

裁定審査会における 裁定の概要

〈平成21年度下期版〉

本冊子には、裁定審査会が審理を行い、平成21年度下期（平成21年10月～同22年3月）に審理が終了した事案の裁定概要（不受理事案は不受理の理由）を掲載しております。

社団
法人 生命保険協会

生命保険相談所

目 次

I. 契約取消もしくは契約無効確認請求関係（契約転換含む）… 1

事案 I - 1	契約転換無効確認請求
事案 I - 2	契約転換無効確認請求
事案 I - 3	契約転換無効確認請求
事案 I - 4	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 5	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 6	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 7	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 8	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 9	契約転換無効確認請求
事案 I - 10	契約転換無効確認請求
事案 I - 11	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 12	契約取消・既払込保険料返還請求
事案 I - 13	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 14	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 15	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 16	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 17	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 18	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 19	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 20	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 21	契約無効確認・既払込保険料返還請求

II. 保険金請求関係…………… 23

事案 II - 1	高度障害保険金請求
事案 II - 2	死亡保険金請求
事案 II - 3	高度障害保険金請求
事案 II - 4	災害死亡保険金請求
事案 II - 5	高度障害保険金請求
事案 II - 6	死亡保険金・給付金請求
事案 II - 7	災害死亡保険金請求
事案 II - 8	高度障害保険金請求
事案 II - 9	高度障害保険金請求
事案 II - 10	高度障害保険金請求
事案 II - 11	高度障害保険金請求
事案 II - 12	高度障害保険金請求

III. 給付金請求関係…………… 36

事案 III - 1	高度先進医療給付金請求
事案 III - 2	成人病入院給付金請求
事案 III - 3	特定疾病保険金請求
事案 III - 4	手術給付金請求
事案 III - 5	入院給付金請求
事案 III - 6	入院給付金請求
事案 III - 7	入院給付金請求
事案 III - 8	がん入院給付金請求
事案 III - 9	入院給付金請求

事案Ⅲ - 10	入院給付金等請求
事案Ⅲ - 11	契約解除取消・入院給付金請求
事案Ⅲ - 12	手術給付金請求
事案Ⅲ - 13	入院給付金等請求
事案Ⅲ - 14	手術給付金請求
事案Ⅲ - 15	手術給付金請求
事案Ⅲ - 16	手術給付金請求
事案Ⅲ - 17	障害給付金等請求

IV. その他..... 53

事案Ⅳ - 1	解約取消・給付金請求
事案Ⅳ - 2	年金請求
事案Ⅳ - 3	年金（配当金）請求
事案Ⅳ - 4	年金請求
事案Ⅳ - 5	年金（配当金）請求
事案Ⅳ - 6	失効取消請求
事案Ⅳ - 7	契約解除取消請求
事案Ⅳ - 8	配当金・生存給付金積立利息請求
事案Ⅳ - 9	保険料前納遡及取扱請求
事案Ⅳ - 10	年金（配当金）請求

V. 申立不受理..... 65

事案Ⅴ - 1	契約者貸付無効確認請求
事案Ⅴ - 2	災害死亡保険金請求
事案Ⅴ - 3	災害死亡保険金請求
事案Ⅴ - 4	生存祝金請求
事案Ⅴ - 5	生存給付金請求

I. 契約取消もしくは契約無効確認請求関係（契約転換含む）

〔事案 I - 1〕 契約転換無効確認請求

- ・平成20年10月9日 裁定申立受理
- ・平成21年11月16日 裁定終了

<事案の概要>

契約転換時において、据置金の転換価格への充当に関する説明がなかったとして、契約転換を取り消し元の契約に戻してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成3年に加入していた定期付終身保険（生存給付金定期保険特約付、以下「被転換契約」）を20年2月、同種の保険（以下「転換後契約」という）に契約転換の手続きをした。

転換後1カ月後に、被転換契約で据え置いていた直近の生存給付金を引き出そうとしたところ、契約転換に際し、同生存給付金が転換価格に組み込まれ受領できなくなっていた。契約転換の際に、営業担当者から、被転換契約の据置金が転換後契約に組み込まれ受領出来なくなることの説明は受けていない。転換時に素人の契約者にも伝わるように説明を受けていれば、契約転換などしなかった。説明を怠ったことは、保険業法、消費者契約法に違反するものであり、契約転換を取り消して、被転換契約に戻してほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、転換後契約を無効にしてほしいとの申し出には、応ずることは出来ない。

- (1)営業担当者は、契約転換の提案時、申立人に対し「転換により、被転換契約について据置祝金等の今貯まっているお金は受け取ることが出来なくなる」旨を説明した。
- (2)申立人は、意向確認書の各確認事項についてすべて「はい」に○を付けて、各確認事項の内容を理解したことを表明していることや、転換価格の内訳として据置金を記載した「契約転換精算書」を受け取った時点で、なんら苦情を申し出ていることなどからも、担当職員の説明が十分になされたことが裏付けられる。
- (3)契約転換する場合に適用される「保険契約の転換に関する特則（以下「転換特則」）には、転換価格は、責任準備金、社員配当金、据え置かれた生存給付金の各金額の合計とする」旨規定されている。東京地裁昭和48年12月25日判決は、「生命保険契約のような附合契約にあっては、契約者が当該約款の内容を知っていたと否とにかかわらず、また約款によらない旨の明示のない限り、その約款全体を内容とし、かつこれにのみ契約が有効に成立するものと解すべきである」と判示しているところであり、本件契約転換に適用される転換特則には、上述のような規定がおかれている。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理を行った結果、下記のとおり、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)下記のとおり、本件において消費者契約法4条2項に該当する行為があったとは認め難い。

- ①生存給付金の請求権は、保険契約により発生する権利であるから、契約が消滅した場合には、当該権利も存在しなくなることは当然である。従って、転換時に未受領の生存給付金は清算されるはずであり、被転換契約の消滅時に返戻金等として返還されない限り、転換契約における転換価格（転換後契約に移行する被転換契約の清算）に含まれると解すると考えることが通常である。従って、この点を説明しなくとも、不利益事実の不告知とは言えない。
- ②生存給付金は「来年の分は出ないが、3年後から出る」という営業担当者の説明によると、貯まっている積立金は無くならないと消費者に誤信させるものとは通常考えられず、従って、転換により従来積み立てた給付金が消滅するという事実を告げなかったことは、消費者契約法にいう不利益事実の不告知には該当しない。
- ③「転換精算書」によれば、被転換契約の清算内容の欄に据置金の記載があり、更に転換価格の内訳の内容についての欄に据置金の説明として「契約前に据え置いていた保険金、給付金などの元利合計です」と説明されている。そして、この据置金が転換後契約に充当されることは前記被転換契約の清算内容の欄の下部に記載されている金額から明らかであり、重要事項の説明はあったことになるし、少なくとも不利益事実を営業職員が「故意」に告げなかったとは推定できない。

- (2)申立人の主張する保険業法第300条の禁止行為の違反（重要事項の不告知）は、上記と同様認めることが出来ず、また、同条違反は直ちに保険契約の効力に影響を与えるものではない。

- (3)生命保険の転換は、被転換契約を消滅させて転換後契約を発生させるものであるから、被転換契約により発生

した権利が消滅する（清算される）ことは当然であり、未払保険金・給付金が転換契約により消滅することは、一般人においては契約意思の形成に影響を与えるものではないと判断できるので、要素の錯誤とはいえない。

また、申立人において積み立てた保険金・給付金が重要であるならば、契約の段階で容易に確認できたはずであるのに、申立人の主張によっても、この確認は明確には行われていない。よって、錯誤による無効（民法95条）とはならない。

【事案 I - 2】 契約転換無効確認請求

- ・平成20年11月12日 裁定申立受理
- ・平成21年11月16日 裁定終了

<事案の概要>

加入していた保険を、何の説明もないまま転換されてしまったとして、転換前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2年に定期付終身保険（契約①）に加入していたが、7年1月頃、営業職員に保険料1万円以内で負担が大きくなる範囲で追加加入（申立人は「継ぎ足し」と呼称）を依頼したところ、新たに特定疾病保障定期保険（契約②）に契約させられただけでなく、元々加入していた保険を、何の説明もないまま、別の定期付終身保険（契約③）に契約転換されてしまっていた。

取り扱った営業職員（退職済）も転換契約であることの説明義務を怠ったことを認め、確認書に署名・捺印をもらっている（同20年2月）。したがって、転換後契約（契約③）は申立人の意思に基づく契約ではない（契約転換であることを知っていたなら契約はしない）から、錯誤により無効である。あるいは、転換契約であるという契約者に不利益な事実を告げなかったから、消費者契約法第4条2項により取り消したい。被転換契約①の復活、または転換契約後の支払済保険料を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

下記により、転換後契約（契約③）は有効であり、支払済保険料の返還請求に応じることはできない。

(1)以下の事実から、申立人には契約①の転換をする意思があったと考えられる。

- ア) 営業職員は設計書を用いて転換後契約（契約③）の商品内容の説明をしたが、その設計書の右上部には転換であることが記載されている。
- イ) 契約申込書の右下には転換手続であることが明示され、転換の意味は申立人が受け取った「ご契約のしおり」に記載されている。
- ウ) 契約③を申し込む際、申立人は当社に契約①の保険証券を提出し、引き換えに当社は契約成立後に契約③の保険証券を送付している。同証券には「契約転換精算書」が同封されている。このように、保険契約を転換したことが明確に分かる書類を受領しながら、申立人は異議を申し立てていない。
- エ) 申立人は平成8年に契約③付加の入院特約にもとづき子供の入院・手術給付金を請求・受領している。また、17年に更新手続きを行っているがその書類には契約②、③の証券記号番号が印字されている。いずれも、申立人が転換が有効であることを前提とした行為である。
- オ) 仮に、申立人が転換に気づかなかったとしても、平成19年10月に当社に異議申し立てた後、申立人は転換契約の有効性を前提として、解約している。

(2)申立人から、営業職員が上記事実を認め署名・捺印した「確認書」が提出されているが、これは、申立人が「印鑑を押さないと帰らない」と言うため、営業担当者は自分の思っていたことと違っていたが、やむなく署名・押印したものである。

<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結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)本件転換契約において、営業職員が契約時に転換契約であることの説明を怠った場合には説明義務違反となるが、説明義務違反があるからといって、直ちに保険契約が無効となり、あるいは取り消し得るものではない。本件では、転換契約であることが直ちに申立人の不利益になるとは言えないが、仮に転換契約であることが不利益事実であるとしても、①申立人は、自分が知りたい事実のみ営業職員に説明させ、それ以外の説明を聞こうとはしなかった、②申込書や説明書には転換契約である旨の記載があるから、営業職員はこの説明を当然行おうとしたことは推認できることから、消費者契約法第4条2項但書により、申立人は取消権を行使できない。

(2)申立人は事情聴取において、契約転換であることは知らなかった（説明もなかった）のであり、知っていれば転換はしなかったと主張するものの、当該契約時において重要なこととしては、保障内容が従前より不利にならないことと、保険料の増加が1万円以内であることとしており、申立人主張の「継ぎ足し」とは、新たな契約に加入する余裕はないから、従来の保険契約の他に保障を付加するというものであって、転換契約を事実上拒否している趣旨ではなかったこと、および転換契約に際し、営業職員に自分の関心事は質問するも、それ以外については説明を受けることなく、契約時にすぐ傍に居ながら署名等を妻に代行させるなど、契約の形態に関して何らの関心も示していなかった事実が窺われる。

このような事実に基づき判断すると、契約当時、申立人において転換契約という新たな契約をする意思が存在しなかったとまで判断することはできないから、契約に際し錯誤があったと認定することはできない。

保険会社が主張するように、契約時のパンフレットや設計書の交付、あるいはそれ以降の各文書の交付等により、転換契約であることを認識することができたにもかかわらず、何ら異議を述べていない事実からも、契約時に錯誤があったと推認することはできない。

この点について、申立人は文書などには関心がないから見ることもしなかったと主張しているが、少なくとも契約時に保険設計書や申込書を見ていれば、転換契約であることは容易に認識できたはずである。従って、仮に契約時に申立人に錯誤があったとしても、当該錯誤をするについて申立人には重大な過失があるから、民法第95条但書により、無効を主張することはできない。

【事案1-3】契約転換無効確認請求

- ・平成21年1月21日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

＜事案の概要＞

正しい説明があれば転換しなかったとして、転換を取り消し精算金の支払いを求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

