代理店の職員」が1,397件、7.9%で、「金融庁・財務局」の1,154件、6.5%を抜き第4位となり、「生保会社からの資料」が798件、4.5%、「新聞」が700件、4.0%で、当協会のお詫び広告の影響から「新聞」の占率がやや上昇した。

(図表5) 相談所認知経路別受付件数占率



(6) 相談時間別対応件数（文書による申し出を除く）

平成18年度までは初回の申し出のみを対象としていたが、相談件数システムの改訂により再申出があった場合にも対応件数として集計に含めることが可能となったため、受付件数を上回る件数での統計となっている。

対応件数を相談時間別にみると、「5分以下」が8,863件で最も多く、文書受付を除く総対応件数21,821件の40.6%（前年度46.0%）を占めているが、占率は大幅に低下している。

以下「5分超10分以内」は4,991件で22.9%（同22.8%）、「10分超20分以内」は4,582件で21.0%（同18.6%）、「20分超30分以内」は1,728件で7.9%（同6.5%）、対応時間が30分を超える相談は1,657件で、7.6%（同6.0%）となり、5分超の件数占率はいずれも前年度より上昇している。

再申出はほとんどが苦情であるため、対応に時間がかかっており、平均対応時間は13分20秒となり、前年度より1分14秒長くなっている。

(7) 弁護士による無料法律相談

生命保険相談所では平成13年度から月1回（所定日）、保険契約者等から申し出のあった相談・苦情に関し、弁護士によるアドバイスが受けられる法律相談（無料）を実施しており、平成19年度は6名が法律相談を利用した。相談内容は、疾病の治療中における事故の災害認定、保険料振替貸付後の営業職員の情報提供不足、告知義務違反による死亡保険金の不支払い、時効による満期保険金の不支払い、失効に至るまでの営業職員の情報提供不足等であった。

2. 一般相談受付状況

(1) 一般相談項目別受付件数・・・図表6、図表7参照

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1,328件（占率13.3%）、前年度より件数がやや増加し、第2位から上昇し、保険金・給付金の支払手続きや支払可否に関する照会が多く寄せられた。

第2位は「会社の内容等」の1,325件（同13.3%）で、前年度の第1位から下降しているが、第1位の「保険金・給付金」とは同程度の件数となっており、旧保険会社名による現在の保険会社名・連絡先の照会に加えて、保険会社からの資料に生命保険相談所の電話番号が記載されていることがあるため、保険会社と勘違いしての電話も多かった。

第3位は「隣接業界」で1,294件（同13.0%）、郵政民営化による「かんぽ生命」の営業開始に伴い旧簡易保険についての照会が多く、根拠法のない共済の保険会社または少額短期保険業者への移行問題等もあったため、前年度に比べ16.2%増加し前年度の第4位から上昇した。

第4位は「加入・保険種類」の966件（同9.7%）で、前年度より24.1%減少し、前年度の第3位から下降している。就職、結婚、出産に伴う加入相談とともに、高齢者から医療保険を中心に告知緩和型や無選択型商品の照会が多くあった。

第5位は「生命保険相談所」の859件（同8.6%）で、前年度より22.4%増加し第7位から2つ順位を上昇し、最寄りの生命保険相談所の場所・電話番号、相談方法についての照会が多くあった。

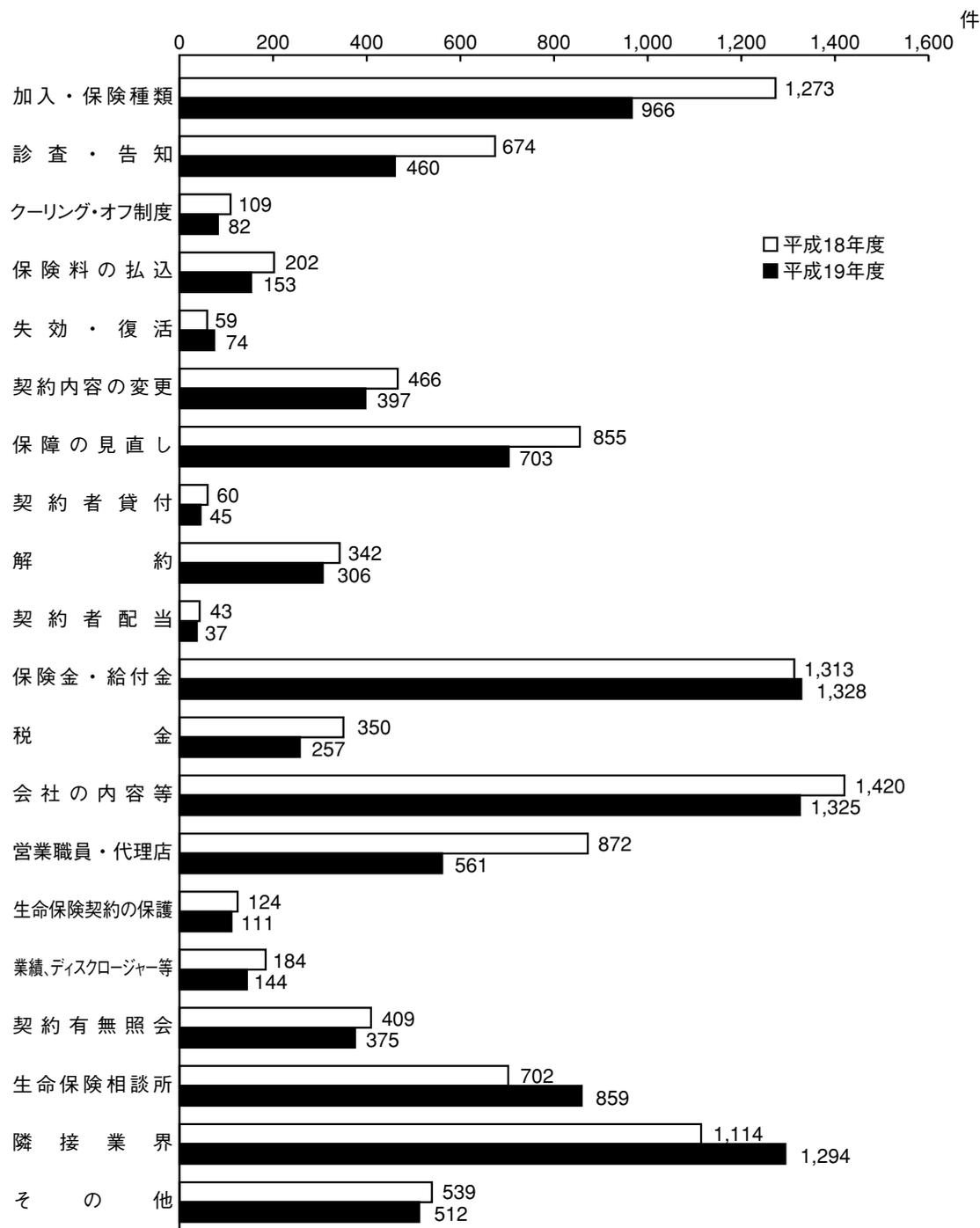
第6位は「保障の見直し」の703件（同7.0%）で、前年度より17.8%減少したが、転職、退職等に伴う見直し、保険料負担と保障のバランスの見直し、死亡保障から医療保障への見直し等が多くあった。

（*）上記を含め、主な相談内容については、(2) 主な相談事例（5頁）を参照

（図表6）一般相談項目別受付件数（網掛けは上位6項目）

	項目(内容)	件数	占率
一般相談	加入・保険種類	966件	9.7%
	診査・告知	460	4.6
	クーリング・オフ制度	82	0.8
	保険料の払込	153	1.5
	失効・復活	74	0.7
	契約内容の変更	397	4.0
	保障の見直し	703	7.0
	契約者貸付	45	0.5
	解約	306	3.1
	契約者配当	37	0.4
	保険金・給付金	1,328	13.3
	税金	257	2.6
	会社の内容等	1,325	13.3
	営業職員・代理店	561	5.6
	生命保険契約の保護	111	1.1
	業績、ディスクロージャー等	144	1.4
契約有無照会	375	3.8	
生命保険相談所	859	8.6	
隣接業界	1,294	13.0	
その他	512	5.1	
合計	9,989件	100.0%	

(図表7) 一般相談項目別件数(対前年度比較)



(2) 主な相談事例

加入・保険種類

- ・就職したので、生命保険に加入したいが、独身の場合、どのくらいの保険に加入するのが良いのか。
- ・結婚するので、夫婦の保険を考えたいが、夫と妻ではどのように考えたら良いのか。
- ・出産を機に保険加入を考えているが、保険金額はどの程度が適当か。また、家族の保険はどのように準備したら良いか。
- ・終身型の医療保険への加入を考えているが、保険料はいつまで支払うことになるのか。
- ・持病があっても加入出来る保険が販売されているが、どのような保険か。

診査・告知

- ・現症や既往症があるが、保険に加入出来るか。
- ・告知書に記載する際に、どこまで、どのように記載すれば良いのか。
- ・加入時に一部告知漏れがあったことを思い出したが、どうすれば良いか。

契約内容の変更

- ・契約者が死亡したが、契約はどうなるのか。
- ・保険料の払込みが苦しいが、契約は継続したい。どのような方法が良いのか。
- ・保険金受取人を変更したいが、誰が、どのようにしたら良いのか。

保障の見直し

- ・転職したので保障内容を見直したいが、どのようにしたら良いか。
- ・定年退職を迎えるので、保険料の払込みを少なくして保障の見直しをしたい。
- ・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。
- ・利率変動型の保険への転換を勧められているが、どのようなメリットがあるのか。
- ・たくさんの保険に加入しており、整理して保障内容を見直したい。

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。契約者が行方不明の場合は手続き出来ないのか。

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。
- ・受取人が被保険者より先に死亡しているが、誰が保険金を請求したら良いのか。
- ・被保険者が保険金・給付金の請求手続きが出来ない場合にはどうしたら良いか。
- ・相続を放棄した場合でも、死亡保険金を受け取ることは出来るのか。
- ・入院して手術を受けたが、給付金は支払われるか。
- ・障害者になったが、高度障害保険金は支払われるか。

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、税金がかかるのか、確定申告する必要があるのか。
- ・入院給付金には税金がかかるのか。

会社の内容等

- ・〇〇生命という保険会社は、今何という保険会社になっているのか。
- ・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。

契約有無照会

- ・ひとり暮らしの祖父が死亡したが、保険契約に加入しているかどうかを調べたい。
- ・自分に保険がかけられているかどうかを調べたい。

3. 苦情受付状況・・・図表8参照

平成19年度の苦情受付件数は10,148件で、19年4月と10月に生命保険各社が保険金等支払状況に関する金融庁報告および記者発表を行うとともに、支払いが不足していたり追加支払いの可能性のある契約者等への案内を実施したこと等から、前年度（8,908件）に比べ1,240件、13.9%増加した。

特に第1四半期（3,172件）は、当協会のお詫び広告を新聞に掲載したこともあり、前年度同期（2,079件）、前期（2,137件）に比べ1.5倍と大幅に増加したが、その後減少傾向を示した。第4四半期（2,061件）は、四半期毎の苦情件数としては過去2年間で最も少なくなり、落ち着きを見せている。

苦情件数を苦情項目・内容別、発生原因別に見ると、図表8のとおりである。

(図表8) 苦情発生原因別受付件数（網掛けは上位10項目） (件)

項目	内容	発生原因					計	前年度比(%)	項目	内容	発生原因					計	前年度比(%)
		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	335	33	5	—	10	383	100.8	保険関係	配当内容	57	0	14	645	1	717	98.1
	不適切な告知取得	82	10	3	—	3	98	79.7		契約者貸付	48	0	18	83	7	156	102.0
	不適切な話法	113	17	0	—	0	130	185.7		更新	90	2	13	86	6	197	118.7
	加入意思確認不十分	94	47	3	8	6	158	188.1		契約内容変更	134	2	40	239	6	421	131.6
	説明不十分	721	91	10	29	19	870	115.7		名義変更	49	2	8	57	7	123	148.2
	契約内容相違	37	2	2	6	5	52	82.5		特約中途付加	25	4	0	16	0	45	173.1
	取扱不注意	51	12	3	0	1	67	231.0		解約手続	237	25	87	265	24	638	127.3
	契約確認	1	0	0	4	0	5	45.5		解約返戻金	82	4	21	234	2	343	123.8
	契約引受関係	23	5	5	123	0	156	109.1		生保カード・ATM関係	9	0	0	4	6	19	158.3
	告知内容相違	4	0	0	5	1	10	40.0		その他	19	4	22	54	4	103	117.0
証券未着	1	1	0	12	0	14	200.0	計	750	43	223	1,683	63	2,762	117.2		
その他	27	8	6	39	5	85	66.4	満期保険金・年金等	54	1	15	264	13	347	125.7		
計	1,489	226	37	226	50	2,028	111.7	死亡等保険金支払手続	37	0	37	173	13	260	122.1		
収納関係	集金	47	1	1	0	0	49	144.1	死亡等保険金不支払決定	26	2	4	470	8	510	103.9	
	口座振替・郵便振込	13	1	2	41	3	60	83.3	入院等給付金支払手続	104	6	111	380	12	613	136.2	
	職域団体扱	15	2	2	23	2	44	118.9	入院等給付金不支払決定	229	52	42	1,737	14	2,074	112.6	
	保険料払込状況	37	2	1	44	0	84	142.4	その他	19	2	8	148	9	186	96.9	
	保険料振替貸付	26	1	1	108	2	138	166.3	計	469	63	217	3,172	69	3,990	115.2	
	失効・復活	38	16	7	158	11	230	115.6	職員の態度・マナー	57	21	34	0	1	113	60.8	
その他	20	3	3	119	2	147	123.5	税金関係	35	6	1	28	2	72	141.2		
計	196	26	17	493	20	752	124.7	個人情報取扱関係	106	15	26	84	4	235	95.9		
その他									アフターフォロー関係	19	3	2	12	0	36	78.3	
									その他	15	4	12	127	2	160	113.5	
									計	232	49	75	251	9	616	92.1	
総計		3,136	407	569	5,825	211	10,148	113.9									

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9参照

苦情を大項目別にみると、「保険金・給付金」に係る苦情が39.3%（前年度38.9%）と最も多く、「保全関係」が27.2%（同26.5%）で2番目に多く、ともに占率をやや上昇させた。

次いで、「新契約関係」20.0%（同20.4%）、「収納関係」7.4%（同6.8%）、「その他」6.1%（同7.5%）の順となっているが、「収納関係」が前年度に比べ25%近く増加し、「その他」を上回った。

(図表9) 苦情項目別受付件数

項 目		件 数	占 率
苦 情	新契約関係	2,028 件	20.0 %
	収納関係	752	7.4
	保全関係	2,762	27.2
	保険金・給付金関係	3,990	39.3
	その他	616	6.1
合 計		10,148 件	100.0 %

(2) 具体的苦情内容・・・・・・・・・・図表10参照

苦情内容（小項目別）の多い上位10項目は図表10のとおりで、同10項目は順位に変動はあるものの、前年度と同じであった。

このうち、「配当内容」以外は前年度に比べ件数が増加し、特に「入院等給付金支払手続」は、支払いが不足していたり、追加支払いの可能性がある契約者等に対し、各社から請求案内が出されたことに伴い、前年度に比べ3割以上増加した。

(図表10) 苦情内容の上位10項目

内 容	件 数	総件数 占率
①入院等給付金不支払決定	2,074 件	20.4 %
②説明不十分	870	8.6
③配当内容	717	7.1
④解約手続	638	6.3
⑤入院等給付金支払手続	613	6.0
⑥死亡等保険金不支払決定	510	5.0
⑦契約内容変更	421	4.1
⑧不適切な募集行為	383	3.8
⑨満期保険金・年金等	347	3.4
⑩解約返戻金	343	3.4

苦情内容（小項目別）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『入院等給付金不支払決定』で2,074件（占率20.4%）で、前年度に続き苦情全体の2割以上を占めた。

主な申出内容

- ・加入時に病気のことを営業担当者に言ったのに、告知義務違反により契約が解除され、給付金が支払われない。
- ・医師の指示で入院しているのに、入院の必要がない（約款規定の入院に該当しない）との理由で、入院日数分の入院給付金が支払われない。
- ・ガンで入院し手術を受けたが、上皮内ガンは約款上該当しないとの理由で支払われない。
- ・約款規定の手術に該当しないとの理由で、手術給付金が支払われないが、加入時にそのような話は聞いていない。
- ・心筋梗塞で入院し手術を受けたが、60日の労働制限がないことを理由に、特定疾病給付金が支払われない。

第2位は「新契約関係」の『説明不十分』で870件（同8.6%）、前年度に比べ件数は15%増加している。

主な申出内容

- ・貯蓄型の保険との説明で加入したが、掛け捨て型の保険だった。話が違うので、契約を取り消してもらいたい。
- ・転換時に予定利率の低下や積立金の保険料への充当等デメリットの説明がなかったので、元の契約に戻して欲しい。
- ・入院保障を充実したいと申し出たところ、知らないうちに転換させられていた。
- ・銀行の店頭でドル建ての変額年金に加入したが、リスクについての説明がなかった。
- ・予定死亡率の見直しにより、受取時に年金額が減少すると言われたが、加入時に説明すべきである。

第3位は「保全関係」の『配当内容』で717件（同7.1%）、件数がやや減少したため順位は変わらないが、占率は1.1ポイント低下した。

主な申出内容

- ・加入時の設計書に記載されている満期時受取額と、実際の受取額の差があまりにも大きい。
- ・保険料払込満了後5年毎に出る祝金（配当買増による生存給付金）がゼロだと言う。
- ・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が著しく少ない。
- ・配当金が少ないので保険会社に照会したが、配当金の明細等について納得のいく説明がない。

第4位は「保全関係」の『解約手続』で638件（同6.3%）、前年度に比べ件数が27%増加し、順位は変わらないが、若干占率が上昇した。

主な申出内容

- ・解約を申し出たのに放置され、保険料が引かれてしまった。保険料を返して欲しい。
- ・解約書類の郵送を申し出たら、営業担当者を通さないと手続き出来ないとされた。
- ・契約者の知らないうちに解約されている。契約者本人の意思確認はどうなっているのか。
- ・契約者の母が認知症になり、成年後見人を立てないと解約出来ないとするが、手続きが大変だ。

第5位は、「保険金・給付金関係」の『入院等給付金支払手続』613件（同6.0%）で、前年度に比べ36%増加し、前年度（第6位）から順位を上昇させている。

主な申出内容

- ・給付金を請求したところ、医師に確認が必要とのことで承諾書を提出したが、その後、何の連絡もない。時間がかかりすぎる。
- ・何年も前の給付金を支払うと言うが、病院ではカルテが保存されていないので、診断書を出せないと言う。なんとかしてほしい。
- ・被保険者が入院中で意識不明の状態なのに、家族からの給付金請求に応じられない。
- ・給付金請求について保険会社に照会したが、キチンとした説明がなく、不親切である。

第6位は「保険金・給付金関係」の『死亡等保険金不支払決定』で510件（同5.0%）、増加率が他項目に比べ低く、前年度の第5位から順位を下降させた。

主な申出内容

- ・障害状態が重く、身体障害者1級の認定を受けているのに、高度障害状態には該当しないと言われ、保険金が支払われない。
- ・死亡保険金を請求したところ、告知義務違反により契約解除と言われ、保険金が支払われない。理由も分からず納得出来ない。
- ・事故で死亡したのに、約款規定の不慮の事故に該当しないと言われ、災害保険金が支払われない。

第7位は「保全関係」の『契約内容変更』で421件（同4.1%）、前年度に比べ31%増加し、前年度の第8位から順位を上昇させた。

主な申出内容

- ・定期保険特約の減額（解約）を申し出ているが、受け付けてくれない。
- ・保険証券に記載されている満期保険金額が支払われない。保険会社の破綻・契約移転に伴う契約内容の変更によると言うが、大幅に減額されており、説明もない。

第8位は「新契約関係」の『不適切な募集行為』で383件（同3.8%）、件数は前年度とほぼ同じで、前年度（第7位）から順位を下降させた。

主な申出内容

- ・自分の知らないうちに母が自分を契約者として加入していたが、契約は無効である。
- ・営業職員から、保険料を支払わなくて良いからと頼まれて契約したが、違法ではないか。
- ・営業職員をしている友人から、名義を貸して欲しいと何度も頼まれて迷惑している。
- ・保険証券が届いたが、加入した覚えはない。

第9位は「保険金・給付金関係」の『満期保険金・年金等』で347件（同3.4%）、前年度より25%増加し、占率もやや上昇した。

主な申出内容

- ・こども保険の祝金を満期まで据え置いたが、満期時の受取額が設計書記載の金額に比べて大幅に少なく、さらに貯蓄のつもりでいたのに保険料の合計額よりも少ない。
- ・満期保険金を請求したが、受取人本人に意思能力がないとの理由で、受け取ることが出来ない。

第10位は「保全関係」の『解約返戻金』の343件（同3.4%）で、前年度に比べ23%増加し占率もやや上昇している。

主な申出内容

- ・営業担当者から絶対損はしないと言われて加入したのに、いざ解約したら解約返戻金が払込保険料よりも大幅に少なかった。
- ・解約返戻金が少ないので、計算方法を教えるように求めたが、納得いく説明がない。

(3) 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、告知しなくて良いと言われ、告知せずに入社したが、保障されるかどうか不安である。
- ・ 断っているのに、代理店が執拗に勧誘の電話をかけて来る。何とか止めさせてもらいたい。
- ・ 高齢の母親が勧められるままに高額な保険に入社させられた。判断力が落ちているので取り消してほしい。
- ・ 申込みをしたところ、加入を断られたが、理由の説明がなく、納得出来ない。

収納関係

- ・ 保険料の引落としが行われずに失効したが、通知もなく、担当者からも連絡がなかった。
- ・ 長年続けてきた保険をすっかり失効させてしまい、復活を申し出たが、病気を理由に断られた。何とかしてもらいたい。
- ・ 頼んでいないのに、知らないうちに保険料の振替貸付が行われ、解約返戻金が減ったうえに利息まで付くと言う。納得出来ない。
- ・ 終身保険（主契約）の保険料払込満了後に、特約保険料を払い込む必要があることの説明を受けていない。
- ・ 年払で保険料を支払っているが、解約したところ残りの月数分の保険料は返さないと言う。説明もなく、納得がいかない。

保全関係

- ・ 契約者貸付を受けたが、利息の説明がなく、後から5.75%の請求を受けた。何故そんなに高いのか。
- ・ 何の手続きもしていないのに勝手に契約が更新され、高い保険料が引き落とされていた。
- ・ 更新時期を迎えたが、特別条件が付いているので更新出来ないと言われた。契約時にそんな説明は聞いていない。
- ・ 子供保険に元夫が契約者となって加入してきたが、離婚後、保険料は自分が支払っているのに、契約者を自分にする事が出来ない。

保険金・給付金関係

- ・ 死亡保険金受取人に意思能力がないと言われ、保険金の請求を受け付けてくれない。
- ・ 以前に支払われなかった給付金を、今回支払ってくれることになったが、遅延利息を支払ってもらえない。

その他

- ・ 加入が不承諾になったので、申込書類の返却を求めたが、返してもらえない。
- ・ 新聞報道されている保険金・給付金の不支払問題は、お客様軽視の業界の体質の問題である。
- ・ 保険会社に何度も電話しているが、いつも話中でつながらない。

(4) 苦情発生原因別受付件数・・・図表11、図表12参照

発生原因別にみると、“制度・事務”（取扱いに疎漏はないが、会社の事務・約款・制度そのもの）を原因とする苦情が最も多く5,825件（占率57.4%）で、前年度同様苦情全体の6割近くを占めている。次いで、“営業担当者（営業職員・代理店）”を原因とするものが3,543件（同34.9%）となっている。

“制度・事務”と“営業担当者”の発生原因について項目別・内容別に苦情件数をみると次のとおり。

①制度・事務

項目別では「保険金・給付金関係」が半分以上（占率54.5%）を占め、「保全関係」（同28.9%）が2番目に多い。

苦情内容を見ると、「保険金・給付金関係」の『入院等給付金不支払決定』（占率29.8%）が最も多く、制度・事務を原因とする苦情の約3割を占めている。次いで、『配当内容』（同11.1%）、『死亡等保険金不支払決定』（同8.1%）、『入院等給付金支払手続』（同6.5%）、『解約手続』（同4.5%）となっている。

<苦情事例>

- ・約款に規定されている手術ではないとの理由で手術給付金が不支払いとなったが、医学の進歩に合わせて約款も常に見直すべきである。
- ・設計書記載の配当金額は確定した金額と誤解しやすい。そのような設計書で募集するのはおかしい。
- ・国の身体障害者1級に認定されたのに高度障害に該当しないと言われたが、契約者等から見ると国の障害基準と異なることは理解しにくい。

②営業担当者

項目別では「新契約関係」が半分近く（占率48.4%）を占め最も多く、「保全関係」（同22.4%）、「保険金・給付金関係」（同15.0%）の順となっている。

苦情内容を見ると、「新契約関係」の『説明不十分』（同22.9%）が最も多く、営業担当者を原因とする苦情の2割以上を占め、転換時の申し出が新契約時を上回っている。次いで、『不適切な募集行為』（同10.4%）、『入院等給付金不支払決定』（同7.9%）、『解約手続』（同7.4%）の順となっている。

<苦情事例>

- ・医療保障の充実をお願いしたところ、説明がないまま加入していた契約を転換させられてしまった。
- ・営業担当者に言われるまま、家族の者が無断で自分を契約者にして保険に加入していた。
- ・営業担当者が告知しなくてよいと言ったのに、契約解除となり給付金が支払われない。

(図表11) 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）	3,543 件	34.9 %
うち営業職員	3,136	30.9
うち代理店	407	4.0
その他の職員	569	5.6
制度・事務	5,825	57.4
契約者等	211	2.1
合計	10,148 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。

(図表12) 主な苦情発生原因の内容上位項目

発生原因	内容	件数	占率
制度・事務	入院等給付金不支払決定	1,737 件	29.8 %
	配当内容	645	11.1
	死亡等保険金不支払決定	470	8.1
	入院等給付金支払手続	380	6.5
	解約手続	265	4.5
	満期保険金・年金等	264	4.5
	契約内容変更	239	4.1
	解約返戻金	234	4.0
	(制度・事務計)	5,825	100.0
営業担当者	説明不十分	812 件	22.9 %
	不適切な募集行為	368	10.4
	入院等給付金不支払決定	281	7.9
	解約手続	262	7.4
	(営業担当者計)	3,543 件	100.0

4. 生命保険相談所における苦情解決支援・・・・・・・・・・図表13参照

平成19年度に生命保険相談所に寄せられた苦情10,148件（本部相談室6,245件、連絡所3,903件）のうち、22.9%にあたる2,323件は、生命保険商品の仕組み、生命保険約款の内容および申し出に関する生命保険業界の取組状況等を説明することにより了解を得ている。