それまで加入していた保険（転換前契約）を昭和60年に転換し定期付終身保険（転換後契約）に加入した。その際、営業担当者から、転換後契約においても転換前契約と同様に、保険料払込満了時に150万円ほどの祝金が出るという虚偽の説明があり、また、転換に際して設計書を用いての説明も受けていない。

設計書を用いた正確な説明があれば、転換して現在の保険に加入しなかった。当初の説明と異なるので、転換後契約を転換時に遡及して取り消し、取消しに伴う精算金を支払って欲しい。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、本件保険契約の内容に関し、申立人に錯誤はなく、仮に申立人に錯誤があったとしても、それは表示されない動機の錯誤であるとともに、申立人には重過失が認められるものと考えられるので、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)担当営業職員が既に死亡しており正確な事実確認は出来ないが、営業職員としても保険設計書を使用して説明した方が容易かつ正確であり、私製メモだけで募集することは通常考えられない。仮に、営業職員のメモによる簡単な説明を聞くのみで、保険設計書やパンフレットによる確認をせずに契約したとすれば、申立人には重過失があり錯誤無効の主張は出来ないことになる。
- (2)申立人は以前にも保険契約を締結した経験があり、締結する保険契約の内容は保険設計書やパンフレットで確認できることを知っていたはずである。加えて、申立人の配偶者は当社営業職員であった経歴があり、生命保険に関しては通常の家より精通していたと考えられる。
- (3)契約申込書の「ご契約のしおり・約款」受領印欄に申立人の押印があることは明らかである。申立人は「ご契約のしおり・約款」を参照することにより、本保険契約の内容を知ることが出来たと言える。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出された書面および申立人からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)申立人は、祝金が支払われないと説明されていたら転換には応じなかったと主張し、転換前契約への復旧を求めているが、法律的には、転換につき、錯誤による無効（民法95条）もしくは詐欺による取り消し（民法96条1項）を主張するものと解される。本件募集人は既に死亡しており、募集人から転換当時の状況を確認することはできないが、関係証拠から以下の事実が認められ、申立人が錯誤に陥っていたと認めることは出来ず、まして、それが要素の錯誤に当たると考えることは出来ない。仮に要素の錯誤が認められたとしても、下記のとおり

うな経過を考慮すると、表意者（申立人）には重大な過失があったと評せざるを得ないので、申立人は自らその無効を主張することはできない。

ア) 申立人は、転換当時、募集人から転換後契約のパンフレットに基づき説明を受けたことは認めており、申立人の妻は、同パンフレットに祝金が出るという記載がないことに気づいていた。

イ) 契約転換時の生命保険契約申込書の「〔ご契約のしおり、定款・約款〕ご受領印」の欄に申立人が捺印していることから、申立人はこれらの書類の交付を同日までに受けていると推認することが出来る。

ウ) 本件募集人が申立人に対し設計書を交付したかどうかにつき争いがあるが（ただし、募集人が設計書を用いないで説明することは通常想定し難いところである）、パンフレット・ご契約のしおり・約款、保険証券、「ご契約者さまへのお知らせ」を見れば、転換後契約には（転換前契約とは異なり）祝金の制度が設けられていないことは容易に知ることができる。

エ) 申立人の妻の供述では、「ご契約のしおり・約款」は平成8年か9年頃に交付を受け、それ以降ずっと祝金の件を保険会社に問い質し続けてきたと言うが、申立人は、①平成9年にリビング・ニーズ特約を付加し、②同19年9月と③同20年7月には保険金を減額し、④同12年9月に契約者貸付を利用している。これらの行動は、転換後契約が有効に存在していることを前提とするものである。

(2)詐欺（民法96条1項）が成立するためには、欺罔行為（故意に事実を隠蔽し、または虚構して表示すること）と、故意（相手を欺こうとする意思と、欺くことにより一定の意思表示をさせようとする意思）が必要であるが、これらを裏付ける証拠はない。また、既に転換から25年以上が経過しており、取消権は除斥期間の経過により消滅している（民法126条後段）。

〔事案 I - 4〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年2月2日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

募集人（証券会社職員）の募集行為は、不招請勧誘、適合性原則違反に該当するとして、変額個人年金保険を取り消して、払い込んだ保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年12月の初旬、証券会社の職員2名が訪問してきて、変額個人年金保険2件（一時払保険料合計600万円）の契約を申し込み、さらにその3日後に投資信託を売却して上記保険の増額に充てることとし、各保険の一時払保険料の額を1,000万円とした。

その際の販売方法は、下記のとおり金融商品取引法の「不招請勧誘」および「適合性の原則違反」に該当するので、2つの変額年金保険を取り消し、各一時払保険料1,000万円（計2,000万円）を返金してほしい。

(1)不招請勧誘

証券会社の職員（募集人）は、12月3日と6日の両日、高齢（契約時77歳）で、身体障害者1級の認定を受けている者の自宅にアポイントなしで訪問し、夜間に長時間にわたって保険の勧誘を行っている。加えて、12月3日には、「疲れているので帰って欲しい」旨を伝えたにもかかわらず、募集人は退去することなく勧誘を行った。こうした勧誘行為は、金融商品取引法で禁止する不招請勧誘（38条3号）に該当する。

(2)適合性原則の違反

①募集人に対し、価格変動リスクの高い金融商品を減らし、価格変動リスクの低い金融商品を購入したい旨伝えたが、価額変動リスクの高い変額個人年金保険を勧誘したこと、②有料老人ホームに入所するために募集会社（証券会社）で運用していた財産について、中途解約手数料の高い変額個人年金保険を勧誘したこと、③募集人は、相続対策に有利な商品であると繰り返し説明し勧誘したが、年金保険の相続時非課税限度額は1,000万円であるのに、申立契約の保険金額は合計2,000万円であるから、1,000万円を超える部分については、申立人および相続人にとってメリットはないなど、金融商品取引法で定める適合性の原則（40条1号）に違反する。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立てに応ずべき理由がないことから、申立人の意向に応ずることは出来ない。

(1)不招請勧誘について

当社においては、以下の点により、募集人による申立人宅への訪問は不適切なものではなかったと判断している。

①事前のアポイントもなく訪問しても、申立人が嫌がるような状況はなく、申立人が「疲れているから」と訪問を断われた際には、日を改めて訪問しており、申立人が募集人の訪問を拒否できない状況ではなかった。

- ②募集人が申立人宅に滞在している間、申立人は趣味の話や、かつ飲み物等が提供されるなど和やかな雰囲気であり、申立人から募集人に対し退去を求めるような言動は全くなされなかった。
- ③また、12月3日の訪問の際、募集人が申立契約の提案にあたって、申立人のご子息の同席もしくはご子息に相談いただくことを申し出たが、申立人からは「自分の資金なので自分で判断する」として、申し出を拒絶されるなど、募集人が一方的に申立人に契約の締結を求めるような状況にはなかった。

(2)適合性原則について

- ①申立契約の積立金は日々増減し、また、保険期間中に中途解約する場合には、契約日からの経過期間に応じて一定の解約控除が発生するため、積立金の運用状況、解約時期によって払い戻される金額は一時払保険料相当額を下回る可能性があるが、契約を継続する限り原則として一時払保険料相当額以上が保証される。申立人は、リターンの獲得も意向として示しており、運用成果次第で年金額がステップアップする可能性のある本契約は申立人のニーズを損なうものではない。
- ②申立人は、申立契約の説明を行っている間は、申立契約が有する運用リスク、年金支払の仕組み等につき適切に理解している旨の言動をなされたほか、「もし運用が悪くても、年金として受取っていけば支払った金額は返ってくるのね」との発言をはじめ、申立契約の内容について理解を示されていた。
- ③申立契約の保険料が有料老人ホームに入居するための資金であったことは、申立人から全く説明を受けておらず、長期継続の意思があったものと認識している。また、申立契約への加入により申立人の生活設計が脅かされるような事情は予見できなかった。
- ④死亡保険金の非課税限度額の説明については、募集人は商品パンフレットを使用しており、不適切なところは認められなかった。

<裁定の概要>

申立人は申立契約の解除（取消）を求めるが、金融商品取引法で定める不招請勧誘および適合性原則違反に該当したとしても、募集会社に損害賠償責任が生じることがあることは別として、直ちに契約の解除または取消の原因となるものではない。

そこで、裁定審査会では、申立人の主張を善解し、不招請勧誘行為については消費者契約法等による取消を主張し、適合性原則違反については公序良俗違反による無効（民法90条）を主張するものと解し、申立人・保険会社から提出された書面、申立人および募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。その結果、以下の理由により、申立内容を認められるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条により、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)不招請勧誘について

一人暮らしの高齢の女性宅に、アポイントなしで夕食の時間帯に訪れ、訪問時間が3時間にも及ぶ勧誘に疑問がないわけではないが、消費者契約法または他の法令によっても、こうした事実から契約の取消権は認められない。

もっとも、募集人に不退去の事実が認められる場合は、消費者契約法により取消権（4条3項1号）が生じる余地がある。不退去については、事情聴取における申立人と募集人の供述は異っており、申立人の供述の他に募集人の不退去の事実を認める証拠はない。よって、募集人に不退去の事実を認定することはできず、申立契約の取消権を認めることはできない。

(2)適合性原則違反について

下記により、募集人が申立人に対し、申立契約を勧誘したことが適合性の原則に反するとまでは言えず、申立契約が公序良俗に反するとは言えない。

- ①申立人が、価格変動リスクの低い金融商品を購入したいとの要望を伝えたことは、事情聴取において募集人も認めるが、申立人は、相応の投資経験があることから、申立契約の内容を判断する知識は有していたと考えられること、申立契約は既払年金累計額と死亡一時金によって、一時払い保険料相当額が保証されており、申立契約が必ずしも価格変動リスクの高い金融商品と断定することまでは出来ないことからすると、募集人が申立人に対し、申立契約を勧誘したことが適合性に反するとまでは言えない。
- ②申立人は、有料老人ホームに入所するために募集会社で運用していた財産について、中途解約手数料の高い変額年金保険を勧誘したことを問題にするが、申立人の事情聴取の結果によれば、申立人は募集人に対し、運用している財産を有料老人ホームに入所するために使用する予定であることを伝えていないのみならず、申立契約により、申立人が生存中は年金を取得し、死亡後は2人の子供に財産を残すことを意図して契約したことが認められる。そうであれば、申立契約を勧誘したことが、適合性に反するとまでは言えない。
- ③募集人は、申立人の推定相続人及び申立人の財産内容を十分に把握していたわけではなく、相続税額の試算

ができる状況になかったことからすると、申立人が主張するような勧誘があったと認めることはできない。また、申立人の主張する勧誘があったとしても、申立人は非課税限度額のみを問題にするが、相続税額の試算に基づいた主張ではないため、申立契約が相続対策としてどのような効果を有するかについて判断できないため、適合性に反すると認めることはできない。

[事案 I - 5] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年3月18日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 裁定終了

<事案の概要>

変額個人年金を契約したが、加入時に募集人（銀行員）の説明不足があったので、契約を取消し、既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成20年5月、長年取引のある銀行の行員が来訪し、定期預金の利息が安いからと、変額個人年金を勧められ、同行とは30年以上の付き合いで全幅の信頼を寄せていたため、何の疑問を感じずに、5月22日に変額個人年金（一時払保険料1,000万円）の契約申込みをした（5月28日契約成立）が、下記のとおり重要事項の説明不足等があったので、契約を取消し、既払込保険料を返還して欲しい。