しかし、10.8%にあたる1,091件は説明が不調に終わり、申出人の了解を得ることが出来ず、ご意見として拝聴している。

また、62.2%にあたる6,314件は、①生命保険商品の仕組み、生命保険約款の内容および申し出に関する生命保険業界の取組状況等を説明することにより了解を得ているが、詳細内容について確認するため生命保険会社の窓口を紹介したり、②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、交渉にあ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、生命保険会社の窓口を紹介している。

相談所に寄せられた苦情10,148件のうち4.1%にあたる420件については、申出人の要望にもとづいて各生命保険会社に解決依頼を行った。

（図表13）苦情解決支援状況

	件数	占率
苦情受付総件数	10,148 件	100.0 %
相談所で説明して了解	2,323	22.9
相談所で説明するも不調、意見拝聴	1,091	10.8
生保会社の窓口を紹介し、交渉継続	6,314	62.2
生保会社へ解決依頼	420	4.1

(1) 生命保険会社に解決依頼を行った苦情項目・・・・・・・・・・図表14、図表15参照

解決依頼を行った苦情を項目別にみると、「保険金・給付金関係」が最も多く166件、うち約2/3が『入院等給付金不支払決定』で110件、『死亡等保険金不支払決定』が32件、『満期保険金・年金等』が10件となっている。

次は、「新契約関係」の132件で、うち半分以上が『説明不十分』で77件、『不適切な募集行為』が19件、『不適切な告知取得』が15件となっている。

「保全関係」は83件で、うち『解約手続』が30件、『配当内容』が16件となっている。

以下、「収納関係」28件、「その他」11件となっている。

（図表14）苦情解決依頼した苦情項目別件数

苦情項目	件数	占率
新契約関係	132 件	31.4 %
収納関係	28	6.7
保全関係	83	19.8
保険金・給付金関係	166	39.5
その他	11	2.6
合計	420 件	100.0 %

（図表15）解決依頼を行った苦情内容の上位8項目

内容	件数	解決依頼総件数占率
①入院等給付金不支払決定	110 件	26.2 %
②説明不十分	77	18.3
③死亡等保険金不支払決定	32	7.6
④解約手続	30	7.1
⑤不適切な募集行為	19	4.5
⑥配当内容	16	3.8
⑦不適切な告知取得	15	3.6
⑧満期保険金・年金等	10	2.4

(2) 解決依頼を行った苦情の生命保険各社の対応状況・・・・・・・・図表16参照

生命保険会社に解決依頼を行った420件の46.4%にあたる195件が解決した。解決の内容をみると「生命保険会社の説明による解決」が122件、「苦情申出者の申出内容による解決」が57件、「歩み寄りによる和解が成立したもの」が16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51件、「他の機関に申し出を行ったもの」が12件、「申し出が取り下げられたもの」が15件であり、計273件、65.0%が苦情解決支援を終了している。

苦情申出から苦情解決支援終了までの期間をみると、1週間以内が53件、1週間超2週間以内が23件、2週間超1ヵ月以内が49件、1ヵ月超2ヵ月以内が64件、2ヵ月を超えたものが84件となっており、苦情が長期化する傾向が見られる。

(注) 平成20年3月末時点で申出人と生命保険会社が継続交渉中のものでも、4月以降に解決等により支援が終了したものは、上記の苦情解決支援の内容および解決支援終了までの期間に含めて記載している。

(図表16) 解決依頼を行った苦情の生命保険各社の対応状況

	件数	占率
生命保険会社への解決依頼総件数	420件	100.0%
解決済(*) (a)	195	46.4
申出内容による解決	57	13.6
生保会社の説明による解決	122	29.0
歩み寄りによる和解	16	3.8
裁定審査会の申立書を送付(*) (b)	51	12.1
その他(*) (c)	27	6.4
他の機関へ申出	12	2.9
申出取下げ	15	3.6
苦情解決支援が終了したもの (a + b + c)	273	65.0
継続交渉中	147	35.0

(*) 平成20年3月末時点で申出人と生命保険会社が継続交渉中のものでも、同年4月以降に苦情解決支援を終了したものを含む。

5. 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、保険契約者等は裁判外紛争解決支援機関である裁定審査会に紛争裁定の申立てをすることができる。

裁定審査会は、弁護士（3名）、消費生活相談員（3名）、生命保険相談室長の三者からなる7名の委員で構成されている。裁定の申立てがあった場合、裁定審査会は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に努めるとともに、解決しない場合には、和解案の提示および受諾勧告もしくは裁定書による裁定等を行っている。

(1) 裁定申立受理件数

平成19年度に裁定審査会が受理した裁定申立件数は上半期18件、下半期18件、合計で36件となった。前年度（20件）に比べ16件増加し、平成13年の設置以来、最高の件数となった。

受理した事案の申立内容の内訳は下表のとおり。

受理事案の申立内容	上半期	下半期	合計
給付金請求（入院・手術・障害等）	3	3	6
保険金請求（死亡・災害・高度障害等）	1	6	7
契約無効確認・既払込保険料返還請求	9	4	13
配当金（買増保険金・年金等）請求	2	2	4
契約者貸付無効確認請求	1	0	1
その他	2	3	5
合 計	18	18	36

なお、19年度において生命保険相談所規程にもとづき「不受理」となったものは4件であった。4件の事案とも、厳密な事実認定とそれにもとづく慎重な法律判断が求められることから、裁判所における訴訟等の手続きで解決を図ることが適切であると判断されたものである。

(2) 審理終了件数

平成19年度において裁定審査会が審理を行った事案は55件、そのうち審理が終了した事案は27件で、審理結果等の状況は下表のとおりである。

審理結果等の状況		17年度受理分	18年度受理分	19年度受理分	合計
審理結果等	和解が成立したもの	2	3	1	6
	申立てに理由なしとして裁定終了したもの	0	8	8	16
	申立人から裁定申立てが取り下げられたもの（※）	0	1	1	2
	裁定打ち切り	0	1	2	3
	審理が終了したもの	2	13	12	27
継続審理中のもの		0	4	24	28
合 計		2	17	36	55

（※）18年度受理分の1件は、申立後に当事者間で再度話し合いを行った結果、解決し「申立取下書」が提出されたもの。19年度受理分の1件は、申立人より裁判所の判断に委ねたいとし、申立てが取り下げられたもの。

【参考】

平成13年度に設置した裁定審査会は7年が経過し、19年度までに受理した総件数は145件となった。申立受理件数および審理結果等の推移は以下のとおり。

申立受理件数		13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	合計
		4	14	15	23	33	20	36	145
審理結果等	和解が成立したもの	2	4	2	8	14	3	1	34
	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	11	10	8	50
	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	3	0	0	16
	申立人から裁定申立てが取り下げられたもの(※)	0	0	3	0	3	2	1	9
	裁定打ち切りとなったもの	0	1	1	1	2	1	2	8
審理継続中のもの		0	0	0	0	0	4	24	28

(※) 裁定申立後に相手方会社から申立人に対し申立内容に沿った回答提示があり、申立人から裁定申立てが取り下げられたものなど。

また、これまで裁定審査会が取り扱った審理事案の申立内容は以下のとおり。

申立内容	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	合計
給付金請求(災害・入院・手術等)	1	2	4	11	11	7	6	42
契約取消もしくは契約無効請求	1	6	6	2	9	7	13	44
保険金請求(死亡・災害・高度障害)	1	3	1	5	4	3	7	24
配当金(買増保険金・年金等)請求	—	—	1	2	4	1	4	12
契約者貸付無効確認請求	1	—	—	—	3	—	1	5
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	—	2	5	14
合計	4	14	15	23	33	20	36	145

(3) 裁定の概要

裁定審査会が審理を行い、平成19年度下期（19年10月～20年3月）に審理が終了した事案の裁定概要は次のとおりである。（番号は事案番号）

◎17年度受理分

[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
- ・平成20年2月18日 和解成立

<事案の概要>

契約時における保険商品等の説明が誤っていたことから、契約は無効であるとして保険料全額の返還を求め裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

保険会社から受け取った満期保険金（約2,500万円）の一部を営業担当者からの勧めで相続税対策の運用方法として、他の保険とともに終身保険（保険年齢80歳、保険金2,000万円、年払保険料約280万円）に加入（平成12年）した。その際、営業担当者から「保険料を5年間払込み、その後は払済みにすれば良い」との説明を受け、それを信じ加入した。しかし、その後払済みにすると死亡保険金が大幅に減額、また解約した場合の解約返戻金は既払込保険料を大きく下回ることが判明し、加入時における営業担当者の説明が誤っていたことが分かった。

加入時には、支払うことの出来る保険料をはっきり明示しており、また、営業担当者から正しい説明を受けていれば、高額な保険料の終身保険に加入することなど考えられない。なお、契約締結に当り家族（娘・娘婿）が加入手続きを進めたもので、契約者である自分は営業担当者から保険商品等について直接説明を受けたこともない。したがって、本件保険契約は無効であり、既払込み保険料全額を返還してほしい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、本件契約締結に際しては、営業担当者に誤った説明はなく、申立人およびその家族（娘・娘婿）も何ら誤解することなく本件保険契約に加入したものであるため、申立人の申出に応ずることは出来ない。

- (1)本件保険契約加入時、申立人およびその家族より、保険が満期になり保障がなくなるから再度保険に入れないかとの相談を受け、保険勧誘を行ったもので、その際、申立人死亡時の相続税等に話がおよび、死亡保険金の相続税法上の取扱いを説明するとともに、「ご提案書」に基づいて保険の内容、保険金額、解約返戻金額などについて説明しており、解約返戻金の額を含め申立人等が保険の内容について誤解することはあり得ない。
- (2)営業担当者が本件保険契約を5年間で払済みにすればよい旨説明した事実はなく、虚偽の説明をしたとする根拠となる書類等は申立人から一切提出されておらず、説明の具体的な内容などの主張もされていない。
- (3)保険勧誘当時において、申立人、その家族は不動産事業を営み相当の資産を所有しており、税務申告等について税理士を利用して、相続税関係についてもアドバイスを受けていたはずである。また、申立人は加入時満80歳で一部老化症状があったものの豊饒（かくしゃく）としてお

り、本件保険の説明時にも営業担当者の説明に頷くなど十分に理解し、診査医に対しても自分が家中で一番健康であると言うくらいであった。

<裁定の概要>

裁定審査会においては、申立書・答弁書および申立人の関係者（申立人の娘、娘婿）、営業担当者的上司（当時）からの契約締結時における募集状況に関する事情聴取等にもとづいて審理を進めた。その結果、保険会社に契約無効を問えるまでの説明不足は認められないものの、保険料払込み等に係る説明が必ずしも十分ではないと思われる点がある一方、申立人側にも契約者としての十分な注意が足りなかった点があるなど、双方に問題があったと考え、裁定審査会より和解案を提案したところ、双方より和解に応じる旨了解が得られたことから、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

◎18年度受理分

[事案18 - 8] 死亡保険金請求

- ・平成18年11月28日 裁定申立受理
- ・平成19年10月30日 裁定終了

<事案の概要>

不告知事項と死因には因果関係がないとして、告知義務違反を理由に死亡保険金が支払われないことを不服とし裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

甥（契約者=被保険者）はA病院を受診し、平成17年5月に同病院において肺切除術を受けたが、同年9月、術後、肝障害が悪化し肝不全のため死亡した。そこで同年3月に加入した終身保険の死亡保険金を請求したところ、保険会社は、甥の死亡は「肝不全」を直接の原因とするものであり、加入前から治療を受けていた「慢性肝炎」と相当因果関係が認められ、甥が加入時に慢性肝炎について告知していなかったとし、告知義務違反により契約を解除し死亡保険金の支払いを拒絶した。

しかし、A病院の主治医作成の診断書（平成18年2月）に、「手術前より肝障害は生命に影響するものではなく、17年5月の手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず、長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」との記載があるように、甥の死は肺の手術がきっかけで起こったものであり、不告知事項と死因には因果関係がない。契約前の肝機能障害の悪化が死因とする保険会社の事実認定は、主治医の見解と異なるものであり、容認することは出来ない。また、他の生保会社では主治医の見解にもとづき再審査を行い死亡保険金の支払いに応じており、同じ事実認定について結論が異なることは納得出来ないため、死亡保険金の支払いを求める。

<保険会社の主張>

主治医は「元々ある肝機能障害に肺切除手術の負担が加わって最終的に肝不全で死亡に至り、その各々の影響度合いについては不可分」との見解を示していたが、その後提出された診断書（平成18年2月）では、「手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず、長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」との所見があった。

こうした主治医の見解を踏まえ、社内外の複数の医師へ照会したところ、各照会医とも「契約

責任開始前の肝機能障害と肺切除手術の侵襲いずれも死亡に関与しており、どちらがどれだけ関与したかについて厳密に判断することは困難である」との意見であり、契約責任開始前からの受療歴と死因の相当因果関係が認められ、告知義務違反による契約解除ならびに保険金不支払決定は妥当であり、申立人の要求には応じられない。

<裁定の概要>

保険契約時に告知義務違反が認められることについては、申立人も積極的に争っていないため、裁定審査会では、被保険者の死亡原因（肝不全）が告知しなかった事実（慢性肝炎）との間に相当因果関係がないことが証明されているかどうかという点（注）を中心に審理した。

（注）保険約款上も法律上（商法678条、645条）も、「告知義務違反が存在したとしても、保険金の支払事由が保険契約の解除原因となった事実によらないことが証明された場合には、保険者（保険会社）は保険金の支払を行わなければならない」と規定している。