- (1)申込み前、「リスクを伴う商品は一切希望しない」旨強く数度念を押したが、「途中解約に元本割れのリスクがあること」等の重要事項の説明がなく、3%での運用、受取総額100%保証等のメリットのみを説明した。
- (2)貯蓄タイプで元金は目減りしない信託銀行の商品と思い、保険会社の商品だとは思わなかった。
- (3)初期費用として一時払保険料の3%が差し引かれることを知らなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、契約取消および払込保険料の返還については、要求に応ずべき理由がないと考えられるので、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)当該商品の提案の際、「簡易パンフレット」、「パンフレット・ご契約のしおり・約款合本」、「契約締結前交付書面」、「お客様へのお知らせ」、「生命保険申込に際しての重要事項等確認書」を使用して、①預金ではなく保険商品であること、②契約時に契約初期費用の控除があることならびに中途解約した場合には所定の控除があること、③運用実績が思わしくない場合には、一時払い保険料から年金が取り崩されること、契約申込日から8日以内であればクーリング・オフが可能であること等について説明した。
- (2)「過去に投資信託で損をしたので投資信託はもうやりたくない」との意向は聞いているものの、「リスクを伴う商品は一切希望しない」との意向は聞いていない。事実、「お客さまカード兼提案書」に記載のとおり、資金運用に関する基本的な意向として「資金を増やす」「元本の安全性と収益性のバランスに配慮」の欄に、申立人自身によりチェックいただいている。また、「意向確認書兼適合性確認書」においても、「申立商品はリスクのある投資商品である」旨の確認欄にもチェックいただいているなど、申立商品に一定のリスクがあることを承知の上で加入いただいたものと考えている。
- (3)パンフレットや契約締結前交付書面等を使用して、費用や解約時には受け取る金額が払込保険料相当額を下回る旨のリスクを含む商品内容であることについて説明している。
- (4)当初の苦情申出時に募集人が申立人と面談したところ、「費用の説明を受けていたのを思い出した」とコメントされ、「初期費用の説明があったこと、投資信託で運用する点については理解している」とのことで、申立契約を継続されることになった経緯がある。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張を法的に構成すれば、要素の錯誤（民法95条本文）による申立契約の無効を主張するものと考え、申立人が主張する錯誤の有無について、申立書、答弁書等の書面の内容、申立人および募集人（銀行員）からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記の事実を総合すると、申込み時に募集人による重要事項の説明不足があったとは認めることはできず、申立人の主張するような錯誤があったと認めることもできない。申立人は、募集代理店である銀行に全幅の信頼を寄せていたから、書類には目を通していない、記載事項は眼中になかったと言うが、もしそうした状態で契約の申込みをしたのであれば、表意者（申立人）に「重大な過失」があったと言わざるを得ず、申立人から無効を主張することはできない（民法95条ただし書き）。

したがって、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)募集人は、封筒にセットされた一件書類（簡易パンフレット、商品パンフレット・契約のしおり・約款・特別勘定のしおりを含む冊子、契約締結前交付書面等）を交付し、簡易パンフレットを中心に2時間程度の時間をかけて、保険の説明を行った。
- (2)簡易パンフレット、商品パンフレットの各表紙には当該商品が「変額個人年金保険」であること、取扱銀行は「募集代理店」であり、「引受保険会社」は当該保険会社であることが明記されており、さらに内容を見れば、当該商品が保険会社を保険者とする「保険」であることは一目瞭然である。
- (3)契約初期費用として一時払保険料の3%が差し引かれ、その残額が特別勘定に繰り入れられることは、簡易パンフレットの最終頁に「ご契約時にご負担いただく費用」として明記されており、契約締結前交付書面にも「諸費用について」として明記されている。
- (4)申立人は、「お客様カード兼ご提案書（個人用）」に署名し、生命保険商品の提案を受けることを了承し、「生命保険申込に際しての重要事項等確認書」と「意向確認書兼適合性確認書」に自らチェックした上で署名している。「生命保険申込に際しての重要事項等確認書」には、銀行預金とは異なり元本保証のないこと、生命保険会社を引受保険会社とする保険商品であること等が明記されており、「意向確認書兼適合性確認書」には、申し込む商品が、預金とは異なり、中長期継続を前提とした保険商品であることやリスクのある投資性商品であること等が明記されている。
- (5)取扱銀行では、70歳以上の高齢者の場合、その場で契約を成立させることなく、翌日に役付き者（募集人の上司）から意向確認の電話を入れた上で契約を進めることにしており、本件でも、翌日に募集人の上司が申立人に意向確認の電話を入れた上で契約を進めている。

＜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 I - 6】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年4月2日 裁定申立受理
- ・平成22年3月16日 和解成立

＜事案の概要＞

短期間に多数の保険に加入したが、営業担当者に騙されて契約したものであり、全ての契約を取消し保険料全額の返還を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成17年9月、営業担当者に医療保険について相談したところ、「ファイナンシャルプランナーの資格を持っているので資産について見てあげる…」と言われ、資産の全部、家庭の状況について全てを話し相談に乗ってもらった。

担当者から「保険という名の貯金をしませんか…」と勧められ、銀行と同じ貯金だと思い、同年11月～12月にかけて下記の7つの保険を契約した。昨年（20年）の金融危機の際、相談したところ、貯金ではなく保険に入っていたことが分かった。

銀行預金と同様の商品と誤信して契約したものであり、全ての契約を取り消し、保険料全額を返還して欲しい。

＜申立契約一覧＞

契約①		契約②		契約③	
契約年月	平成17年11月	契約年月	平成17年11月	契約年月	平成17年11月
保険種類	終身保険	保険種類	終身保険	保険種類	米国ドル建特殊養老保険
契約者	申立人の長男	契約者	申立人の長女	契約者	申立人
被保険者	申立人	被保険者	申立人	被保険者	〃
保険料払込	一時払	保険料払込	一時払	保険料払込	年払
契約④		契約⑤		契約⑥	
契約年月	平成17年12月	契約年月	平成17年11月	契約年月	平成17年11月
保険種類	積立利率変動特殊養老保険	保険種類	医療保険	保険種類	終身保険
契約者	申立人	契約者	申立人	契約者	申立人
被保険者	〃	被保険者	〃	被保険者	〃
保険料払込	年払	保険料払込	年払	保険料払込	一時払

契約⑦

契約年月 平成17年12月
保険種類 年金支払型特殊養老保険
契約者 申立人
被保険者 〃
保険料払込 年払

<保険会社の主張>

本件契約はいずれも適正な手続きを経て現在まで有効に継続し、保険料の返還請求に応じる理由がないので、申立人の請求には応じることは出来ない。

- (1) 担当者が貯金と偽って加入させた事実がない。
- (2) 保険設計書の提示と説明、申込書への署名、約款の説明・交付、重要事項の説明と完了確認書の署名、保険証券の交付等適切な手続きを経て契約をしている。
- (3) 契約者が、当時契約内容が銀行預金ではなく、保険であると理解するのに十分な情報提供がなされていることから、契約者の理解が不十分であったと考えること、あるいは契約者に誤認があったと考えることは困難である。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人、営業担当者からの事情聴取の内容にもとづいて審理した結果、申立人の錯誤または営業担当者による詐欺の事実は認められないが、ファイナンシャルプランナーの資格を有する営業担当者が、申立人の収入等についての的確な聴取を行ったのか疑問も残る等の事情を踏まえ、保険会社に対し、和解を促したところ、保険会社より和解案の提示があった。

審査会において検討した結果、同和解案は妥当なものであると考え、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、同和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

[事案 I - 7] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年4月8日 裁定申立受理
- ・平成22年2月16日 裁定打切り

<事案の概要>

銀行員に勧められ変額年金保険に加入したが、適切な説明がないまま加入してしまったものであり、契約を無かったことにして、既払込保険料全額の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成20年7月、募集人（銀行員）が定期預金の満期案内に訪問してきて、変額年金保険を勧められた。リスクのあるものはイヤだと断ったが、募集人は諦めてくれず、募集人の勧誘をかわすため、止むを得ず一時払保険料200万円を払い込み変額年金保険に加入した。

しかし、下記のとおり、もともと当該契約が保険契約であることの説明がなかったこと等もあり、消費者契約法により契約を無効・取消とし、一時払保険料を返還して欲しい。

- (1) 募集人から、「本契約は銀行に代わって保険会社が運用してくれる」との説明を受け、銀行が保険会社に運用を委託している商品であれば、元本1,000万円までは保証され安心できると考え、加入を承諾したが、実態は、販売した銀行は引受会社である保険会社の募集代理店として保険契約の媒介を行っていたに過ぎず、募集人の説明は事実と異なっていた。
- (2) 契約当時、うつ病を患っており、募集人の強引な勧誘により健康上の不安を感じ、勧誘をかわすことができるのであれば、定期預金を本契約に切りかえることもやむを得ないと思い、契約に同意した。自殺の可能性の高いうつ病を患っている者への強引な募集行為は、「顧客に対する誠実義務」に反している。
- (3) 契約関係書類における署名やチェックが自分のものとは異なり、申込書は偽造されたものである。

<保険会社の主張>

代理店及び募集人に対し募集経緯について確認を行った結果、下記の理由により、申立人の要求する契約無効・既払込保険料返還に応ずることは出来ない。

- (1) 募集人は、本契約は、生命保険会社の商品で銀行が代理店になると説明しており、申立人の主張するような誤った説明（銀行に代わって保険会社が運用してくれる）は行われていない。
- (2) 募集人は本契約の説明を行った際、申立人から「私はうつだから」と聞いたことはあるが、裁定申立書にある

ような、本契約を勧められる都度「私はうつ病ですから・・・」とは言われてはいない。「うつ」といってもその程度は様々で、また、うつ病の方も本件商品等のお取引をなされる場合がある。したがって、うつ病を患っている方に商品を勧誘すること自体が顧客に対する誠実義務に反しているとは言えない。

(3)申立人は、当初「指示されるとおりに書面にチェックを入れ」「指示に従って要求される書類の作成に全面的に応じた」と主張しており、また、申立人の主張する書面と裁定申立書の申立欄に書かれた文字は酷似しており、裁定申立書を記載したのは申立人であると思われるため、申込書類は申立人本人が記載したと考えるのが自然である。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社からの書面内容および申立人、募集人（銀行員）からの事情聴取の内容にもとづいて審理を進めたが、下記のとおり、申立人の主張を認定するには、鑑定等の手続きを必要とするが、当審査会にかかる手続きを有しないため、事実認定が著しく困難であると判断し、生命保険相談所規程第38条第1項(4)により、裁定手続きを打ち切った。

(1)申込書の署名が偽造であるという申立人の主張は、申立人が記載したことが明らかな署名（申立書等）と、申込書の署名が、一般人において明確に認識できる程度の明らかな相違があるものではない。

(2)また、当事者双方の事情聴取の結果によっても、かかる偽造契約がなされたことを推認するに足る事実は存在しなかった。従って、申立人の主張を認定するには、鑑定等の手続きを必要とする。

【事案 I - 8】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年4月14日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

<事案の概要>

証券会社職員が高齢者に対し、適合性のない商品を不適切な募集行為により販売し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2月、証券会社職員（募集人）が積立利率金利連動型年金契約（一時払保険料200万円）を申し込み、さらにその2ヵ月後に追加（同800万円）で同年金契約を申し込んだ。

しかし、当該保険は平均寿命を無視した保険で高齢者にとって極めて不利な商品であり、その募集行為は不適切なものであったので、2つの契約を取り消し、既払込保険料から既受取年金額及び年金一括受取額を差し引いた金額を返還して欲しい。

(1)契約の異常性について（適合性原則違反）

満85歳の誕生日前後に2つの年金保険に合計1,000万円の一時払保険料を支払い契約したが、定額の年金以外は死亡給付金を含め一切の保証はないため、元金全額を取り戻すには約14年かかり、99歳まで生きてやっと元本が返ってくる。平均寿命を完全に無視した、高齢者にとって極めて不利な商品であり、適合性に反した商品である。

(2)不適切な募集行為について

募集人は、亡くなった夫の担当者で、夫の遺産相続後も資産運用と管理を任せていた。生命保険には全く興味もなく必要性もなかったが、「80歳を超えても入れる生命保険がある」と勧められ、担当者を信用していたので内容もよく分からないまま契約した。99歳まで長生きして初めて元本が戻るような不利な保険とは知らなかったし、最初の年金契約についてはなんとなく加入した記憶があるが、後の年金契約については後から保険証券が送られてきて驚いた記憶がある。また、1,000万円の保険料の資金は、証券会社が管理している別の金融商品を売却し充当したが、全て任せていたため何を処分したかさえ記憶にない。

<保険会社の主張>

下記のとおり、適合性原則の観点からも募集経緯に特段の瑕疵はなく、申立人の主張する「契約の異常性」及び「不適切な募集行為」に該当しないことから、契約は有効に成立しており、契約の取消請求に応じることは出来ない。

(1)契約の異常性について

本契約は終身年金保険であり、長生きした場合の経済的リスクに備えて自分自身が生涯年金を受け取ることが出来る。人の寿命は個別不確定なものであり、平均寿命に拘わらず存命中は一生涯にわたり年金が受け取れる安心をポイントにしたプランであり、商品選択における適合性の点からも問題はない。

(2)不適切な募集行為について

①本件契約募集の端緒は、申立人本人から「自分が自由に使えるお金が欲しい」との相談を受けたことから、契約者が高齢であり、証券投資に不慣れであったことを考慮し、長期保有目的で安全な保険商品への案内を行ったことがきっかけであった。