主治医作成の「死亡証明書」（平成17年9月作成）には、「①直接死因は『肝不全』、②その原因は『肝硬変』、③『直接には死因に関係しないが、①②の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等』として『肺手術侵襲』」と記載されており、「診断書」（同18年2月作成）には、「手術前より肝障害を指摘されていたが、検査所見、全身状態上、生命に影響するものではなく、17年5月の手術侵襲により肝障害が悪化し、このため引き続いて発生した感染症を契機として肝不全に至ったと考えられ、手術侵襲が加わらなければ肝不全とはならず長期にわたって生存が可能だった可能性が高い」と記載があるが、両者の記載は、表現は異なっているものの、その趣旨は「肝障害がなければ肺手術侵襲があっても死亡には至らず、肺手術侵襲がなければ肝障害があっても死亡には至らなかった可能性が高い」という趣旨と理解出来、被保険者の死亡は、肺切除と肝機能障害がともに必要な原因となっていたと考えられる。

よって、死亡原因は告知しなかった事実との間に相当因果関係がないとは言えず、本件申立てには理由がないため裁定書にその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

〔事案18-9〕 契約転換無効確認請求

- ・平成18年11月28日 裁定申立受理
- ・平成19年10月9日 和解成立

<事案の概要>

契約転換を取り消して転換前の契約を復旧し、転換後契約について支払った保険料を返還するとともに、転換前契約を転換時点に遡って解約することを求め裁定申立てのあったもの。

<申立人の主張>

平成7年から母が加入していた保険（契約者=母、被保険者=申立人）について、自分（申立人）が結婚したため同15年2月、改姓手続きとともに契約者を自分名義に変更しようとしたところ、通院保障が付いていないと言われ通院特約を付けることにした。しかし依頼もしていないのに、母の知らないうちに契約が転換され新しい契約に加入させられた。

その際、営業担当者は被保険者である自分と面談することなく、被保険者に同意を得ないまま営業担当者が代筆した加入申込書にて手続きを行った。（なお、名義変更の手続きは、転換後契約の変更手続きと認識させないまま、翌月3月に改姓と併せて手続きがとられた）

さらに1年後の同16年4月においても、営業担当者は、母に対し転換後契約の見直しであることを認識させずに保障内容の見直しについて了承させ、契約者・被保険者である自分に対し、母の了解を得ているとのことで自分に面談することもなく、郵送にて手続きを行った。

このように、現契約（転換後契約）については、営業担当者が被保険者の署名を代筆して転換させ、転換の事実を認識させないで保障の見直し等をさせたものなので、15年2月の契約転換を取り消し、転換以降分の保険料を返還するとともに、その時点に遡っての解約処理をしてもらいたい。

<保険会社の主張>

営業担当者に募集時の取扱状況等について事実確認をした結果は以下のとおりであり、転換後契約は当初、被保険者である申立人の同意を得ていなかったものの、契約後に追認をいただいたものと判断でき、その後の保障の見直しも含め、現在継続している契約は、申立人の加入意思のもとに有効に成立した契約と判断されるので、申立人からの転換契約取消しの申し出には応じられない。

- (1)平成15年2月の契約転換については、営業担当者が転換について名義変更前の当時の契約者（申立人の母）に説明を行い、申立人の母が転換の申込書に署名・押印しており、当時の契約者自身の意思にもとづき申込みがされていることは明らかである。知らないうちに転換され、勝手に代筆されたと主張するが、申立人の母が署名押印しており、被保険者記入欄の代筆についても申立人の母の了知のもとで行われており、そのような事実はない。
- (2)転換時の取扱いにおいて、被保険者（申立人）の記入すべき箇所について加入同意がないまま営業担当者が代筆しているが、翌月の契約者変更手続き時に転換後契約についての名義変更であることを申立人に伝えていること、16年4月の保障の見直し時には郵送による取扱いではあるが、申立人自身が申込書を記入していることから、転換後契約について申立人に了解をいただいたものと判断できる。

<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営業担当者からの事情聴取を行い審理した結果、①転換契約（平成15年3月1日付成立）を取り消し（同16年5月1日付で成立した保障見直し契約も同様）、転換前の契約を復旧したうえで、②転換前契約を平成18年12月1日（本件申立てが同18年11月であるため）に解約するものとして取り扱う和解案を作成、申立人、相手方会社双方に提案したところ了承されたので、「和解契約書」の締結をもって円満に解決した。

[事案18-11] 入院給付金請求

- ・平成18年12月11日 裁定申立受理
- ・平成19年11月14日 裁定終了

<事案の概要>

自転車の転倒事故で入院し入院給付金を請求したところ、入院の必要性がないとの理由で災害入院給付金が支払われなかったことを不服として、裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成17年7月、自転車で移動中にチェーンに引っかかって転倒し、10日後に他院受診の後にA

整形外科を受診し（診断名は右下腿左足関節部打撲傷、右肋骨軟骨折、左頸肩症候群、左大腿部疼痛）、医師の指示により翌日から同年10月まで同外科に90日間入院した。

そこで、保険会社に入院給付金を請求したが、入院を必要とする傷病の存在が認められないとの理由により支払対象外との回答があったが、医師の判断のもと入院治療したのだから、納得できない。また、他の生保会社からは全額支払われており、支払対象となる日数相当分の入院給付金全額を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

申立人の傷害の内容、治療経過について事実の確認をするとともに、外部医師の意見を聴取のうえ精査した結果、以下の理由等により、申立人の入院の全期間が当該保険約款に定める「入院」の定義を満たしていないと判断されるので、申立人の申し出に応ずることは出来ない。

なお、支払審査においては事実確認を適切に行ったと考えており、他社の判断についてはコメントできない。

- (1)請求原因となった傷病名のうち、下腿、足関節打撲傷、肋骨軟骨折については、通常、入院治療を必要としない。本件では、右下腿、左足関節についてはレントゲン撮影さえもされておらず、右肋軟骨については骨折も確認されておらず、入院の必要性は全く認められない。
- (2)左頸肩症候群、左大腿部疼痛の治療内容はSSP、間欠牽引、投薬であり、特に入院を必要とする治療は実施されていない。入院当初より、車椅子、歩行器、松葉杖の使用はなく、洗面、排便、入浴、食事等の日常生活の介助を要していなかった。
- (3)事故に遭った10日後からの入院であり、かつ入院当日よりシャワーが許可され、牽引が実施され、急性期を既に脱していたと判断でき、入院治療の必要性は認められず、精査目的、安静目的としてもCT、MRI等の精査は実施されていない。

<裁定の概要>

申立書、答弁書およびカルテ等の証拠にもとづいて審理を行った結果、以下のとおり、本件における入院の必要性、相当性を客観的に認めるに足りる証拠はなく、その認定は困難であり、約款の災害入院給付金の請求要件を満たす事実を認定することが出来ず、申立てには理由がないものと判断し、裁定手続きを終了した。

- a) 本件における検査は、単純レントゲン撮影のみであり、MRI・CT等の撮影あるいは神経学的検査もされておらず、しかも入院初日から牽引をし、シャワーの使用も許される等、それほど重篤な状態とは判断できない。
- b) 治療内容も、内服薬の投薬、外用薬の使用、間歇的な牽引及び理学療法のみであり、かつ、著しい疼痛の記載もなく、記録上からは通院治療で十分足りる程度のものであり、入院の必要性・相当性を客観的に認めるに足りる証拠はない。

しかも、保険会社から医師への入院の理由に関する質問に対し、医師は「分からない。本人が休みたかったのだろう」と回答したとあり、かかる事実も医師の入院の指示が、約款の予定する客観的な入院の必要性、相当性の存在の推定を否定する事実と言うべきである。

- c) 本件の入院を必要とする特段の事由について、当審査会において医師への質問状を作成のうえ申立人に交付し医師の回答を待ったが、申立人から提出されなかった。

[事案18 - 20] 入院給付金請求

- ・平成19年3月8日 裁定申立受理
- ・平成19年11月14日 裁定終了

<事案の概要>

坐骨神経痛等により60日間の入院治療を受けたが、入院給付金が全く支払われなかったことを不服とし裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

数年前から腰が痛み、痺れが出始めて、平成16年にA病院整形外科（所在地は申立人の居住する市）において根性坐骨神経痛と診断され、通院し内服治療を受けていたが、同17年1月頃から歩行困難となり、寝起き等に困るようになった。A病院医師に相談した結果、運動器具の備わった病院に入院して水中治療等をした方が良いとの医師の指示により、平成17～18年にかけてB病院（所在地は申立人居住地の隣県）に2回入院し、温泉治療を受けた。

さらに、同18年7月11日から9月8日までの60日間、脊柱管狭窄症、根性坐骨神経痛により、C病院（所在地は申立人居住地とは異なる遠隔県）において入院治療を受けたので、疾病入院特約にもとづいて入院給付金の支払請求をしたところ、自宅等での治療が困難であったとは認められず、約款で規定する「入院」には該当しないとして入院給付金の支払いを拒否された。

もともと通院治療を受けていて症状が悪化したため、医師の指示により入院したにもかかわらず、通院で可能であり入院の必要はない、とする保険会社の主張には納得できない。60日間の入院全日数分の入院給付金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

申立人の入院について、当社約款に規定する「入院」の定義に該当するか判断する必要性があるため事実確認を実施した結果、以下の理由により、常に医師の管理下において治療に専念しなければならない病状とは判断できず、疾病入院特約条項に定める「入院」に該当しないため、入院給付金の支払請求には応じられない。

- a) A病院に事実確認をしたところ、同病院では「根性坐骨神経痛のみでの入院治療は必要ない」と判断しているとのことであった。
- b) 温泉治療そのものを否定するものではないが、申立ての入院については、申立人が温泉治療を希望して入院許可をする医療機関を探して入院したものであり、医師の指示によらない温泉プールでのリハビリ治療は、約款規程の入院の定義から逸脱すると判断される。
- c) 保険約款で定める「入院」の定義は、臨床において医師が許可する入院の判断と必ずしも同一でなく、医師の許可した入院の全てが給付金の支払対象となるものではない。

<裁定の概要>

申立書、答弁書等にもとづいて審理を行った結果、以下のとおり、申立人においては通院によるリハビリ治療が可能であり、常に医師の管理下において治療する必要があったとは言えず、約款規程の「入院」には該当しないため、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)本件保険約款に言う「入院」に該当するか否かについては、入院先の主治医の意見のみに基づいて判断されるものではなく、客観的に判断されるべきものである。

- (2)診断書等によれば、具体的な治療内容は、理学療法、温熱療法、温泉水中運動療法等と記載されているが、C病院内での治療は理学療法及び温熱療法で、温泉水中運動療法（厚生労働省は治療として認めておらず、保険適用がない）は、同病院内で行われたのではなく、D公営温泉館（所在地はC病院と同じD市）において背筋、腹筋等の筋力増強を目的として同館職員の指導下のもと行われた水中歩行リハビリ治療であった。
- (3)C病院内で行われた理学療法及び温熱療法は入院を必要とする治療とは認められず、温泉水中運動療法については、厚生労働省は治療として認めておらず、病院外の温泉プールでの医師の指示によらないリハビリ治療であるから、医師の管理下における治療とは言い難い。
- (4)自宅近くに適切な施設があれば、自宅から通うことが可能であったが、適切な施設がないことから遠隔地の施設を利用せざるを得ず、入院したとしても、入院給付金の支払対象となる「入院」に該当するものではない。

◎19年度受理分

[事案19-1] 契約者貸付無効確認請求

- ・平成19年4月25日 裁定申立受理
- ・平成20年1月10日 和解成立

<事案の概要>

契約者（妻）に無断で契約者貸付がなされているが、これは営業担当者が契約者本人の意思確認をしないまま別居中の夫が手続きをしたもので、契約者貸付は無効であるとして裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

私（妻）が契約者・被保険者となっている個人年金保険から、6年程前の平成12年6月に契約者貸付（約50万円）を受けたことになっているが、契約者である私は全く関知しておらず、貸付申込書に署名・押印をしていない。

別居中の夫に確認したところ、「保険証券と証券に押してある印鑑があれば貸付が出来る」という営業担当者のアドバイスで、営業担当者同席のもとで契約者貸付の申込書に記入し、契約者貸付の手続きをしたことを認めている。営業担当者は当時、私と夫が別居中であることを知りながら、契約者である私の意思を確認しないまま、夫と共同で契約者貸付の手続きを進めた。また、貸付金も私の銀行口座ではなく夫の口座に振り込まれており、同手続きは無効であり契約者貸付をなかったことにしてほしい。

<保険会社の主張>

下記より申立人の申し出には理由がなく、請求に応ずることは出来ない。

- (1)貸付申込書等は営業担当者の面前で記入されたものでなく、申立人の夫より営業担当者が預かったものであり、申立人により自署されたものであるか否かについては承知していない。また、仮に自署されたものでないとしても、当時の保険料集金先住所において手続きがされており、貸付申込書等には証券届出印が押印され保険証券も提出されていることから、債権の準占有者に対する弁済（民法478条）として有効である。
- (2)毎月の保険料集金を夫を通じて行うことは申立人も了解しており、保険料負担者も申立人の夫

であることが推測しうることから、申立人は保険契約に関する事項について相当程度、夫に代理権を授与していたという事情が認められるので、表見代理（民法109条、110条）が成立する。このことは、夫が、証券届出印や保険証券といった保険契約上の権利行使に必要な印章や重要書類の所持、管理等を申立人から任されていたことから裏付けられる。

(3)貸付残高については、「契約内容のお知らせ」、「契約者貸付金返済のご案内」を毎年登録住所に送付することにより知らせており、貸付が行われた平成12年6月から申し出のあった18年10月まで6年以上もの長期間について何ら申し出もなく、契約関係が継続してきた事実と照らし合わせると、「貸付について全然知らない」とする申立人の主張は認められない。