募集人は、契約取扱いにあたり、当該年金商品の説明用パンフレットとご契約のしおり・約款を示して、商品内容を具体的に説明し、設計書を使い契約者の知識・理解度に合わせて指差し、声に出して丁寧に説明した。

申込書類については、契約者が自署しており、2回目の申込みにあたっては、意向確認書のチェックをいただいた上で、申込書・年金振込口座に自署・捺印をいただいている。以上から、「内容もよく分からないまま契約した」との主張は受け入れられない。

②年金種類の選択にあたり、「受け取り金額が多い方が良い」との発言や、生前に自分が受取れる金額の方が重要で、死後に遺族にお金が残るか否かは気にされていない様子であったことから、「10年保証期間付終身年金」での申込みを受けた。年金資産設計書には、保証期間および経過年数5年毎の年金受取累計額の推移が記載されており、「99歳まで長生きして初めて元金が戻ってくる不利な保険とは知らなかった」との主張は受け入れられない。

③契約申込および保険料の手当の経緯については、1件目は家の改築資金のために預かり資産を売却したところ200万円余ったことから、申立人からその運用方法について「何かお勧めはあるの？」と聞かれ、当該年金商品を案内し成約に至った。また、2件目は、自宅改築のためまとまった資金が必要との要請を受け、有価証券の売却を行ったところ、「その話がなくなったので必要な資金以外の資金の運用について相談したい」との依頼を受け、年金型の方がいいとの要望もあったことから、初回と同じ商品内容で追加申込みし成約に至っている。以上から、「2回目の契約については記憶がない」との主張は受け入れられない。

<裁定の概要>

申立人の主張する適合性原則違反、不適切な募集行為は直ちに契約の取消原因となるものではないが、申立人の主張を善解すると、公序良俗違反による無効（民法90条）もしくは錯誤による無効（同95条）を主張するものと解される。

裁定審査会では、申立人・保険会社から提出された書面、申立人および募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、以下により、申立契約が公序良俗に反する事実は認められず、申立てには認める理由がないので、生命保険相談所規程第44条により裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)契約締結当時、申立人は「自分の自由になる現金がほしい」と募集人に相談し、年金総額保証付終身年金ではなく、生存中の年金受取額が多い10年保証期間付終身年金を選択している。また、新遺族年金支払特約について「付加しない」を選択していることから見て、申立人は保険料全額が戻ってくることは重視していなかったことが窺われる。

そうであれば、募集人が申立人に対し本件商品を勧めたことが適合性原則に反するとまでは言えず、申立契約が公序良俗に反するとまでは言えない。

(2)申立人は、事情聴取において、①パンフレットは「もらっただけで何も見ていない」、②保険の説明については「一生5万円もらえる」というのは聞いたが、募集人を信用していたから一所懸命聞くことはなかった、③募集人に対し、常に使えるお金がほしいとは言った、と述べている。また、夫から相続した株を売却して保険料を工面することを募集人に頼んだことも認めている。そうすると、申立人のこのような供述は、(1)の判断の障害となるものではない。（なお申立人は、800万円については後で保険証券が送られてきて驚いた記憶があると主張しているが、他方で、事情聴取においては、1,000万円を払い込めば月5万円をもらえるという話をされたとも供述しており、主張全体の信用性に疑問を抱かざるを得ない。）

【事案Ⅰ－9】契約転換無効確認請求

- ・平成21年4月30日 裁定申立受理
- ・平成22年1月22日 和解成立

<事案の概要>

契約転換時に営業担当者の虚偽の説明があったとして、転換後契約を無効にして転換前契約に戻して欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成17年9月、定期付終身保険を契約転換して利率変動型積立終身保険契約を締結した（以下、「本件転換」）。その際、営業職員から転換を行うと、定期付終身保険（転換前契約）以外の個人年金保険（2契約）分も合わせ

てすべて契約者貸付金が精算されると説明を受けた。ところが、契約者貸付金が清算されたのは転換前契約のみで、残りの個人年金保険2件分の契約者貸付は清算されずに残った。

全ての契約者貸付金が清算されるのでなければ本件転換は行わなかったものであり、営業職員の虚偽の説明がなければ契約転換しなかったのだから、転換後契約を無効とし、転換前契約に復旧することを前提とした既払込保険料の差額を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

裁定申立てを受け、再度、当時の営業担当者へのヒヤリング等を行った結果、申立人の主張のような営業職員が虚偽の説明をしたという事実はないと考える。

また、仮に申立人が転換後契約を締結せずに、転換前契約を継続し同額更新して解約していたとすると、申立人に約24万円の負担が生ずる計算になることから、申立人にはそもそも損失は生じていないので、返還すべき金額はないものと考えますが、他方、申立人の申出は真摯なものであると考えているので、紛争の早期解決という観点から、和解案を提案したい。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人からの裁定申立てを受け、保険会社に対し答弁を求めたところ、上記のとおり和解案を提示したい旨回答があった。申立人に対し同案を提示したところ、承諾が得られたため、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案 I - 10] 契約転換無効確認請求

- ・平成21年5月13日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 裁定終了

<事案の概要>

加入していた契約が一部転換され、新しい保険を契約したことになっているが、営業担当者より資料提示、説明がなかったため、転換を無効にして、元の契約に戻して欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成元年に加入していた終身保険（同17年5月保険料払込満了、以下「契約①」）が平成19年8月一部転換され、終身保険金額が1,000万円から615万円に減額され、医療保険（「契約②」）を新たに契約したことになっている。しかし、その際に下記の(1)から(4)のとおり、営業担当者から資料の交付および説明がなかったことは、金融商品販売法、消費者契約法、保険業法に違反しており、契約①の変更、契約②の成立は無効であり、契約②を取消し、契約①を元に戻して欲しい。

- (1)重要事項説明書の提示及び説明がなかった。
- (2)保障設計書の交付及び説明がなかった。
- (3)乗換募集にあたり不利益事項の説明がなかった。
- (4)申込書作成にあたって、新しい保険に加入するとか、保険の種類、名前等も全く聞いていない。
(なお、当審査会は申立人の主張は、消費者契約法4条1項による取消し、あるいは民法95条の錯誤無効、同96条の詐欺による取消しの各主張を含むものと理解する。)

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の主張する上記事実はなく、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)契約②の申込書の右上欄に「契約概要、注意喚起情報」を受領したとの部分に申立人の署名・押印があり、注意喚起情報の作成日が平成19年8月27日と記載されていることから、注意喚起情報は平成19年8月27日頃作成され、申立人に交付されたものと考えざるを得ない。
- (2)保険設計書の作成日時について平成19年8月24日と機械印字と記載されている。そもそも保険設計書を過去の日付で作成することは出来ないし、当時の営業担当者Aはその後退職しており、担当者Aで作成することは出来ないことから、保険設計書についても契約②の勧誘当時に交付されたものと考えざるを得ない。
- (3)申立人が何を不利益事項であると主張したいのか不明であるが、申立人の主張からすると保険契約①の終身保障内容が1,000万円から約615万に変更されたことが不利益であると主張されるものと思われるが、重要事項説明書および保険設計書にはいずれも保険契約①の終身保障内容が1,000万円から約615万に変更されることは何回も記載されているし、これらの書類を受領していることも疑いない。また、保険契約②の契約申込書と同時に作成された終身保障変更確認書にも、変更後615万になることが記載されており、申立人がこの事実を知らないはずがない。
- (4)保険契約②の保険種類、名前等については、同保険の保険証券に記載されているし、重要事項説明書および保

障設計書にも記載があり、申立人が全く聞いていないというのは全く信用出来ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面内容および申立人および営業担当者からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(本件契約は市場の変動等による元本への影響が存在する金融商品ではないので、金融商品販売法の規定する説明義務を議論する余地はなく、また保険業法違反が直ちに契約の効力に影響を及ぼすものではないから、この点についての申立人の主張については判断しない)

(1)下記の事実にもとづき判断すると、少なくとも「契約申込書兼特約付加・変更申込書」、「告知書」、「終身保障変更確認書」の署名時点においては、一般人において本件加入申込行為が、主契約の減額と契約①の特約解除、医療に関する新契約の申込みであることは容易に理解できるのであり、契約者に容易に分かる事項について営業職員が、あえてその直前に事実と異なる説明をするとは到底考えられない。また各当事者の事情聴取においても、上記認定を覆すに足りる事実を認めることはできない。

よって、契約の重要事項について虚偽の説明があったものとは判断できず、消費者契約法4条1項による取消し、あるいは民法96条による詐欺の主張は認められない。

①申立人は「保険契約申込書」、「告知書」、「終身保障変更確認書」に署名押印している。従って、仮にその内容を十分に理解していなくとも、重要な契約上の行為をしていることの認識はあったと推定するのが一般的である。加えて「保険契約申込書」には重要事項説明書の受領印があり、申立人はここに押印をしている。

②「保険契約申込書」にはタイトルに保険申込書との記載があり、かつ裏面に「○○○○」という既存契約の商品名「△△△△」とは異なる商品名が記載されており、新商品の契約と認識することは容易であること、「終身保障変更確認書」の署名捺印欄のすぐ上には大きくタイトルとして「終身保障変更確認書」と記載されているのであって、同署名欄の直下には変更前契約と変更後契約が明確に記載されていることから考えて、主契約の保険金額を減額することが容易に認識できるのである。この点について、申立人は事情聴取においてこの部分を隠されて署名押印した事実がないことを認めている。

(2)上記(1)により認定した事実によれば、申立人が申込時に事実を錯誤していたことを推認するに足りる証拠はなく、仮に要素の錯誤があったとしても、前記のとおり一般人においては容易に申込みの内容を理解できるものであり、申立人においては当該錯誤をするにおいて重大な過失があったと言うべきであるので、民法95条ただし書により、本件変更契約及び、新契約の無効の主張は認められない。

<参考>民法95条(錯誤)

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

[事案 I -11] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年5月22日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

募集人(証券会社職員)と面接を行わないで契約を締結したことや、契約締結後の証券会社職員の不当な解約忌避等を理由に、契約無効と既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成13年3月、証券会社を窓口として変額個人年金に加入していたが、下記理由により契約を無効にして払込保険料(300万円)を全額返金して欲しい。

- (1)募集証券会社の募集人より、電話で申立契約への加入を勧められ、面接をしないで、申込書の郵送によって契約が成立したものである。
- (2)契約締結後、運用成果が当初の一時払い保険料を上回っている状況で、①平成19年4月に証券会社のA職員に増加した資産を現金で受け取りたいと申し出たが、同職員は手続をしなかった。②同20年7月に証券会社のB職員に解約したい旨申し出たが、同職員より、解約方法を案内されず、解約の断念を勧められるなどの解約妨害行為等があった。これらの証券会社の職員の対応は不当であり、その後の運用悪化により大きな損失を被った。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)契約締結時の無面接募集は不適切であったが、発覚後直ちに面接による契約意思の確認が行なわれている。また、その後の申立人からの相談または申し出も全て契約が有効であることを前提になされており、申立人が運用悪化により損失を被った後になって初めて、当初の無面接募集による契約無効を一転主張するのは、他の契約者との公平の観点からも適切ではなく、これに応じることはできない。
- (2)契約締結後の不当な顧客対応についても、申立人と証券会社担当者との電話のやりとりの録音記録によれば、申立人が主張する不当な顧客対応は認められない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等に基づき審理した結果、下記理由により、申立人の主張を認めることは出来ず、生命保険相談所規程第44条により、裁定書にその理由を明らかにして裁定手続を終了した。

- (1)面接は保険契約の成立要件ではなく、本件契約において、申立人の申込みの前に募集人が面接をしなかったことのみをもって、契約が無効であるとは認められない。本件では、募集人による面接はなかったが、契約締結前に、募集人の電話による契約内容の説明とパンフレットの送付が行われ、「契約の際に運用リスクについての説明を受け、理解をして」申立人自身が保険契約申込書を作成して郵送し、これを受けて保険会社が申立契約を成立させており、契約の申込みと承諾があったことは間違いがなく、契約は成立している。
- (2)申立人は、契約締結後、募集証券会社の職員により解約を妨げられたことが不当であるとして契約の無効を主張するが、申立人は、積立金額の増減について、契約者として応分の関心を持っており、解約の時期についての助言を求めていたものの、解約するまでの明確な意思表示を行ったとまでは評価できない。そもそも、仮に申立人が主張するような事実が認められたとしても、ただちに契約自体が無効となることはありえない。

[事案 I -12] 契約取消・既払込保険料返還請求

- ・平成21年5月22日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

投資リスクの説明その他の重要事項の説明が一切なかったため、変額個人年金保険（10件）を取り消し、払込済みの保険料全額の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成18年から19年にかけて、大学時代の友人である営業担当者の勧誘を受け、変額個人年金保険（保険料一時払）に10件加入した。営業担当者に対し、契約条件として、①元本が保証されていること、②2年後には資金を使う予定があること、を伝えたにもかかわらず、担当者からは、投資リスクの説明その他の重要事項の説明が一切なく、かえって「元本が保証されている」との虚偽の説明や、「自分が責任を持つ」との説明を受けた。リスクがあって、元本保証されないことを知っていれば、絶対に変額個人年金保険には入らなかった。10件全ての変額年金保険を取り消し、払込済みの保険料を返還して欲しい。

（申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会としては、消費者契約法第4条1項1号（不実告知）に基づく取り消し、もしくは、民法95条本文の要素の錯誤による無効の主張と理解。）

<保険会社の主張>

当社にて確認したところ、以下の点より、営業担当者が申立契約の募集時、募集後の対応においても、一時払い保険料を保証する約束はしていなかったと考えられるので、申立人の請求には応じられない。

- (1)申込時には、特別勘定の傾向やバランスよく分散投資を図ればリスクを軽減できることや、約款の重要事項等の各項目の表題を中心に10～15分くらいかけて読み上げ、申込書に自署・捺印をいただいている。
- (2)申立人は、申立契約以前に同じ変額年金保険に加入したことがある。（当該契約の取消は求められてはいない）
- (3)募集人が「責任を持つ」という発言は、元本保証の商品でないことを前提としているものであるから、「元本保証の商品である」「(募集人が)責任を持つ」と説明を受けたとする申立てには、矛盾がある。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社提出の書類および申立人、営業担当者からの事情聴取内容等にもとづき審理した結果、下記理由により、申立人の主張を認めることは出来ないことから、生命保険相談所規程第44条により、裁定書にその理由を明らかにして裁定手続を終了した。

- (1)下記の事実を総合考慮すると、営業担当者が申立契約の契約時において、元本が保証されないことを含めた投

資リスクその他の重要事項の説明を一切していない、との申立人の主張を認めることはできない。

①申立人は、申立契約以前にも全く同じ変額年金保険を2件契約しており、申立契約1の契約直前に、損していないようだったら解約したい旨を募集人に申し出て、自らこれを解約している。

②申立人は、1回で全ての契約をしているわけではなく、営業担当者の助言により平成18年12月から19年6月まで6回に分け、投資リスクの分散を図っており（申立契約1～6）、さらに半年後に申立契約7、その2カ月後に申立契約8～10を契約している。

③営業担当者は、契約の際には、申立人に対し、パンフレット、ご契約のしおりを交付し、商品の説明をしていることが推認される。これらの書類には投資リスクの説明が記載されている。申立人は、契約時にはこれらの書類を見ていないと言うが、これらの書類を契約時に交付しないことは通常考えられず、申立人の言い分は直ちに信用することができない。

④申立契約7～10までの契約（平成19年10月以降の契約）については、「意向確認書兼適合性確認書」が存在し、申立人は同書面の確認項目のいずれの確認項目（注）にも「はい」とチェックし、同書面に署名捺印している。

（注）確認項目としては、(i)「保険期間（据置期間/年金支払期間）は意向にそった期間となっているか。」、(ii)「資産が特別勘定で運用され、特別勘定の運用実績に基づき積立金額、死亡給付金額、解約返戻金額等が日々変動し、かつ株価の低下や為替の変動などによる投資リスクは契約者または受取人に帰属することを理解しているか。」、(iii)「途中で解約された場合の解約返戻金等は、(略)弊社所定の控除等により一時払保険料を下回る場合があることを理解しているか。」、(iv)「投資性金融商品に充当するための当面使用しない自己資金の用意があるか。（以下略）」がある。

(2)そうすると、申立契約の締結について勧誘する際に、営業担当者が重要事項について事実と異なる説明をしたとは認められず、消費者契約法4条1項1号（不実告知）に基づく取り消しは認められない。また、仮に申立人において、申立契約は元本が保証された商品であるとの錯誤に陥っていたとしても、当該錯誤については申立人に重大な過失があると言わざるを得ないから、要素の錯誤による無効を主張することもできない。

[事案 I -13] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年6月3日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

違法な保険募集により締結されたものであり、変額個人年金保険を無効にして既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年11月、定期預金が満期になったので、定期預金を書き換え、増額するつもりで銀行に行ったところ、断わったのに、変額個人年金保険（一時払保険料600万円）を勧められ、意図に反して保険を買わされた。

加入時、募集人（銀行員）は下記①～④の説明を行い、一時払保険料の運用成果について断定的判断を下し、故意に元本割れの説明（殊に、運用成果が悪く、一時払保険料の一定相当額を下回った場合には所定期間の年金での受取りになるか、または一定相当額の一括受取のいずれかを選択しなければならないリスク）を回避して、商品のリスクについて誤信させられた。

行員による違法不当な保険募集により締結した変額個人年金保険は無効であり、既払込保険料と一括受取金との差額を返還して欲しい。

（申立人の主張は、消費者契約法に基づく取消権（第4条1項）、または民法の錯誤無効（第95条）を主張するものと解される。）

- ①定期預金と同じリスクで、定期預金より確実に儲かる。
- ②世界で戦争でも起きない限り安全な保険である。
- ③5年か6年で元本（一時払保険料）の120%になる。
- ④プロがやっているので確実に、損はしない。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることはできない。

(1)申立人が定期預金金利に不満を表明され、「金融商品相談シート」により、当該資金を当面使う目的がないことを確認したために、他の資産運用の説明を開始したもので、投資信託を説明した後、同様の投資信託で運用を行う変額個人年金保険を説明したところ、同保険に興味を示されたので説明に入ったものであって、(定期預金以外の)資産運用に興味のない顧客に対しその意思に反して変額個人年金保険の勧誘をしたものでは全くない。

(2)「契約締結前交付書面」の説明に続き、商品パンフレットおよび「ご契約のしおり」を交付し、2時間程度かけて、商品の特性、殊に運用成果が悪くて元本の一定限度を割った場合のリスクも説明しており、「世界に戦争でもあれば」という言辭も、このリスクの説明において元本の一定割合を割るリスク要因の例示として言及したものであり、申立人が主張するようなリスクの説明の欠缺または断定的話法の事実はない。そのうえで、「意向確認書兼適合性確認書」を一文一文読み上げながら確認していただき、その徴求だけで約20分要した（金融商品取引法施行後最初の契約だったので、鮮明に記憶している）。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等書面の内容、申立人の事情聴取の内容にもとづき審理した。下記のとおり、消費者契約法による取消権または民法の錯誤無効を検討する前提としての、申立人の主張する「募集人による①～④の説明」を認定できないことなどから、申立人の主張を認めることはできず、生命保険相談所規程第44条にもとづき裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)①の説明について

申立人の事情聴取及びリーフレットに残された説明の痕跡からすると、募集人は、リーフレットを用いて申立契約の運用資産ならびに資産配分比率を説明（リスク分散の説明）していることが認められる。また、申立人の供述の他に、募集人が①の説明をしたと認めることができる証拠はなく、株式や債券を運用する商品の説明に際し、定期預金と同等、またはより確実であるとの説明をすることは、通常ないことを併せ考慮すると、募集人が①の説明をしたと認定することはできない。

(2)②の説明について

②の説明に近い文言が使用されたことは認められるが、リーフレットでは、「思いがけない相場の低迷などにより、資産残高が下限値以下に到達した場合」と記載されており、募集人が、その事例として戦争を挙げて説明することは、十分にあり得ることである。従って、申立人の供述のみをもってして、募集人の説明が、戦争が起こらなければ下限値以下に到達することはないと断定したものであると認めることはできない。

(3)③の説明について

リーフレットのイメージ図からは、運用による資産残高は変動し、一時払保険料を下回る場合があることは容易に窺え、将来の運用成果を保証するものでない旨の記載もあり、このような記載のあるリーフレットを使用して、「5年か6年で元本（一時払保険料）の120%になる」との断定的な説明をすることは、通常は考えられない。申立人自身も、事情聴取において、120%は目標値であって、保証されているものでないことは認めている。以上からすると、募集人が、③の説明をしたと認定することはできない。

(4)④の説明について

募集人は、運用資産の内容及び資産配分比率を説明しており、リーフレットには資産運用会社が記載されていることから、同社について説明が及んだことが窺えるが、その際に、プロがやっているので確実、損はしないとの断定的な説明がなされたかについては、申立人が事情聴取において述べるものの、他にこの事実を認めることができる証拠はない。よって、募集人が、④の説明をしたと認定することはできない。

[事案 I - 14] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年6月12日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 裁定打ち切り

<事案の概要>

銀行を通じて変額個人年金保険に加入（増額）したが、手続き時の不備、苦情申出後対応における不適切な点があったので、契約を無効とし、既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成17年10月、投資信託の検討時に銀行員から変額個人年金保険（保険料一時払）の勧誘を受け、同保険に加入し、翌11月に増額したが、いずれの際にも手続きの遅れがあり、不利益を被った。

下記理由により契約、増額手続きは無効であり、払い込んだ保険料600万円（当初契約400万円と増額200万円）を返還するとともに、経過期間の利息を支払って欲しい。

- (1)募集ルール違反があり、銀行が事務処理ミスを重ねたこと及び保険会社の職員の説明不足により適切な事務処理がなされなかったこと。
- (2)契約の不備のため資金を拘束されたことにより、加入の目的が果たせなかったこと。（スイッチングができない状況に置かれた）
- (3)苦情申出対応後、銀行が不備の事実を隠蔽・放置したこと、及び保険会社職員に説明不足があった。

上記申立内容が認められない場合、投資商品であるにもかかわらず投資日が確定しない商品自体に欠陥があることもあることから、同額の損害賠償を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記の理由により、申立人の請求に応じることはできない。

- (1)募集ルール違反はなく、適切な事務処理がなされなかったわけではない。また、錯誤、詐欺、強迫、消費者契約法違反等の無効・取消事由は存在しない。
- (2)加入目的が果たせなかったとの主張についても、無効、取消事由にはあたらない。
- (3)契約日・増額日の取扱いについては、約款等に記載しており、その約款等は金融庁の認可を得ている。
- (4)増額に際して、増額日の誤案内があったが、これについては増額日訂正で解決するのが妥当であると考えられる。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書面により審理を進めていたが、申立人は、裁定申立後も、裁定手続きによることなく、保険会社及び募集代理店（銀行）と、本件に関する交渉を行っていることが提出文書から明らかであるため、当審査会は裁定手続き外での交渉による解決を優先する申立人の意思を尊重し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切った。

[事案 I -15] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年6月12日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 裁定打ち切り

<事案の概要>

募集人（銀行員）に騙されて契約した変額個人年金保険は無効であり、既払込保険料と解約払戻金との差額等の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成18年4月、定期預金1,000万円が満期を迎えた際、「今まで通り定期預金にしておく」と言ったにもかかわらず、募集人から「定期預金は金利が低いから…」と、変額個人年金保険（一時払保険料1,000万円）を勧められ契約したが、同契約は下記のとおり騙されて締結したもので、無効である。

解約しても苦情申し出は可能と言われたので、すでに同保険は解約（平成20年10月）しているが、既払込保険料と解約返戻金との差額を支払うとともに、受取済みの分配金（自動特別払戻金）相当額を「利息」として支払って欲しい。

- (1)銀行員から、一時払保険料1,000万円を支払えば年30万円の「利息」が付き、投資信託ではなく生命保険だから元本保証であるとの説明を受け契約した。
- (2)リスク・マイナス面を全く説明しなかった。良い事ばかり言って、高齢者（契約時75歳）を騙した。はじめから本当のことを聞いていたら、絶対に入らなかったのに騙されて大切な老後資金を減らされ、非常に憤りを感じる。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立人に対して、1時間以上かけて、株や債券に投資する投資信託で運用すること、従って資産残高は上がったり下がったりすること、解約時控除があること等を説明しており、「利息」と言ったことはなく、「分配金」を受け取ることができると説明し、分配金受取累計額と年金保証額を合計した受取総額を保証すると説明したもので、詐欺と言われるような不正話法は一切用いていない。
- (2)申立人から定期預金の金利が低く不満で、他行では投資信託で運用しているという話があったのを受けて当該保険商品を案内したものである。