< 裁定の概要 >

裁定審査会は、申立書、答弁書等の書類および申立人と営業担当者から事情聴取を行い、表見代理（民法109条、110条）の成否および債権の準占有者に対する弁済（民法478条）の類推適用について審理を進めた。

その結果、営業担当者が契約者貸付手続きに当って契約者本人の意思確認を行うことがさほど困難な状況でなかったにもかかわらず、契約者本人の意思確認を行っておらず、営業担当者に過失があったと言わざるを得ないとの裁定審査会の見解を保険会社に伝え、和解の斡旋を行ったところ、保険会社から「契約者貸付を取り消す」旨回答があった。申立人に対して保険会社からの和解案を示したところ、了承したい旨回答があったため、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

(参考)

民法109条（代理権授与の表示による表見代理）

第三者に対して他人に代理権を与えた旨を表示した者は、その代理権の範囲内においてその他人が第三者との間でした行為について、その責任を負う。ただし、第三者が、その他人が代理権を与えられていないことを知り、又は過失によって知らなかったときは、この限りでない。

民法110条（権限外の行為の表見代理）

前条本文の規定は、代理人がその権限外の行為をした場合において、第三者が代理人の権限があると信ずべき正当な理由があるときについて準用する。

民法478条（債権の準占有者に対する弁済）

債権の準占有者に対してした弁済は、その弁済をした者が善意であり、かつ、過失がなかったときに限り、その効力を有する。

[事案19 - 3] 入院給付金請求

- ・平成19年4月25日 裁定申立受理
- ・平成19年11月14日 裁定終了

< 事案の概要 >

約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、入院給付金が支払われないことを不服とし裁定の申立てがあったもの。

< 申立人の主張 >

胃潰瘍と糖尿病等により、平成13年12月22日から同14年3月30日までの間、A医院に3カ月以上入院、昭和52年に契約した疾病入院給付特約（支払対象は20日以上継続入院）にもとづき入

院給付金を請求したところ、約款規定の「治療を目的とした20日以上継続した入院」には該当しないとの理由で、入院給付金の支払いを拒絶された。

保険会社は、同13年12月30日～14年1月3日まで外泊している状況から、12月22日から29日までの8日間は「入院」と認めるものの、12月30日以後の入院は約款上の支払対象となる「入院」には該当しないため、支払うことが出来ないと言う。外泊は病院の指示によるものであり、また、退院日の10日程前に胃カメラ検査で1センチ程の潰瘍が見られ、激しい痛みや体調の異常で入院していたにもかかわらず、12月30日以後の入院を「入院」と看做さない決定は納得できない。

他の生保会社からは入院給付金全額が支払われており、入院した全日数分の入院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

申立人の入院は、平成14年4月19日A医院作成の入院・手術等診断書（証明書）記載のいずれの傷病名においても、疾病入院給付特約にいう「入院」の必要性はなく、同特約に言う「入院」には該当しないため申し出には応じられない。

すなわち、同診断書には「胃潰瘍及び胃粘膜下腫瘍、糖尿病、脂肪肝および高脂血症、慢性気管支炎（急性増悪）」が挙げられているものの、本件入院で明確に治療対象となっているのは胃潰瘍、糖尿病、慢性気管支炎であり、A医院の医師に確認したところ、このうち胃潰瘍と慢性気管支炎については入院の必要がなかったものと認められ、糖尿病についてもその血糖値は入院の必要性が認められる数値を示しておらず、入院の必要性は認められない。

また、糖尿病では教育入院が行われることがあるが、一般的には数日から2週間程度とされ、通常は20日以上もの継続入院の必要性は認められず、また入院時の治療状況からすると教育入院の必要性が認められない。

さらに、申立人は本件入院直後の同13年12月30日～14年1月3日までの5日連続外泊を含め合計12日間外泊していること、申立人が口渇、全身倦怠感等の自覚症状を訴えて入院を希望したことに対して、A医院は精査入院が必要と判断して入院に至ったものであること等を踏まえ、本件入院が「治療を目的とした20日以上継続した入院」であることは認められない。

<裁定の概要>

平成14年4月19日A医院作成の入院・手術等診断書（証明書）によれば、本件入院の原因となった疾病は、胃潰瘍及び胃粘膜下腫瘍、糖尿病、脂肪肝及び高脂血症、慢性気管支炎（急性増悪）とされているが、同診断書を含め、本件において当事者双方から提出された全ての書証を検討しても、少なくとも20日間以上の継続した入院の必要性を肯定することは出来ない。

従って、A医院における入院（平成13年12月22日から同14年3月30日までの間）について本件入院給付金の支払事由が存在すると判断することは困難であることから、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。

[事案19 - 4] 契約転換無効確認請求

- ・平成19年5月10日 裁定申立受理
- ・平成19年11月19日 裁定終了

<事案の概要>

転換する前の保険に付加していた入院特約が定期保険特約の更新時に切れると勘違いして行った契約転換を取消し、転換前契約に戻してほしいと裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成2年9月に加入した保険（以下、「前保険」）には、定期保険特約、災害割増特約、傷害特約および入院特約が付加されていたが、定期保険特約と災害割増特約について更新予定日が近かったことから、会社より両特約についての「特約更新確認書」が送付されてきたので、更新しない旨を保険会社に伝えた。

その後、手続きのために訪れた営業担当者と面談した際に、新しい保険（以下、「現保険」）を勧誘され、平成17年7月に前保険を転換制度を利用して現保険を契約した。

その際、①前保険の入院特約も更新時に切れると勘違いしていることを知っていながら担当者が現保険の販売活動をしたのは不当であり、②伝えていたニーズ（長く安く掛けられ葬式代があれば良い）に反し、現保険は60歳以降には入院保障がなくなり、保険料も3万円以上と負担も大きくなり、葬式代と考えていた死亡保険もなくなる保険であったのに、営業担当者はこうした不利な内容を告げなかった。

よって、契約転換を取り消し、現在も前保険が有効に存続していることにしてほしい。それが認められない場合には、現保険を取り消して保険料を全額返還してもらいたい。

<保険会社の主張>

営業担当者に募集活動について確認したところ、以下のとおり、本件契約の転換手続は申立人が主張するような不適切な募集を行った事実はなく、申立人の要求には応じられない。

- a) 営業担当者は、定期保険特約を更新しなければ入院特約も切れるというような誤った説明や、そのような誤解を生ずるような不適切な説明をしていない。
- b) 営業担当者が説明に使用した「特約更新試算書」には、入院特約等が80歳まで継続できる旨明確に記載されているので、申立人が勘違いしているとは営業担当者は認識するはずもなく、ましてそのような勘違いを逆に利用して募集活動を行うような意図がないことも明らかである。
- c) 特約が10年の更新型であること、更新時に保険料が3万円以上に上がることについては、設計書を用いて営業担当者が説明している。また、前保険の転換前後の比較についても転換比較表を用いて説明しており、不利な内容を告げなかったという事実はない。

<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・営業担当者双方から事情聴取を行い、申立人の主張について審理を行った結果、以下のとおり本件申立てには理由がないとして、裁定書によりその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 営業担当者が、申立人の前保険の入院特約も保障期間が切れるとの勘違いを利用し現保険の募集活動を行ったとの主張について

以下により、営業担当者が、入院特約が切れる旨の発言をしたと認めることはできず、仮に、申立人が入院特約が切れるものと勘違いしていたとしても、担当者が申立人の勘違いを認識していたと認めることは出来ず、申立人の勘違いを利用した販売を行ったとは認められない。

- (1)「特約更新確認書」(平成17年5月18日付)によれば、前保険に付加されている特約のうち、同年9月1日に更新予定の特約は定期保険特約と災害割増特約であることが記され、「更新の対象以外の主契約、特約については更新後も保険内容・保険料とも変更ない」と明記されている。本確認書を受領した申立人は同6月7日、入院特約について勘違いすることなく、定期保険特約と災害割増特約について更新しない旨を保険会社に伝えている。
- (2)申立人は、6月7日付の「ご契約内容確認書(更新前の前保険の内容が記載)」と「特約更新試算書(定期保険特約と災害割増特約を更新しない場合でも傷害特約および入院特約は満80歳まで継続されることが明記)」は保険会社より事前に送付されたが、営業担当者は更新に関する手続のため6月8日に申立人を訪問した際に、これらを説明資料として使用されなかったと主張する。しかし、営業担当者は6月7日に申立人より前契約の特約を更新しない旨の電話連絡を受け、翌8日に担当者が申立人を訪問し面談しており、両書面の作成日が6月7日付であることから、両書面は事前に送付されたものではなく、申立人に示して再確認するために作成され、面談の際に担当者が持参して説明に使用したと考えるのが自然である。
- (3)申立人は「特約更新確認書」を受領しており、営業担当者からすると定期保険特約と災害割増特約の更新であることを認識していると思われる申立人に対し、担当者が、入院特約が満80歳まで継続されることが明記された「特約更新試算書」を使用しながら、入院特約が切れるといった内容の説明を行ったとは考え難い。

2. 不利な内容を告げなかったとの主張について

営業担当者は申立人に転換比較表を示して現保険への転換を勧誘し現保険の内容を説明しており、同比較表には、現契約の特約は10年更新型で10年の更新毎に保険料が上がる旨記載されているので、申立人が主張するような、不利な内容を告げなかったと認めることは出来ない。

[事案19-12] 入院給付金請求

- ・平成19年6月14日 裁定申立受理
- ・平成19年11月19日 裁定終了

<事案の概要>

医師の指示に従い95日間入院・治療したが、入院給付金が支払われなかったことを不服とし、裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成15年12月7日に交通事故に遭い脳神経外科、整形外科等を受診したが、その後も頭痛、嘔吐の症状があり、同月10日母が入院中のA病院を受診し、慢性胃炎の診断名により同月12日から16年3月15日まで95日間、A病院に入院し、CT、エコー、内視鏡検査等を受けた。

退院後、入院給付金を請求したところ、外出等が出来るのだから入院の必要性がないとの理由で支払われなかったが、入院は医師の指示にもとづくものであり、また、入院中の外出も入

院直前の交通事故によるケガ治療のため、主治医から他のリハビリ病院への治療通院を指示されたことによるものであるため、納得できない。

また、他の2生保会社からは入院給付金が支払われており、入院日数分の入院給付金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

本件入院は以下のとおり、約款上の「入院」の定義（医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること）に該当せず、申立人の申し出には応じられない。

- a) 申立書添付の入院・手術等診断書によると、本件入院の原因は慢性胃炎であるが、心窩部痛と嘔気の症状があるために行われた検査は、胃カメラ、腹部CTおよびエコー検査等であり、これらの検査は外来で実施可能である。また検査結果で確認されたのは胃炎程度であって潰瘍等の異常所見はなく、治療は内服処方のみであった。
- b) 同診断書には、合併症として胆嚢・胆道ジスキネジーの病名があるが、腹部CT、エコー検査でも異常所見なく、胆嚢・胆道機能検査も実施されていない。
- c) 以上のとおり、申立書添付の入院・手術等診断書において入院原因とされる慢性胃炎および合併症とされる胆嚢・胆道ジスキネジーいずれについても、「自宅などでの治療が困難なため」入院を必要としたものでない。

<裁定の概要>

申立書、答弁書、カルテ等の証拠などにもとづき、本件入院が保険約款の入院給付金の支払要件である「入院」の規程に該当するか否かについて審理を行った結果、以下のとおり、本件申立てには理由がないと判断し、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)本件における検査は、CT、エコー、内視鏡検査等であり、入院しなければ出来ない検査ではない。また、心窩部痛、嘔気の症状はあるが、特段入院を必要とする程度の重篤な症状であったと推定される記載はない。治療も内服薬の投与であり、記録上からは通院治療で十分足りる程度のものであり、入院の必要性・相当性を客観的に認めるに足りる証拠はない。
- (2)担当医師への質問状を作成して申立人に交付し、医師の回答を得たが、同回答書にも、積極的に入院を必要とする事実の記載はなく、むしろ「検査の結果としては入院の必要性は低いと思う」との記載がある。

[事案19-14] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成19年6月20日 裁定申立受理
- ・平成19年12月12日 裁定終了

<事案の概要>

保険料が全額損金扱い出来るとの説明により加入したが、税務の取扱いが変更となり全額損金処理出来なくなったことは重要事項の説明相違であり、契約を無効とし払込保険料全額を返還してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

営業担当者から、保険料を全額損金処理出来ると勧められ、節税目的で通増定期保険（保険金

額1億円)の加入申込みをしたが、診査結果により保険金額は5,700万円に減額された。そのため、同様に保険料が全額損金処理できる長期傷害保険を勧められ、平成17年7月、逡増定期保険と長期傷害保険の2つの保険に加入した。(逡増定期保険年払保険料は730万円、長期傷害保険年払保険料470万円)。

しかし、契約後1年もたたないうちに、保険会社から「長期傷害保険の保険料については全額損金処理することが出来なくなった」と連絡してきた。契約時に、営業担当者から税務取扱いには変更があり得るとの説明がなかったので、契約を取り消して保険料を全額返還してほしいと申し出たが、保険会社は応じない。

また、保険会社の対応には全く誠意がなかったので、同時期に長期傷害保険と併せて契約した逡増定期保険についても無効とし、いずれの保険料も全額返還するとともに、これまでの間に会社が得た利益を返還してもらいたい。

<保険会社の主張>

長期傷害保険に加入いただく際に手交した設計書には、税務の取扱いについて以下の記述があり、本件設計書に基づく説明に際し、「長期傷害保険の税務取扱いに関し国税庁の個別通達はなく、全損取扱いが今後変更される可能性があることも話した」と、担当職員は述べている。