<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より審理を行うとともに、契約締結に至った経緯や募集人からの説明状況等について申立人から事情聴取を行うこととしたが、申立人が正当な理由なく、予定していた事情聴取に出席しなかったため、生命保険相談所規程第38条第1項(3)により、裁定手続きを打ち切ることとした。

【事案 I -16】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年6月24日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

募集人（銀行員）が変額年金保険のリスクを説明せず、リスクのないような契約と誤認させたとして、支払済み保険料（一時払）の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年9月、募集人に勧められ定期預金を解約し変額個人年金（一時払保険料400万円）に加入した。同保険は下記のとおり騙されて契約したものであり、支払済みの保険料を全額返還して欲しい。

- (1)募集人は「リスクがあるものはやりたくない。」という意向の告知を受けて申立契約の案内をしたのであるから、当然それにはリスクがないものであると誤認させられた。
- (2)商品説明においても、「5年で元金が120%になる」ことを強調し、5年間年利4%が確定であるかのように誤信させた。
- (3)資産が一定限度まで下がると運用停止になることの説明はあったが、その場合、元金相当額を15年間かけて受け取ることになるとの説明がなかった。
- (4)解約時控除の説明はなく、運用停止となって15年間かけての払戻になることについて適切な説明がなかった。
- (5)そもそも定期預金をしていた顧客に対し、顧客の意向に沿わないリスク性商品を勧めるのであれば、その旨はつきり話し、理解を得てから勧めるべきであるのに、正しい詳細な説明がなかったため、リスクのないものと理解してしまった。「意向確認書」も単なる形式にすぎず、その時点でリスクを理解させるような説明も確認行為もなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の主張するような錯誤はないので、保険料の返還請求には応じられない。

- (1)銀行の営業担当者は申立人に対して、2日間にわたり、株式及び債券等に投資する投資信託で運用すること、従って積立金額は上がったり下がったりし、払込保険料を下回ることがあること、運用成績が悪くて積立金額が基本保険金額の一定額以下になった場合は支払期間が15年間の年金に移行すること、解約時控除があること等のリスクを含めて変額年金保険の仕組みを説明しており、詐欺と言われるような不正話法は一切用いていない。
- (2)銀行の営業担当者は、「意向確認書」を1項目ずつ読み上げると同時に、申立人に確認のうえ記入していただき、その際、殊に7項目目の積立金額が基本保険金額の一定率以下になった場合については強調して、申立人に確認いただいた。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等に基づき、申立人が錯誤に陥っていたかについて検討した結果、下記により、申立人が契約申込み当時、その主張するような錯誤に陥っていたものと考えすることはできない。仮に、申立人がその主張するような錯誤に陥っていたとしても、申立人には重大な過失があると言わざるを得ないので、申立契約の錯誤無効を主張することはできず（民法95条ただし書き）、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)①申立人が説明を受けたと認定されるリーフレットにはリスクの記載があり、通常人であれば申立契約にリスクがあることが容易に理解しうるものであること、②「保険契約書兼告知書」および「意向確認書」にもリスクの記載があり、それに対して申立人自身が「はい」とチェックしていること、③資産が一定限度になったら、運用を停止するとの説明を募集人から受けたことは申立人も認めていること、④申立人には株式、投資信託、外貨預金への投資経験があること、などの事実を総合考慮すると、申立人は、申立契約がリスクのある商品であることは、契約時に十分に認識していたと考えざるを得ない。
- (2)申立人は、募集人が「5年で元金が120%になる」ことを強調し、それが確定であるかのような説明であったと主張するが、リーフレットには容易に気付く場所に「1987年12月末から2006年9月末までのインデックス推移をもとに試算した場合の目標値へ到達する確率です。」との記載があり、そのすぐ下「！」マークの横に「上記の期間や確率については、過去の参考指数に基づくシミュレーションをもとに算出したものです。従って、将来目標値に到達するまでの平均運用期間や確率の確実性を示唆あるいは保証するものではありません」との記載があるので、5年で元金が120%になることが確定であるとは読み取れず、これを見せながら説明した募集人がそのような説明をしたとは、推測しえない。
- (3)申立人は、募集人が「資産が一定限度に下がったら、運用を停止する」と説明をしたが、それによって、「元

金が15年間の受取になること」の説明をしなかったと主張するが、この点については、リーフレット及び意向確認書に明記されており、申立人も意向確認書に自らチェックをしているのであるから、このような申立人の主張を認めることはできない。

〔事案 I-17〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年7月1日 裁定申立受理
- ・平成22年1月22日 和解成立

＜事案の概要＞

母が保険料一時払の定額年金保険（積立利率金利連動型年金）を契約したが、認知症で判断能力が欠如した状態であったので、契約無効とし既払込保険料を返還して欲しいと申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

母が平成20年10月に、証券会社を通して保険料一時払（1,000万円）の定額年金保険（積立利率金利連動型年金）に加入したが、この1,000万円は母が医療費を含み生きて使うべき全財産であるのに、5年以内に解約すると元本割れする商品である。

また、母は当時88歳で認知症により判断能力が欠如した状態にあり、リーマン・ショックの影響で全財産の $\frac{1}{3}$ を失い茫然自失の中、営業担当者に勧められ、契約内容を理解しないまま署名捺印し契約したものである。契約を無効にして、払い込んだ保険料を返還して欲しい。

＜保険会社の主張＞

代理店（証券会社）の募集担当者は、契約者が認知症であるとの認識がなかったこと、また認知症の診断のみをもって直ちに本人の法律行為が制限を受けることはないことから、申立人の契約者の認知症を無効事由とする申立理由については理由がないと考える。

ただし、募集経緯において、担当者は①当該商品を別の商品と混同していたため、誤った説明を行っていたこと、②運用利率が商品説明時の利率から契約日時点までに変っていた事を把握しておらず、契約者に対し契約日や積立利率についての明確な説明をしていなかったことから、当該募集について「話法相違・説明不十分」による不適正募集があったと判断し、契約者の「錯誤による申込み」が疑われることから、和解案を提案したい。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人からの裁定申立てを受け、保険会社に対し答弁を求めたところ、上記のとおり保険会社から和解案が提示された。申立人に対し同案を提示したところ、承諾が得られたため、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

〔事案 I-18〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年7月15日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

＜事案の概要＞

契約する意思がなかったのに、営業担当者から虚偽の説明を受けて加入したものであり、契約を無効にして既払込保険料全額の返還を求めたもの。

＜申立人の主張＞

平成3年、営業担当者から執拗な勧誘を受けたが、金銭的に余裕もなく生命保険に加入する必要もないのでこれを断っていたところ、担当者は、「シャチハタでは契約が成立しないから…」と騙され、担当者の再三の勧誘に疲労困憊し募集行為から一時的に逃避するため、加入申込書（終身保険）に捺印した。ところが、その後「契約できちゃいました。」と言われ、契約の意思はなかったにもかかわらず、契約が成立してしまった。

また、解約払戻金についても、「契約してすぐに解約すると損になるが、3年もすれば元本割れはない。」との説明を信じ保険料を払い込み続けてきたが、平成19年に解約しようとしたところ、解約払戻金が保険料払込金額を大きく下回ることを知った。

したがって、申立契約は、加入の意思がないにもかかわらず、営業担当者の虚偽により契約申込みしたものであり、契約を無効とし、既払込保険料全額（約250万円）を返還して欲しい

＜保険会社の主張＞

下記理由により、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)以下の事実により、申立人が申込書を作成していた時点で、申立契約を有効に成立させる意思を有していたことは明らかである。

- ①申立人の自署による申込書・告知書が存在し、保険料は当初給与引落しで支払われており、申立人自身が給与引落の承諾書を作成している。また、申立人自身が保険会社の求めに応じ、告知補足書を作成している。
 - ②契約成立後、申立人が特約の一部を解約しているが、申立契約全体は解約していない。
 - ③申立人が解約返還金額を照会したのは、契約後15年経ってからであり、その間申立人から解約の申出は無く、その間5度にわたり、保険料払込変更や住所変更の手続きがなされている。
 - ④万が一、申立人が申込書作成時点で、申立契約を有効に成立させる意思を有していなかったとしても、その後の保険料支払いや各種手続きがなされている事実は、申立契約の追認と評価できる。
- (2)以下の事実により、営業担当者が申立人の主張するような説明をしていないことは明らかである。
- ①月払いの終身保険である申立契約において、3年で解約返還金が払込保険料総額を上回することは通常ありえないことであり、そのような説明を営業担当者がするとは考えにくい。
 - ②営業担当者が申立人の主張するような問題のある勧誘行為をしていたとしたら、営業担当者の評判はすぐに落ち、申立人の所属する職域に出入りすること自体が出来なくなるが、担当者は現在に至るまで20年を超える期間も同職域の担当を続けていることから、同人が問題のある営業活動をしていたとは考えにくい。
 - ③申立人は保険証券の解約返還金額表が解約返還金の額を表すものだとは知らなかったと主張しているが、申立人が一流企業に勤めていたことを考慮すると、そのような主張には合理性がなく、真実とは思われない。

<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き審理した結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)双方からの主張、および提出された証拠からは下記のような事実が認定でき、いずれも、申立人が自らの意思に基づいて契約を締結し、その後も、契約が有効であることを前提とする行動をしていることを示すものであり、このような事実からすれば、申立人が、営業担当者の虚偽説明にもとづいて契約締結する意思がないのに申立契約に加入したものであるとの主張は、到底認められない。
 - ①申込書・告知書の署名が自署によるものであること。また、追加提出された告知補足書にも同じ自署がある。
 - ②申立人自身が、平成3年12月に申立契約の特約解約（減額）の手続を行った際の申込書にも自署があるうえ、申立契約全部の解約をしていない。
 - ③契約成立後、平成19年1月までに申立人自身が保険料収納方法変更や住所変更等の手続きを行っている。
 - ④申立人が、契約成立後約15年にわたり、申立契約の成立に異議を申し出ることや特約解約を除く解約の申し出をすることもなく、保険料を支払い続けてきた。
- (2)契約成立後すぐに申立人に送付された保険証券記載の「解約返還金額表」には、3年経過時の解約返還金金額として25,500円と記載されている。申立人はこれを認識しつつ、約15年にわたり、契約が有効であることを前提にした行為を行っているから、契約時に解約返還金について営業担当者が申立人の主張するような虚偽の説明をしたとは認められない。

[事案1-19] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年8月5日 裁定申立受理
- ・平成22年2月16日 裁定打切り

<事案の概要>

複数の保険に加入しているが、いずれも錯誤ないし不法行為に基づくもので無効であるので、既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>

下記の保険契約を締結しているが、下記のとおりいずれも錯誤ないし不法行為に基づくもので無効であるので、既払込保険料全額に利息を付けて返還してほしい。

- (1)平成8年4月頃、営業担当者Aの勧誘により、契約②～⑤の生命保険契約に加入したが、いずれの契約とも貯蓄型のもので、1、2年ぐらいで解約しなければ、途中解約しても元本割れすることはない、という説明があり、そのように認識して加入した。ところが、平成15年の年初に、営業担当者Bより、上記加入中の契約の中に掛捨て型の契約があることを知った。
- (2)平成15年2月に、上記既契約のうち、掛捨て型の保険を半年後に解約するという条件で、新規の生命保険契約（契約①）の加入を勧められ、同条件確約のもと加入したが、そもそもその必要はなかった。

<申立契約について>

契約①	契約②	契約③
契約年月 平成15年2月	契約年月 平成8年5月	契約年月 平成8年4月
保険種類 個人年金保険	保険種類 終身保険	保険種類 個人年金保険
契約者 申立人	契約者 申立人	契約者 申立人
被保険者 〃	被保険者 〃	被保険者 〃
契約④	契約⑤	
契約年月 平成8年5月	契約年月 平成8年5月	
保険種類 特定疾病保障保険	保険種類 重度慢性疾患保険	
契約者 申立人	契約者 申立人	
被保険者 〃	被保険者 〃	

<保険会社の主張>

いずれの契約とも新契約時の加入手続きは適正に行われており、契約者には錯誤はなかったものと考えられ、仮に申立人に勘違い等があったとしても、それは申立人の重大な過失によるものであり、申立人による無効の主張は認められない。

- (1)契約②～⑤の保険について、1、2年くらいで解約しなければ元本割れ（解約返戻金が払込保険料総額を下回ることを指すと考えられる。）をしないと認識で加入したと主張するが、解約返戻金額の推移については加入時の保険設計書および保険証券の同封資料等により明示されているので、申立人には正当な解約返戻金額が示されている。
- (2)申立人は、掛捨て型の契約を6ヵ月後に解約するという条件で、契約①に加入した（がその後解約手続きがなされていない）と主張するが、解約手続きについては、平成15年11月に申立人からの解約申し出にもとづき、解約請求書を送付したが申立人が解約手続きをされなかったものであり、当社が解約手続きを阻害したような事実も見当たらない。

<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基づき審理したが、下記の理由により、生命保険相談所規程第38条第1項(4)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打切ることとした。

- (1)申立人の提出した書面によっても具体的な錯誤の事実を推認できるような具体的な主張はなく、証拠上もこれを認めることはできない。
- (2)本件が契約①を除き13年前の契約であること、および契約に立ち会った第三者が存在しないこと等から考えると、錯誤の事実の認定には契約行為時の関係者の証人尋問等厳密な証拠調べによらなければこれを認定する方法は無いが、当裁定審査会にかかる制度が存在しないので、事実の認定が著しく困難であると判断せざるを得ず、本件は、本裁定手続によるよりも訴訟手続によって解決することが妥当であると思料する。なお、不法行為による契約であるとの主張も同様である。（但し、募集方法が適切でないというのみでは契約の無効を主張することはできない。）

[事案1-20] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年9月11日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

銀行の営業担当者による違法不当な保険募集により締結した変額個人年金保険は無効であるため、既払込保険料と一括受取金との差額の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

保険募集時に、積立金額が下限値（一時払保険料の一定占率）以下となる可能性がありえないと誤認させる説明（不確実な事項について確定的判断を提供し、または確実であると誤認させるおそれのあることを告げる行為）がなされたこと、及び特別勘定の評価方法及びユニットプライスに係る説明がなされなかったことにより、加入意思のない保険を契約させられたものであるから、契約は無効である。元本と一括受取金との差額を支払ってもらいたい。

<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。

銀行側の説明によれば、保険募集時に、申立人が主張するような誤認を惹起させる確定的説明はされておらず、特別勘定の評価方法及びユニットプライスは説明されたということである。

また、「意向確認書兼適合性確認書」にて、積立金額が基本保険金額の下限値以下となった場合のリスクは申立人より確認されていること、および約4時間かけて商品説明を行っていることなどからしても、適切に説明されたと思われる。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)申立人は、申立契約につき、募集人から、パンフレットに沿った説明を受けたが、サブプライムローンの問題に対する懸念を表明して一旦これを断ったにもかかわらず、募集人より再度、申立人の主張記載の説明を受け、資産が下限値を割り込むことはありえないと誤認した点が、錯誤であると主張している。
- (2)申立人が受けたと主張するパンフレットでの説明内容は、資産運用にあたりリスク分散していることや資産配分で10年間運用した場合の「シミュレーション」の説明であることが明示されており、通常人がこの説明によって資産が下限値を割り込むことはありえないと判断するような内容ではない。

なお、募集人が行ったとする説明のうち「為替が、20～30円くらいにでもならないと…。」という説明については、資産運用成果を保証するが如き説明とも解釈できる余地があるが、この発言について保険会社は否定している上、資産変動の要素は為替のみではなく、この説明によって、資産残高の下限値以下に到達する可能性がないと申立人が誤認したとは、考えがたい。

- (3)さらに、申立人自ら署名・捺印している「意向確認書兼適合性確認書」の「特にご確認いただきたい事項」の項目において「本保険商品は、積立金額が基本保険金額の80%値以下になった場合、15年間の年金でお受け取りになる場合はお受取総額で最低保証（一時払保険料相当額）がありますが、一括受取を選択した場合等には、一時払い保険料相当額を下回ることをご理解いただきましたか。」との質問に対して「はい」にチェックがあることからすれば、申立人自身が、資産残高が一定占率以下になることを認識していたものと推測できる。
- (4)以上の点を総合的に考えれば、申立人が、契約申込み当時、その主張するような錯誤に陥っていたものと考えすることはできない。仮に、申立人が本当にその主張するような錯誤に陥っていたとしても、上記の経緯からすれば、申立人には重大な過失があるといわざるを得ないので、申立契約の錯誤無効を認定することはできない。
- (5)次に、申立人が、募集人が、特別勘定の評価方法、ユニットプライスにより特別勘定の口数が決まること、資産残高がユニットプライス×口数であること、ホームページでユニットプライスが毎日公表されていること等の説明を行わなかったため、申立契約は錯誤により無効であると主張している点について検討する。

錯誤が成立するためには、その錯誤が、「要素の錯誤」であることが必要である。要素の錯誤とは、法律行為（契約）の重要部分に錯誤があり、当該錯誤がなかったならば、表意者はもちろん通常人においても当該意思表示をしなかったであろうということを意味する。

本件記録全体から、申立人は、申立契約の基本的な仕組みやリスクについては十分理解していることが伺われるので、仮に、申立人の主張するとおり、特別勘定の評価方法やユニットプライス等について、募集人から十分な説明がなされておらず、申立人がこれらについて完全に理解していないままに、申立契約を締結したとしても、「法律行為の重要な部分に錯誤があり、当該錯誤がなかったならば、表意者はもちろん通常人においても当該意思表示をしなかったと判断される場合」には該当せず、申立人の錯誤が「要素の錯誤」であると認定することは困難であると判断せざるを得ない。よって、この点についても申立契約の錯誤の主張を認めることはできない。

<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 I - 21] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

- ・平成21年11月19日 裁定申立受理
- ・平成22年2月3日 申立取下げ

<事案の概要>

証券会社を通じて変額個人年金保険に加入したが、説明義務違反、適合性確認違反があったので、契約を無かったこととして既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成20年3月、証券会社の募集人より変額個人年金保険（一時払保険料900万円）に加入したが、その際、募集人に、自己責任を負えるだけの判断材料を提供せずに本件保険契約締結に及ぶに至った説明義務違反、ならびに契約者の意向と実情に反して明らかな過大な危険を伴う商品を勧誘した適合性確認違反があった。

すでに契約を解約しているが、契約を無かったことにして、既払込保険料と解約返戻金受領金額との差額分（約600万円）を返還して欲しい。

- (1)「満期時に元本が確保され、安全である」ことを条件に説明を受け、また何度も同様のことを確認したにもかかわらず、変額個人年金の特徴、投資判断材料に係る具体的内容の詳細ならびに高度な用語（例えばスイッチング方式等）の逐次説明を行わず、「ただ、保険だから元本は保証される」と説明を行った。
- (2)高齢者でありかつ財産状況が明白な申立人が、当該保険の具体的説明を受けていれば、既に投資信託等で損失を被っていることもあり、より高い投資能力を要する当該保険に入ることは想定されないにも拘わらず、通常の定額保険と同様であるかのように装い、また知識不足であることを知りつつも、リスクの所在がかなり高度であることを具体例をもって説明した事実はなく、説明義務違反である。
- (3)申立人の意向と実情を十分熟知していたにも拘らず、そればかりか、申立人の募集人に対する信頼をも利用することすら行っており、適合性の原則以前の問題である。

<保険会社の主張>

下記のとおり、本件保険の申込時における商品説明義務違反、適合性確認違反の事実はなかったものと判断し、契約者間の公平性より、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)募集人は申立人に対し、「契約締結前交付書面（契約概要／注意喚起情報）」を用いて、リスク性の商品であること、満期時即ち据置期間が終了した時はその時点の時価が支払われること、解約時には解約控除費用が発生すること等を1時間半程度面談のうえ、説明を行っている。加えて募集人は申立人に対し、「意向確認書兼適合性確認書」の項目ひとつひとつをペンで指し示しながら読み、「項目内容に相違がなければチェックをしてください。」と説明をしている。
- (2)申立人の当該変額個人年金保険への加入については、以前に取扱証券会社にて購入した投資信託商品を売却し、その原資を元に加入したものであり、申立人は当該変額個人年金保険に係る「意向確認書兼適合性確認書」中の質問項目のいずれにも問題ない旨回答している。

<裁定の概要>

保険会社の答弁書を申立人に送付したところ、申立人より「法的手続きにより処理するため裁定申立てを取り下げる」旨通知があり、裁定手続きを終了した。

Ⅱ.保険金請求関係

〔事案Ⅱ－１〕高度障害保険金請求

- ・平成20年8月26日 裁定申立受理
- ・平成21年12月4日 和解成立

<事案の概要>

契約前発病不担保に関する加入当時の説明不足を理由に、団体信用生命保険の高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

当団体を契約者とする団体信用生命保険の被保険者（平成15年4月加入）が平成18年1月の時点において、両眼失明で高度障害状態となった。そこで被保険者の高度障害について査定を保険会社に申請したところ、加入前に発病した疾病（緑内障）を原因とするものであるから高度障害保険金は支払えないとの通知を受けた。そこで、その旨被保険者に伝えたところ、団体信用生命保険に加入する際に、加入前に発病した病気で高度障害になった場合には保険金は支払われない等の保険金支払いについての説明を受けておらず、納得出来ないとのことである。被保険者が加入した当時のパンフレット（作成名義人は申立人）には、加入前に発病した疾病が原因で高度障害になった場合には保険金が支払われない旨の記載がなく、さらに記載内容が十分でないことを保険会社が認識していること等を勘案すると、保険金不支払いという責を全て被保険者に課すことは不当であると考え、保険会社にも説明義務違反があるから、高度障害保険金の支払いを求める。

（注）団体信用生命保険は、債権者である銀行等を保険契約者および保険金受取人、銀行等から融資を受けている賦払債務者（住宅ローン利用者）を被保険者とする保険契約。住宅ローン利用者が死亡または所定の高度障害状態になったとき、生命保険会社が所定の保険金（債務残高）を保険金受取人である銀行等に支払い、銀行等はその保険金を債務の返済に充当する。

<保険会社の主張>

当社は、本件団体信用生命保険契約の締結時に、保険契約者たる申立人に対し、本件団体信用生命保険契約に関する重要事項の説明を行うが、他方でいったん締結された後に、新たに住宅貸付を受け本件団信契約に加入される方については、既に締結されている本件団信契約に被保険者として追加加入することになり、改めて保険契約が締結されることにはならないと考えている。したがって、被保険者が既に締結されている本件団信契約に追加加入することは、新たな保険契約の締結に該当せず、保険募集には該当しないと考えられる。

以上により、保険会社は被保険者に対し、法的な説明義務を負わないことから、説明義務違反を理由とする、申立人の高度障害保険金の支払請求に応ずることは出来ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、本件疾患が加入前に発症していることは両当事者に争いが無いことから、主に加入者（当該団体構成員）向け勧誘パンフレットには加入前発症の疾患を原因とする高度障害を不担保とする記載がないこと等について、申立人および保険会社から提出された書面にもとづいて審理した。

その結果、団体信用生命保険契約の法的構造では、保険会社は加入者と直接契約関係に立たず、また加入勧誘行為は保険募集行為ではないから原則としては、保険会社は契約締結時における説明義務を加入者に対して負うものではないが、被保険者の加入行為は実質的には保険契約に近いものであり、加入勧誘行為に保険会社が関与し、その際の実説明に欠陥が存在した場合などの特段の事由がある場合には、信義則上、保険募集時における説明義務と類似した責任が発生するものと解することが相当であると思料されるとの裁定審査会の見解を保険会社に伝えたところ、会社から和解案の提示があった。

裁定審査会では、同案を妥当なものと判断し、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき裁定書による和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

〔事案Ⅱ－２〕死亡保険金請求

- ・平成21年1月21日 裁定申立受理
- ・平成22年3月24日 和解成立

<事案の概要>

告知義務違反による契約解除を不服として、死亡保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

夫は平成17年2月に契約転換制度を利用し生涯保障保険に契約したが、同19年6月と7月に2ヵ月連続して保

険料が未納となり、同年8月1日に失効し、8月16日に復活手続きを行った。その後、夫は8月27日にB大学病院において肺癌と診断され、翌日から同病院に入院した。

そこで入院給付金を請求したところ10月中旬に保険会社より、告知義務違反による契約解除の通知が届いた（夫はその後病状が悪化し、翌年1月に死亡した）が、下記のとおり夫において重要事実の告知義務違反はなく、告知義務違反による解除は不当であり、死亡保険金を支払って欲しい。