◎同保険設計書記載の税務取扱いに関する説明書き(抜粋)

「※税務の取扱いに関しては、所轄の税務署・公認会計士・税理士に必ずご確認ください。将来正式な通達等が発信された場合、変更となる可能性があります。」

また、本契約が締結された平成17年7月時点では、同18年4月28日付国税庁見解(初めて全額損金取扱いと異なる税務取扱いを述べた生命保険協会宛回答文書)について予測するべくもなく、従来同様に全損取扱いが可能との一般的な理解のもと、上記税務取扱いに関する注意喚起文言を記載した設計書を使用し長期傷害保険の募集をしていた。

本件契約募集時においても、当社の定めた設計書を使用して募集し、錯誤等の無効原因もなく、本件契約は有効に成立しており、申立人の申し出には応じられない。

さらに、逡増定期保険については、長期傷害保険より先に申立人からの加入意思が示されており、たとえ長期傷害保険に無効原因があったと想定しても、同保険契約を無効とする具体的理由はなく、保険料返還等の申立てには応じられない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人は「錯誤による無効」(民法95条本文)を主張するものと解し、錯誤の問題を中心に申立書、答弁書等にもとづき審理を行った。その結果、長期傷害保険契約について、本件錯誤(支払保険料が保険料支払期間中、全額損金扱いできると信じていたのに、そうではなくなった)は、「要素の錯誤」が存在すると判断できるが、本件錯誤に陥ったことについては、以下により、申立人に「重大な過失」があった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出来ない。また、会社対応が不誠実であることを理由とする逡増定期保険の契約無効の主張は、無効理由とならず、本件申立てにはいずれにも理由がないことから、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。

a) 同保険契約の説明書(取扱代理店が申立人宛に作成し申立人にも交付されていると推認でき

る)には、「※税務の取扱いに関しては、所轄の税務署・公認会計士・税理士に必ずご確認ください。将来正式な通達等が発信された場合、変更となる可能性があります。」と、注意書きも記載されている。

- b) 仮に、営業担当者において「全損取扱いが今後変更される可能性がある」旨を口頭で説明しなかったとしても、上記説明書に上記注意書きが明記されていること、全額損金扱いとなるという税務上の取扱いについて、契約当時（平成17年7月）、国税庁の正式見解（個別通達）が存在していたわけではなく、同問題は国の課税政策問題であるため、将来その取扱いに変更が生じることは当然予想された。
- c) 申立人は契約している公認会計士事務所の社員とも打合せのうえ契約をしており、会計事務所社員であれば、当時、全額損金扱いとする税務取扱いについて国税庁の正式見解が存在せず、将来その取扱いに変更が生じる可能性があることを当然助言すべきであった。

(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19-18] 年金支払請求

- ・平成19年8月20日 裁定申立受理
- ・平成20年1月30日 裁定終了

<事案の概要>

終身保険の保険料払込期間満了時に年金支払いに変更したが、契約時の設計書に記載されていた年金額に比べ実際の受取額が少ないことから、設計書に記載された年金相当額の支払いを求めて裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成6年に加入した終身保険を保険料払込みが満了した時点（同19年）に、年金支払移行特約により10年確定年金に切り替えたところ、契約時に提示された保険設計書のメモ欄に営業担当者の手書きで「65歳から月々約5万ぐらいのおこづかい」と記載されているにもかかわらず、第1回目に支払われた年金額は49万8千円余であった。

設計書に良い数字のみを記載するだけでなく、配当金の変動するならば、「上限額は●円、下限額は●円」と表示すべきであり、営業担当者が設計書に手書きした年金額の支払いの保証を求める。これは設計書記載の年金額の支払いが確実になされるものと思い込ませて保険契約を締結させたものであり、これは誇大宣伝あるいは詐欺的行為に該当するものと思料する。

「5万ぐらい」の表現で理解できる変動幅は1%であると思われるから、5万円の99%相当額である49,500円が1ヵ月分として支払われるべき年金額であり、この金額から実際に支払われた年金額の1ヵ月分の金額（41,569円）との差額（7,931円）を1ヵ月に必要な補填額として、その10年分（約95万円）を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記により、現在既に支払開始している年金額以上のものを支払う理由はなく、申立てに応ずることは出来ない。

- (1)終身保険を年金支払いに移行する制度は、終身保険の保険料払込期間満了後に終身保険の全部または一部を年金支払いに移行するものだが、その際の基本年金額は移行日時点での責任準備金・積立配当金等の合計金額をもとに、その時点の計算基礎率により定めることとしている。
- (2)募集時の設計書には「記載の配当数値等は今後の経済情勢等により変動し、将来の支払いを約束するものではない」と記載し、あくまで設計書作成時点での予測数値であり約束するものではないことを明示している。また、変動幅を予測することは不可能であるため、予測数値の変動幅の上限・下限を表示することは出来ない。
- (3)設計書「メモ欄」に記載された手書文言は、予測数値として表示された金額を募集担当者がお客様に分かりやすくするために書き加えた補足説明（年金年額を月額に換算した数値）に過ぎず、会社としての支払いを確約したものでない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面により審理を行った結果、以下により申立てには理由がないと判断し、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)勧誘時に募集担当者が口頭でどのような説明をしたかは不明であるが、募集担当者が申立人に設計書のメモ欄に手書きした数値の支払いを約束するような言動が存在したことを窺わせるような証拠はなく、設計書のメモ欄の記載は募集担当者が申立人に分かりやすく説明するために、機械印字の年金年額を月額換算して書き加えたものと認めることが出来る。
設計書には『記載の配当数値等は今後の経済情勢等により変動し、将来のお支払額をお約束するものではない。また、基本（介護）年金額に移行する際の原資には普通配当（積立配当金）・特別配当を含めて計算しているので、この金額も将来の支払額を約束するものではない…』と記載されていることから、会社が設計書のメモ欄に手書きされた年金額の支払いを保証したと解することは出来ない。
- (2)設計書に記載された配当数値等は設計書作成時点での予測数値である以上、申立人が主張する「上限額は…円、下限額は…円」と表示することは出来ないことから、設計書の記載をもって誇大宣伝あるいは詐欺的行為と言うことは出来ない。
また勧誘時に、募集担当者が設計書にメモ書きした数値の支払いが確実になされるものと申立人に思い込ませるような積極的な言動があったことを窺わせる証拠はなく、設計書の記載は通常人の注意力をもってすれば気付くことが出来る程度になされていると認められるので、仮に申立人が設計書記載の数値の支払いが確実になされるものと思い、保険契約を締結したとしても保険会社による不法行為となるものではない。
- (3)設計書に機械印字またはメモ欄に手書きされた数値と実際に支払われた数値が乖離していることは、申立人の老後生活設計に支障を生じさせることはよく理解できるが、その主たる原因はいわゆるバブル経済崩壊後の予測困難な経済状況の変化にあり、他の多くの生命保険契約においても同様の事態が生じており、これをもって保険会社の法的責任を問うことは困難である。

[事案19 - 19] リビング・ニーズ特約保険金請求

- ・平成19年9月13日 裁定申立受理
- ・平成20年1月15日 裁定終了

<事案の概要>

余命3～4ヵ月以内と主治医に診断されたのでリビング・ニーズ特約保険金を請求したところ、請求時点では生体肝移植を受け事情が変更になったとしてリビング・ニーズ特約の対象には当てはまらないとの理由で、保険金が支払われなかったことについて裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成16年3月に医師から余命が3～4ヵ月と告げられたので、同年9月にリビング・ニーズ特約保険金の支払いを請求したところ、同年5月に生体肝移植を受けたことにより事情が変更したことから同特約保険金を支払われないうことだが、すでに3月に余命3～4ヵ月という診断を受け、この時点で既に保険金請求権が発生しているのだから、その後の事情の変更により請求権が失われるものではない。

保険会社は「請求日」が支払可否判断の基準時であると主張するが、約款には支払事由として「主契約の被保険者が余命6ヵ月以内と判断されるとき」としか記載されておらず、請求期限、請求時期が明確に記載されていないので納得出来ないため、リビング・ニーズ特約保険金の支払いを求める。

<保険会社の主張>

平成16年3月の時点においても、生体肝移植をすれば余命3～4ヵ月とは言えなかったのであるから、請求要件に該当しない。

リビング・ニーズ特約保険金の支払事由である「余命が6ヵ月以内と判断されるとき」とは、日本で一般的に認められた医療による治療を行っても余命6ヵ月以内であると客観的に認められることである。(生体肝移植は日本移植学会の広報委員会が中心となって資料収集を行って作成された臓器移植ファクトブックによるデータによっても分かる通り、日本で一般的に認められた医療である)

余命が6ヵ月以内であるとの判断は、請求の時点においてなされるべきであるが、請求時点ではすでに生体肝移植施行後であり、余命6ヵ月以内には該当しないので申立人の請求には応じられない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の書面により審理した結果、下記のとおり本件申立てには理由がないと判断し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)リビング・ニーズ特約保険金は、極めて限られた余命であると推測される場合に、その余命期間内の経済的必要を満たすことを目的に被保険者が保険金の給付を希望した場合に支払われる保険金である。そのことを目的に、死亡保険金のように「死亡」という客観的に認識できる一定の事実があれば直ちに発生する請求権ではなく、請求によって初めて具体的請求権が発生するものであるから、「余命6ヵ月以内と判断されるとき」という請求権の発生要件も請求の時に存在しなければならない。

また、約款上の文言も「判断されたとき」ではなく、「判断されるとき」と記載されているこ

とから、少なくとも請求の時点において余命6ヵ月と判断されなければならないものと解される。

(2)申立人は、過去に主治医から「余命6ヵ月以内である」との告知を受けたことをもって、保険金請求権が発生した旨主張するが、主治医の告知は余命判断の有力な基礎事実であるものの、請求権発生要件ではないから、過去の告知の事実をもって保険金請求権が発生したとの主張は、約款の解釈を誤っていると云わざるを得ない。

従って、請求時点において「余命が6ヵ月以内である」と判断する基礎事実が存在しないとする保険会社の判断が不当なものでない限り、本特約に基づく保険金請求権は発生しないものである。

(3)平成16年8月の主治医の診断書によれば「平成16年3月に余命を3乃至4ヵ月」と判断した事実の記載はあるものの、同時に生体肝移植の予定が記載されいながら、診断書発行日には既に実施されていた生体肝移植の事実、その結果にもとづく余命の判断が記載されていない。

従って、同診断書は、請求日における余命の判断を記載した書面とは認められないことから、請求要件である請求日に「余命が6ヵ月以内」と判断する基礎事実が存在しているとは判断出来ないという保険会社の見解は妥当である。その他、余命を6ヵ月以内であると判断すべき基礎事実を証明する証拠も提出されていないことから、請求日に「余命6ヵ月以内」とは判断出来ないとした保険会社の見解が不当なものであるとは言えない。

[事案19-24] 死亡保険金請求

- ・平成19年11月2日 裁定申立受理
- ・平成20年2月12日 裁定打切り

<事案の概要>

自殺免責期間中の自殺であるが、精神病による自殺であり、自殺免責条項にいう自殺には該当しないとして死亡保険金の支払いを求め、裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

夫（被保険者）が本年3月に自殺し死亡保険金を請求したところ、保険会社は「契約から2年以内の自殺により支払うことは出来ない」とのことだが、「ご契約のしおり・約款」には「精神病による自殺の場合には支払われる場合がある」旨記載があり、夫の自殺も下記により精神病による判断能力を欠いた状態であったものであり、自殺に該当するので、死亡保険金を支払ってほしい。

- (1)夫は自殺する前年の6月に抑うつ状態でA病院精神科を受診、初診時よりうつ病疑いとして精神保険医指定の精神分析療法投薬・受療をし、レセプト請求の病名は①神経症、②自律神経失調症となっており、精神病（うつ病）であったことは明白である。
- (2)死亡日前日も、A病院精神科を受診し入院について長男と相談していたが、自殺した当日は夜勤明けで異様な顔つきで帰宅し「入院をすれば人生終わり…」と話し、自室にこもってしまった。このように、自殺時は精神的に追い詰められ、頭の中はパニック状態、心神耕弱、錯乱状態に陥っていたと思われる。
- (3)A病院精神科医師によると、精神病による自殺の場合でも遺書の書ける人、書けない人がおり、ケースバイケースであるとの判断を受けており、遺書の存在が精神病を否定するものではない。

(4)以上のように、精神病に陥り通院、治療を受けるも効果を見ることなく、死亡時は計画的でなく突発的であったことからすると、判断能力を欠いた、心神喪失での自殺であったと推測出来、精神病による自殺は紛れもない事実である。

<保険会社の主張>

「ご契約のしおり・約款」に記載の「精神病による自殺の場合には支払われる場合がありますので、当社へお問い合わせください」との文言は、自殺には被保険者が意思無能力者であったり、精神障害中や心神喪失中であるなど、被保険者が自由な意思決定をすることが出来ない状態で自殺した場合は含まれず、保険金を支払うことになるため挿入されたものである。

本件について申立人は、被保険者が家族らに何も言わず、生活や仕事上の身辺整理もせずに自殺に至ったことなど、被保険者の性格からあり得ないことを主な理由として、本件自殺が心神喪失状態であったと主張している。しかし、下記の理由・事実関係から、「被保険者が自由な意思決定をすることが出来ない状態」とは判断できず、約款上の免責期間中の自殺として保険金を支払うことが出来ないので、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1)受診していたA病院精神科医師は、「希死念慮の原因が主として経済的理由で、『平成18年頃から死にたいと思うようになった』との被保険者からの話があった」と述べている。
- (2)死亡直前の診断はないものの、当時の病名も抑うつ状態、うつ病疑い、神経症と確定的な診断はされていないことから、被保険者が、自由な意思決定が行えないほど高度な精神疾患に罹患していたことの立証はされていない。
- (3)遺書の内容は、死後の指示も含め相当程度具体的なものであり、自殺することを十分認識しつつ、自殺に及んだものと推認出来る。

<裁定の概要>

裁定審査会は申立書、答弁書等に基づいて審理を行った結果、以下の理由により審査会が適正な判断をすることは著しく困難であり、適正な判断をするには裁判手続によることが相当であると判断し、生命保険相談所規程第36条1項(4)を適用して、裁定手続を打ち切った。

- (1)被保険者(夫)が何らかの精神病に罹患していたことは窺えるものの、いかなる精神病か医師の確定診断はなされておらず、自由な意思決定に影響を及ぼすほどの精神病に罹患していたのか明らかでなく、この点については、受診医からの事情聴取なくして判断は困難と言える。
- (2)申立人は、被保険者の死亡は計画的でなく突発的であったと主張するが、遺書が存在していたことから計画的な自殺行為であったとの疑問も残り、この点については、審査会の手続きにおいて明らかになっていない遺書の内容を検討する必要がある。
- (3)被保険者は自殺前日まで外形上は通常に勤務していたようにも窺えるが、申立人は、被保険者の自殺前日までの勤務状況や言動に多々異常があった旨主張している。しかし、自殺前の勤務状況や言動については申立人のみならず、場合によっては勤務先関係者からの事情聴取も検討しなければならない。
- (4)しかし、審査会の手続きにおいては、受診医や被保険者の勤務先関係者から事情聴取等の事実の取調べをすることは認められておらず、また、一方当事者からの事情聴取について、他方当事者に質問の機会を与えない審査会のみ聴取結果により、当事者の主張を認定することは本件事案の性質上相当ではない。よって、当審査会が適正な判断をすることは、著しく困難なので裁判手続による解決が相当である。

[事案19 - 25] 高度障害保険金請求

- ・平成19年11月6日 裁定申立受理
- ・平成20年1月30日 裁定打切り

<事案の概要>

高度障害状態（視力障害）の原因となった疾患は契約後に発病したものであり、保険約款の高度障害状態に該当することから高度障害保険金を支払ってほしいと裁定申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和47年に網膜剥離により左眼を失明していたが、平成11年に診査を受け本件保険契約に加入した。その後、平成16年1月頃から右眼の視力低下も出現し、同17年3月にA眼科を受診し網脈絡膜萎縮と診断され、視力検査の結果、裸眼視力0.01であった。

そこで、保険約款の高度障害状態に該当しているので高度障害保険金を請求したところ、保険会社から、右眼の障害の原因となる疾患についても責任開始時期以前から発生していたものとして不支払との通知があったが、右眼の疾患も契約前に発病していたとする会社の判断には、下記理由により納得出来ないので、高度障害保険金を支払ってほしい。

- (1)平成7年に眼部を強打し視力の低下があったが、B病院にて眼底等の精密検査をしたところ、原因不明で治療・投薬もなく快方に向かい普通の生活を送っていた。運転免許証の更新も出来るほど視力が回復していたのに、免許証更新時の視力検査は医的証明にはならないという保険会社の説明は納得出来ない。
- (2)平成11年に本件保険に加入した際、保険会社の診査医にも営業担当にも、左眼の網膜剥離（昭和47年）と眼部打撲による右眼の視力低下（平成7年）について話したが、診査医は「右眼はある程度期間も経過し、正常な視力を保っているので問題ない」と判断、眼についても何ら条件も付けられることなく加入することが出来た。
- (3)保険会社は、A眼科の診断書（平成17年7月発行）により、右眼の網脈絡膜萎縮の発病日は昭和48年3月としているが、同48年3月に発病したのは左眼の網膜剥離であり、右眼の萎縮は平成16年頃と同診断書に明記されている。
- (4)Cクリニックでの診断書（平成19年2月発行）では、平成13年の初診時の右眼の矯正視力は比較的良好で、平成8年に眼部打撲の視力に対する影響はほとんどなかったが、それ以降に右硝子体混濁、右白内障が発病し、これらが複合して視力障害が進行したもので、現在の視力低下の原因となる疾患は契約後の発病によるものである。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の右眼の視力障害の原因である網脈絡膜萎縮は、契約前に発病していると判断され、約款に定める高度障害保険金の支払事由「責任開始の時以後に発生した傷害または疾病」に該当しないので、申立人の要求には応じられない。

- (1)A眼科の診断書（平成17年7月発行）では、右眼の網脈絡膜萎縮の発病日は昭和48年3月とされており、また平成8年11月のD眼科の視力測定では、右眼の視力は10cm指数弁（0.02-17D）とされており、主治医により両眼近視性網脈絡膜萎縮との診断を受けている。
- (2)申立人の右眼の視力障害の原因につき、A医師によれば、眼底写真を撮影した結果に基づき網脈絡膜萎縮が原因であるとし、申立人が視力障害の原因と主張する白内障、硝子体混濁につい

ては、視力に影響を与える所見は認められないとのことであった。

- (3)申立人提出の運転免許証は医的証明でなく査定資料とすることは出来ない。確かに、当該運転免許証には「眼鏡等」の条件はないが、約款の「責任開始の時以後に発生した傷害または疾病」の主旨は、契約当時の視力の検査数値にかかわらず、障害の原因となる疾病の発病時期が責任開始後であることを言う。

<裁定の概要>

裁定審査会は申立書、答弁書等にもとづいて右眼の視力障害の原因となった網脈絡膜萎縮の発病時期について審理を行った結果、下記理由により裁判手続きによる解決が相当と判断し、生命保険相談所規程第36条1項(4)を適用して裁定打切りとし、裁定手続きを終了した。

- (1)高度障害保険金の対象となる障害は、約款上責任開始日後に発病したものであることを必要とし、この発病は必ずしも自覚症状を伴う必要はない。
- (2)本件においては保険会社の主張にあるとおり、A眼科作成の診断書において右眼の網脈絡膜萎縮の発病日は昭和48年と記載されているが、これは左眼も含めた記載とも判断でき、他の記載と総合してみると、同診断書のみをもって右眼視力低下の基礎疾患が契約前に生じているとは言えない。また、D眼科の平成8年の診断も、申立人が主張するとおり、平成7年にドアノブで強打したことによる影響であり、その後回復したという可能性もあり、これも確たる根拠とはなりえない。
- (3)一方、申立人は昭和48年に左眼を網膜剥離で失明しており、平成7年7月14日付のB病院の診断書では両眼とも網膜剥離と診断され、右眼について網膜剥離の影響の有無を判断する必要がある。さらに、平成7年から8年の視力低下がいったん緩和したとしても、それが当該視力低下の基礎疾患の治癒を意味するのか、あるいは基礎疾患は除去されず、症状が緩和したが同一疾患により再び悪化したのかという点も検討する必要がある。
- (4)以上の判断にあたっては、提出された診断書のみでは足りず、少なくとも平成7年以降のカルテや検査記録あるいは診断した医師の証言などにより、症状の詳細な経過を検討し、原因疾患の特定とその発症時期について鑑定等により専門医師の判断を得なければならない。しかし、当審査会においてはこのような証拠の収集も鑑定等の手続きも不可能であるから、本件は訴訟により解決することが相当と思料する。

[事案19-26] 保険料返還請求

- ・平成19年11月6日 裁定申立受理
- ・平成20年2月12日 裁定終了

<事案の概要>

被保険者が余命いくばくもないことを知っていたにもかかわらず、月払いに払込変更を勧めなかったために、死亡保険金から未払いの年払保険料が差し引かれたことについて保険料年払いを月払いに変更し、月払保険料(1月分)と年払保険料の差額を返還してほしいとして申立てがあったもの。

<申立人の主張>

年払契約の保険に加入していた夫が、年払いの保険料期間(契約日の1年目ごとの応当日から

翌応当日の前日までの期間、本件の場合 3 月 1 日～翌年 2 月末日) のひと月目である 3 月に死亡した。保険料を支払わなかったところ、死亡保険金支払時に年払保険料 (21 万 7 千円余) を差し引かれたが、月払いにしていれば保険料は 1 万 8 千円余で済んだのに納得できない。

保険会社は、①契約成立の時点 (昭和 59 年 3 月)、②年払いに変更する時点 (昭和 60 年 3 月)、③契約者の死亡直前の保険料期間開始前の時点 (平成 19 年 2 月) において、「年払契約では保険料期間の途中で死亡した場合には保険料は返還されない」との説明をせず、かつ被保険者が余命いくばくもないことを知りつつも、契約者に有利な月払いの方法への変更を勧めなかったことは重大な説明義務違反である。

また、明らかに保険業法、消費者契約法等にある禁止行為 (消費者の利益となることだけを告げ、不利益となることを告げずに募集する行為) に当たるので、19 年 3 月に遡り月払いに変更し年払保険料と月払保険料ひと月分の差額 (19 万 8 千円余) を返還してほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求には応じられない。

(1)「保険料不可分の原則」(保険契約が途中で終了した場合、保険者は保険料計算の基礎とした単位期間である保険料期間全部の保険料を取得でき、保険料期間のうち未経過期間に対応する保険料を保険契約者に返還する必要がない) に基づいて、保険約款上「保険料の払込方法が年払契約の場合、2 年目以降の保険料は契約日の 1 年目ごとの応当日 (「契約応当日」) の属する月の初日から末日までの期間内に払い込む必要がある旨定め、払い込むべき保険料はそれぞれの応当日から翌応当日の前日までの期間 (「保険料期間」) に対応する保険料と定め、保険料が払い込まれないまま保険料期間に死亡した場合等は、保険金から未払込保険料を差し引く旨定めている。

申立人の夫が死亡した当時 (3 月 12 日)、本件保険契約についての 3 月 1 日から翌年 2 月末日までの期間に対応する保険料の払込みがなかったため、約款規定に従い申立人に対し未払込保険料を差し引いて死亡保険金を支払ったものである。

(2)保険契約の附合契約性に照らせば、保険会社は契約者に対し保険約款の内容について逐条的・網羅的に説明すべき義務を負うものではない。また、前記のとおり保険料取扱いに関する約款規定は、「保険料不可分の原則」から導かれる事項を定めた規定に過ぎない。さらに、保険料が一定の保険料期間に発生する保険事故発生の危険の引受けに対する報酬であることから、保険会社が当該保険料期間に対応する未払込保険料の払込みを受け、または当該保険料期間に対応する既払込保険料を返還しないことは当然のことと考えられる。

また、営業職員が被保険者の病状について了知していたとしても、被保険者が死亡する前に、被保険者またはその親族に対し予め保険料の取扱い等について説明することは不謹慎かつ不適切な行為であったと言わざるをえない。

以上のことから、約款所定の保険料の取扱いについて申立人が主張するような説明義務違反は認められない。

<裁定の概要>

裁定審査会においては、申立書、答弁書等により審理した結果、以下のとお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。

(1)約款の合理性の有無

保険契約は保険料期間内に応じた保険事故率等を基に将来を予測して保険料を決定するものであるから、保険料期間の開始後は、保険会社は当該保険期間の保険料全額を請求でき、また一旦受領した保険料を返還する必要はない（保険料不可分の原則）とされている。本件保険約款もこれに従っているもので、不合理な約款であるとは言えない。

また、月払いとの比較も、保険事故発生年のみに着目すれば月払いの方が有利であるが、生命保険は長期にわたるものであり、その利益・不利益の判断をかかる単年度の比較にて論ずることには意味がなく、申立人の主張には理由がない。

(2)説明義務違反について

保険会社は、契約にあたり契約の重要事項について説明する義務があるが、何が重要事項であるかは契約の内容・態様により決まるもので、本件のような団体扱いで給与から天引きする方法を選択することが大半の場合、特に契約者の要求がなければ他の払込方法を説明しなくとも直ちに説明義務違反となるものではない。

また、契約者が契約内容を変更する場合、変更内容の利害得失について保険会社は説明する義務があるが、本件の場合、保険料払込方法の変更から既に22年以上経過しており、説明義務違反の事実関係の有無を証拠により判断することは極めて困難で、仮に説明義務違反が認められそのため損害賠償の対象となったとしても、長期間年払いの払込方法により受けた利益を勘案すると、救済を必要とする損失であるとは考えられない。

更に、保険会社は、契約締結後も契約者の経済状態等状況の変化に応じて既存契約の見直しを積極的に契約者に助言指導するまでの義務は負っておらず、自己の状況に応じて適切な契約内容を維持することは基本的に契約者の自己責任に属するものであるから、申立人の夫の死亡直前の時点において、保険会社が月払いへの変更を助言しなくとも、説明義務違反とはならない。

6. 裁定諮問委員会の活動

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。

◎裁定諮問委員会委員（順不同、敬称略）

落合 誠一 東京大学名誉教授、中央大学法科大学院教授
杉本 恒明 関東中央病院名誉院長
加藤 義樹 加藤法律事務所弁護士
神田 敏子 全国消費者団体連絡会事務局長
西岡 忠夫 生命保険協会副会長

（平成20年3月末日現在）

裁定諮問委員会の開催

平成19年度は上期が9月5日、下期が3月4日に開催し、相談・苦情の受付状況、裁定審査会の審理状況等について報告した。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。

◎上期（9月5日）の主な報告事項

- (1)平成18年度における相談・苦情受付状況について
 - ・「相談所レポートNO.79<平成18年度版>」
 - ・「ボイス・レポート 平成19年度第1四半期受付分」
- (2)裁定審査会の活動について
 - ・裁定結果の状況等
- (3)その他協会活動について
 - ・金融商品取引法における「認定投資者保護団体」への取組み
 - ・協会自主ガイドラインにおける会員各社の取組状況
 - ・「消費者の声」事務局の活動報告

◎下期（3月4日）の主な報告事項

- (1)平成19年度における相談・苦情受付状況について
 - ・「相談所レポートNO.80 <平成19年4月～9月>」
 - ・「ボイス・レポート 平成19年度第3四半期受付分」
- (2)裁定審査会の活動について
 - ・裁定結果の状況等
- (3)その他協会活動について
 - ・信頼の回復に向けた取組み
 - ・「消費者の声事務局」活動

7. 認定投資者保護団体としての苦情受付状況

当協会では、平成19年9月30日に施行された金融商品取引法第79条の7の規定にもとづく認定投資者保護団体の業務として、保険業法第300条の2に規定する変額保険・年金、外貨建て保険・年金等の特定保険契約に関する苦情の申し出を受け付けている。

苦情の申し出があった場合は、加入時の状況にもとづき保険商品の仕組み等について説明を行い、生命保険会社との交渉にあたっての助言を行っている。また、申出人から要請がある場合には、生命保険会社へ解決依頼を行ったうえで、あっせん委員によるあっせんを行う旨のご案内をしている。

平成19年度において、特定保険契約に関して受け付けた苦情件数は49件であった。内訳は以下のとおり。

苦情処理実績

(1)苦情処理件数

本年度受付件数	49件
うち相談所で説明して了解	13件
うち相談所で説明するも不調、意見拝聴	6件
うち生保会社の窓口を紹介	24件
うち生保会社へ解決依頼	6件

(2)苦情内容内訳

勧誘時の説明不十分	34件
勧誘時の加入意思確認不十分	7件
勧誘時の不適切な話法	5件
その他	3件
合計	49件

(3)商品別内訳

変額保険	6件
変額年金保険	35件
外貨建て保険	1件
外貨建て年金保険	7件
その他	0件
合計	49件

(4)受付場所別内訳

本部	26件
地方連絡所	23件
合計	49件

あっせん実績

平成19年度におけるあっせん委員によるあっせんはなかった。

参考事例

(苦情の解決、あっせんに係る事例)

<申し出の概要>

証券会社において、10年満期で元本保証であることを2度も3度も確認して加入し、3年経過したが、元本保証ではないことが判った。営業担当者は元本保証とは言っていないと言う。また、1年間に何度も運用先を変更できるということなのに情報提供がない。

<解決結果>

申し出者は払込保険料が保証される商品であることを理解し、情報提供については営業担当者に改めて相談することで納得。

<申し出の概要>

年金預金の切替えに銀行に行ったところ、利率の良い商品があると勧められ、投資信託だと思って加入したところ、変額年金保険だった。銀行に苦情を申し出たら、解約するのであれば適切な時期を連絡すると言われた。

<解決結果>

後日、申し出者より変額年金保険を解約し、解決した旨の報告があった。

<申し出の概要>

銀行が1人住いの75歳の（申し出者の）母親に一時払変額年金保険を勧めて加入させている。リスクを理解していない母親に加入を勧めることは問題ではないか。

<解決結果>

申し出者は当会の助言を受け、銀行への確認を行い、面談の記録や意向確認の受領とともに、本人（母親）が別に投資信託を購入していた履歴も判明したことから、銀行に対して、今後は家族に連絡するよう要望することで決着した。

8. 認定個人情報保護団体としての苦情受付状況

当協会では、個人情報の保護に関する法律 第37条の規定に基づく認定個人情報保護団体としての業務として、個人情報の取扱いに関する苦情の解決を図っている。

平成19年度において、個人情報の取扱いに関して受け付けた苦情件数は34件であった。

主な苦情事例

- ・保険金請求や契約内容の変更などのために保険会社に渡した書類を紛失された。
- ・営業職員が自分の契約内容や入院歴などを第三者に無断で話しをした。
- ・家族の契約内容を保険会社に照会したが、回答してもらえない。

9. 苦情等関係情報の集約化・分析等を効果的に行う仕組み

当協会では、生命保険相談所等に寄せられた相談・苦情、意見・要望等を生命保険各社に正確・迅速に届けるとともに、苦情等の集約化や傾向・原因の分析と、各社での共有化・取組方策等の情報交換を効果的に行い、各社の経営改善等に資することとしている。

平成19年度においては、引き続き当相談所に寄せられた苦情等の情報提供を行う「ボイス・レポート」の発行、協会トータルでの苦情等の集約化、原因分析等行う事務局横断的な組織「消費者の声」事務局活動等を実施するとともに、19年9月より「苦情情報等の更なる活用に向けた取組み」を開始した。

(1) 「ボイス・レポート」の発行等

相談所に寄せられた苦情等のお客様の声を迅速・正確に生命保険各社に届けるため、苦情項目別の件数一覧や代表的な苦情事例等を四半期ごとにまとめた「ボイス・レポート（全社版）」を、平成19年8月（第1四半期受付分）、同11月（第2四半期受付分）、平成20年2月（第3四半期受付分）、同5月（第4四半期受付分）にそれぞれ作成し、会員各社に情報提供するとともに当協会ホームページに掲載した。

また、個別会社に関する苦情等について全社状況と対比できる形での分析を行い、四半期毎に「ボイス・レポート（個社版）」を作成し、それぞれ各社経営層に直接報告した。

また、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注意喚起（改善勧告）を行うことにしている。

(2) 「消費者の声」事務局の活動

生命保険各社の経営に消費者の声を反映させることを目的に、生命保険相談所に寄せられる苦情・相談、意見・要望や、消費者団体やマスコミ等からの意見・要望の情報を集約化・原因分析を行うとともに、生命保険各社相談担当責任者で構成する相談室協議会において、分析結果の共有化、取組事例の情報交換等を行う「消費者の声」事務局の活動を実施している。

平成19年度においては「説明不十分に関する問題」、「表示に関する問題」の2テーマについて取り組み、各社の好取組事例の収集を行い、会員会社にその結果をフィードバックし、会員各社のお客さま対応体制の改善に向けた参考資料を提供した。

◎「説明不十分に関する問題」の各社取組事例

- ・営業担当者に対し、注意喚起情報の不利益事項は口頭で読み上げるとともに、顧客が十分内容を理解できるよう熟読する時間を設けるように指導している。
- ・高齢者に対する募集は、できるだけ家族等に同席していただき説明するように指導している。
- ・営業担当者に対し、お客さまに「設計書（契約概要）」を理解していただくために十分な時間を申込み手続きまでに確保すること、およびお客さまの理解度をそのつど確認しながら説明を行うよう、継続的に研修などを実施。

◎「表示に関する問題」の各社取組事例

- ・表示に関する苦情、意見、提言等お客さまの声を収集し、募集用資料等の作成・審査に反映

している。

- ・ 募集用資料等の作成に際し、第三者（消費者、消費者団体、弁護士、医師等）の意見等を取り入れる仕組みを構築している。

(3) 苦情情報等の更なる活用に向けた取組み

平成19年9月より、当会相談所や生命保険各社に寄せられたお客さまの声を更に活用し、お客さまの理解促進を図るとともに、いただいたご意見・苦情等を生命保険事業に一層反映させるため、お客さまが抱かれる不満、不満等に対する会員各社の取組み、保険金等の支払状況等の事例等を当会や会員各社のホームページにて順次情報開示していくことにした。

○苦情情報等の概要

* 開示する情報は以下のとおり。（全て各社別）

- ① 「苦情件数」（時系列推移も掲載）
- ② 「苦情の内訳」（時系列推移も掲載）
- ③ 「苦情の主な事例」
- ④ 「苦情等の対応状況（改善事例）」
- ⑤ 「保険金等支払・不払い件数及びその内訳」

* 情報開示にあたっては、苦情等の定義の統一化や、各社におけるシステム・業務運営態勢の整備に一定の準備期間が必要になることから、平成19年9月より、3段階に分けて順次開示していくことにしている

○スケジュール

第1フェーズ（平成19年9月実施）

- ・ 当会に寄せられた苦情情報（上記①、②）を当会のホームページにて開示します。
- ・ また、各社に寄せられた苦情情報等（上記③、④）を各社のホームページにて開示（協会ホームページからリンク）します。

第2フェーズ（平成20年9月～）

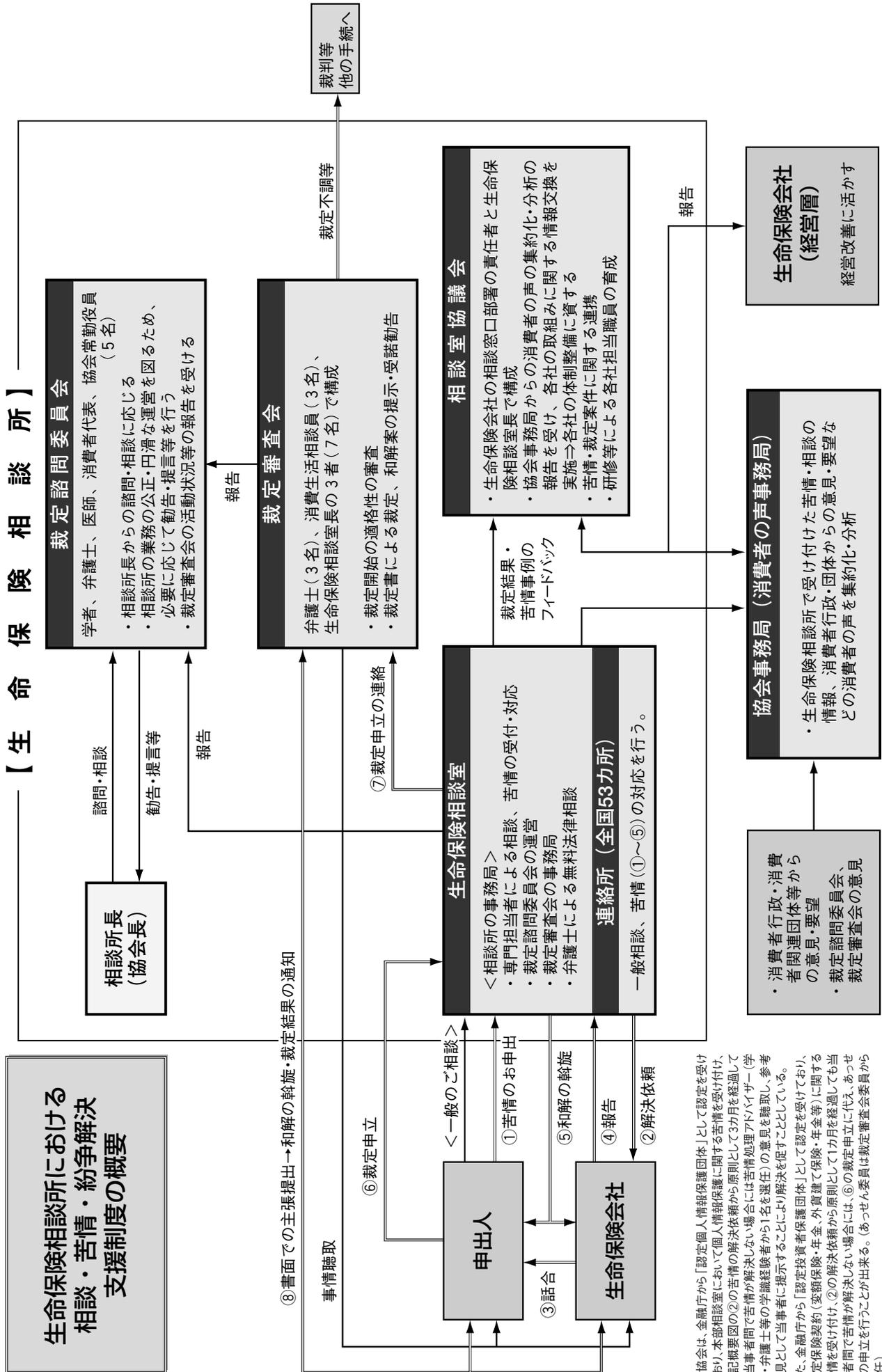
各社における苦情の定義の統一化などを行ったうえで、

- ・ 当会及び各社に寄せられた苦情情報（上記①、②）を当会のホームページにて開示します。
- ・ また、各社に寄せられた苦情情報等（上記③、④）を各社のホームページにて開示（協会ホームページからリンク）します。

第3フェーズ（平成21年6月を目処）

第2フェーズでの対応に加え、各社における「保険金等支払・不払い件数及びその内訳」（上記⑤）について、各社のホームページにて開示（協会ホームページからリンク）します。

【生命保険相談所】



(注)
 *当協会は、金融庁から「認定個人情報保護団体」として認定を受け、
 しており、本部相談室において個人情報保護に関する苦情を受け付け、
 上記概要図の②の苦情の解決依頼から原則として3カ月を経過して
 も当事者間で苦情が解決しない場合には苦情処理アドバイザー(学
 者・弁護士等の学識経験者から1名を選任)の意見を聴取し、参考
 意見として当事者に提示することにより解決を促すこととしている。
 *また、金融庁から「認定投資者保護団体」として認定を受けており、
 特定保険契約(変額保険・年金、外貨建て保険・年金等)に関する
 苦情を受け付け、②の解決依頼から原則として1カ月を経過しても当
 事者間で苦情が解決しない場合には、⑥の裁定申立に代え、あつせ
 んの申立を行ったことが出来る。(あつせん委員は裁定審査委員会から
 選任)