- (1)夫は咳が出た等のことで8月14日～8月20日までAクリニックに通院していたが、この間に肺癌という診断を告知されたことはなく、夫が肺癌と告知されたのは、B大学病院の精密検査結果によって判明した8月28日であり、復活に際しての告知日より12日後である。したがって、夫において重要事実の告知義務違反はない。
- (2)復活手続きにおいて、夫（契約者・被保険者）らが病気を知って、保険契約の復活を企図したことは絶対にない。Aクリニックの報告書に記載されているように、Aクリニックでは「専門の病院で検査しましょう」と言ったのみであり、病名は夫に告知されていなかった。
- (3)夫（被保険者）は復活請求書告知書欄に記入する際、営業担当者（退職済）が「いいえ」に○をすれば良いと指導したため、「はい」に○をすべきところ、「いいえ」に○をした部分がある。そのうえ、営業担当者が、軽く「いいえ」に○をしたらと勧めたため、咳が出るのは風邪くらいかと軽く考えていた私は、営業担当者の指示どおり「いいえ」に○をつけていった。

<保険会社の主張>

下記により、被保険者の告知義務違反は明らかであり、申立人の死亡保険金支払請求に応ずることは出来ない。

- (1)被保険者（申立人の亡夫）は、平成19年7月末より咳、痰、右胸痛が出現したと訴えて、同年8月14日にAクリニックを受診、同日胸部X線・胸部CT・血液検査、16日に胃内視鏡・頸部超音波検査、20日に「右肺にカゲ（しこり）があるので、専門の病院で精査しましょう」と説明を受けている。
- (2)8月1日に失効し、復活手続きの際の「復活請求書兼告知書」に「Aクリニックでの受診、検査を受けている事実」の告知がなかった。また、8月21日の告知書の不備訂正請求書提出時にも、同月16日および20日にAクリニックで受診し、検査を受けている事実について、告知内容の訂正をしていない。
- (3)当社営業担当者が「いいえ」に○をすれば良いと指導したことはない。仮に被保険者に虚偽の告知を行おうとする意図がなかったとしても、解除権が阻却される事由はない。
- (4)被保険者に対して、医師より、癌または腫瘍の告知がされていなくても、8月14日からの受診、検査の事実によって告知義務違反は成立する。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人からの事情聴取の内容にもとづいて審理し、審査会としての見解を保険会社に伝えたところ、保険会社より和解案の提示があった。

審査会において検討した結果、同和解案は妥当なものであると考え、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、同和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

[事案Ⅱ－3] 高度障害保険金請求

- ・平成21年4月30日 裁定申立受理
- ・平成22年2月15日 裁定終了

<事案の概要>

胸髄膜内腫瘍によって胸より下の部分が麻痺しており、高度障害状態にあるとして高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成17年秋に右脇腹に痛みが出たので治療を開始し、現在は胸髄膜内腫瘍により両下肢とも胸より下の部分が麻痺しているほか、体幹麻痺、腹筋麻痺、背筋麻痺及び発汗体温調整機能不全の身体障害がある。そこで、平成9年加入の保険契約にもとづいて高度障害保険金を請求したところ、提出した診断書では高度障害に該当しないとのことで支払われない。

主治医も高度障害状態にあると判断し、また、他保険・共済からも支払われており、納得出来ないので、高度障害保険金を支払って欲しい。

<保険会社側の主張>

申立人より提出された障害診断書および主治医より取得した証明・意見書等にもとづいて、申立人の障害状態

について精査・検討したが、下記のとおり、当社約款に定める高度障害保険金の支払事由に該当しないと判断されるため、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立人の右下肢は「完全運動麻痺」と認められるが、「不全運動麻痺」の状態であり、「完全運動麻痺」には至っていない。また、原因の傷病、経緯等から見て、関節の癒着はありえないものと考えており、両下肢とも「関節の完全強直」の状態には該当しない。
- (2)徒手筋力テストの結果は、MMT0からMMT5までの6段階で評価され、MMT0ないしMMT1の場合には、「完全運動麻痺」に準ずるものとして、高度障害該当と判断することがあるが、申立人の左下肢についてはMMT2（下から3番目）程度の筋力が認められる。

<裁定の概要>

申立人の主張する高度障害状態は、両下肢の麻痺と解されるので、裁定審査会では、申立人提出の障害診断書および証明・意見書により、同人の両下肢が、高度障害状態にあると認められるかについて検討した。その結果、申立人が高度障害状態にあると認定することはできず、他に高度障害状態であると認定するに足りる証拠はないことから、申立人の請求を認めることが出来ないため、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を記載して裁定手続きを終了した。

- (1)主治医作成の平成20年7月7日付障害診断書によると、「両下肢は、一部自動運動可能であるが、協同性に欠け、両下肢機能全廃状態である」と診断されており、申立人の両下肢は、一部自動運動可能であるとされていることから、両下肢が完全運動麻痺の状況にあると認めることはできない。なお、本診断書には、各関節の可動域の記載はなされておらず、両下肢の3大関節が完全強直と認めることもできない。従って、本診断書をもって高度障害状態にあると認めることはできない。
- (2)主治医の同20年10月2日付証明・意見書では、運動麻痺の分類及び程度として、右下肢は「完全麻痺」、左下肢は「不全麻痺」と診断されており、両下肢が完全運動麻痺の状況にあると認めることはできない。また、両下肢の3大関節の可動域については、両下肢とも自動及び他動の可動域がある旨の記載がなされており、両下肢の3大関節が完全強直と認めることはできない。従って、本証明・意見書をもって、高度障害状態にあると認めることはできない。
- (3)主治医作成の同20年10月30日付証明・意見書では、運動麻痺の分類及び程度として、両下肢とも「完全麻痺」と診断されているが、「左下肢は一部反射を利用して動く部分もあるが、ほぼすべて筋力はMMT2以下であり、純粋な意味での可動域は重力に逆らって自動的に得られるものではない」と付記されている。この付記内容から、申立人の左下肢は実用性のない状況であることは窺えるが、徒手筋力検査（MMT）の結果、左下肢の筋力はMMT1（筋肉の収縮は認められるが、関節運動は全く生じない場合）を超えていることが認められるから、完全運動麻痺の状況にあると認めることはできず、両下肢が完全運動麻痺の状況にあると認めることはできない。

また、両下肢の3大関節の可動域については、20年10月2日付証明・意見書と比べると、他動域の記載はなく、右下肢の自動域に変動はないが、左下肢の自動域は大きく減少し、右下肢と同様にほとんどない証明になっている。しかし、同20年10月2日付証明・意見書において認められていた他動域がないことの証明はなく、自動域については、1ヵ月前の診断と大きく異なることから、直ちに自動域がほとんどないと認めることはできず、両下肢の3大関節が完全強直と認めることはできない。従って、本証明・意見書をもってしても、申立人が高度障害状態にあると認めることはできない。

なお、約款に基づく支払いの可否の決定は、各社ごとの判断であるから、各社の判断に違いが生じることはやむを得ない事態であり、当審査会の判断を左右するものではない。

[事案Ⅱ－4] 災害死亡保険金請求

- ・平成21年5月22日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定打切り

<事案の概要>

夫の転落死は、重過失のない不慮の事故によるものであるとして、災害死亡保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成20年8月、夫は、自宅マンション5階のベランダで窓ガラスと網戸を清掃中、背の届かない箇所を拭こうと、ベランダに設置してあるエアコンの室外機に上り、高い壁なども清掃中に誤って地上に転落し死亡した。

保険金を請求したところ、普通死亡保険金は支払われたが、重大な過失があるとの理由で災害死亡保険金が支払われないが、下記理由により納得出来ないため、災害死亡保険金を支払ってほしい。

- (1)夫は折しも連日の霧雨と、室外機の足の留め具が壊れていたため、余計に滑りやすく均整が失われたために誤ってベランダから転落したものである。
- (2)室外機に上って清掃したことについて、主人の不注意は認めるが、手の届かない箇所を清掃するために室外機に上って清掃したことが、故意または重大な過失とは思えない。
- (3)他生保会社からは災害死亡保険金が支払われている。

<保険会社の主張>

下記理由により、災害死亡保険金を支払ってほしいという請求に応ずることは出来ない。

- (1)本件転落は被保険者の意思に基づくものであり、偶然の事故であったとは認めることは出来ず、「(災害死亡保険金の)支払対象となる不慮の事故」に該当しないと考える。
- (2)仮に本件転落が「支払対象となる不慮の事故」に該当するとしても、エアコンの室外機に乗ること自体がバランスを崩した場合に転落が発生することが通常予見出来る等、状況を総合的に判断すると、「被保険者の重大な過失」に該当し、災害死亡保険金の免責事由に該当すると考える。
- (3)仮に、本件事故当時、精神病、睡眠導入剤の影響等により、被保険者が一時的に心神喪失の状態に陥り、危険予見・回避能力を欠いたとしても、本件事故は「精神障害を原因とする事故」に該当し、災害死亡保険金の免責事由に該当すると考える。

<参考>災害死亡保険金の免責事由

- ①保険契約者または被保険者の故意または重大な過失
- ②災害死亡保険金の受取人の故意または重大な過失
- ③被保険者の犯罪行為
- ④被保険者の精神障害または泥酔の状態を原因とする事故
- ⑤被保険者が法令に定める運転資格を持たないで運転している間に生じた事故
- ⑥被保険者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故
- ⑦被保険者の薬物依存
- ⑧戦争その他の変乱、地震、噴火または津波。ただし、その程度によっては保険金、給付金の全額または一部を受け取れる場合があるなど

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類にもとづき、①災害死亡保険金の支払対象となる「不慮の事故」に当たるか、②被保険者に重大な過失がなかったか、③精神障害を原因とする事故に当たらないかについて慎重に検討したが、提出資料からは、被保険者の死亡原因が被保険者の意思に基づくものなのか、申立人の主張するように、被保険者が窓ガラスと網戸を清掃中にエアコンの上に登り誤って転落したのか、被保険者の事故当時の精神状態がどうであったのか等の事実を認定することが出来ず、これらを判断するためには、より詳細な現場の状況、事故当時の被保険者の行動や精神状態等を調査・検討することが必要であった。

しかし、当審査会は裁判外紛争解決機関であり、証人を尋問する権限や第三者に記録の提出を求める権限もなく、専門家に鑑定を嘱託する手続きも存在しないことから、本件は当審査会が担当するよりも裁判手続きにおいて解決することが妥当と思料し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定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。

【事案Ⅱ－5】高度障害保険金請求

- ・平成21年6月12日 裁定申立受理
- ・平成21年11月30日 裁定終了

<事案の概要>

脳出血後遺症による障害状態は高度障害に該当するとして、高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

被保険者である妻は、平成20年6月に右片麻痺を発症し「脳出血」と診断され即日入院し、その後もリハビリのため入院を続けている。現在の妻の状態は脳出血後遺症により、

- a. 失語症により言葉がうまく使えず人とのコミュニケーションがうまくとれない
- b. 眼の障害により目の焦点が合わせられずものが見づらい
- c. 記憶力と注意力が低下し監視していなければならない
- d. 体の右半分に麻痺があり、4点杖での歩行もふらつきがあって転倒の危険がある

等であり、主治医、看護師などからも「一人では置いておけない」と言われている。

以上のことから、妻の現在の状態は、約款記載の高度障害状態に該当すると考え、高度障害保険金を請求したが、保険会社は約款規定の「高度障害状態」に該当しないとして、高度障害保険金の支払いを拒絶されたが、納得出来ない。高度障害保険金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記理由により、被保険者の状態は約款に定める高度障害状態に該当せず、高度障害保険金を支払うことは出来ない。

(1)本件においては、被保険者の状態が約款別表に定める「高度障害状態」のうち、「中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」への該当の有無が問題となる。

この解釈として、高度障害の認定に当たっては、後段の「終身常に介護を要するもの」をも満たすことが必要と解釈しており、判例上も同様の解釈が採られていると思料する。

(2)さらに、「常に介護を要するもの」の具体的中身としては、別表の備考において「食物の摂取、排便、排尿、その後の始末及び衣服着脱、起居、入浴のいずれもが自分ではできず常に他人の介護を要する状態をいいます。」との定めがあり、この「備考」は高度障害保険金の支払事由を一義的に明確にするために設けられ、かつ支払事由を相当程度に限定することを目的として設けられたものであることから、判例上も約款の内容自体を構成するものと解されている。

(3)「備考」における上記の定めに対する反対解釈として、被保険者において、食物の摂取、排便、排尿、その後の始末及び衣服着脱、起居、歩行、入浴のいずれかが自分で出来る状態にある場合には、高度障害状態に当たらないものと解されるが、本件においては、申立人提出の障害診断書、医師への確認から、食物の摂取は可能、排便・排尿は可能（その後始末は出来ない）、ベッドから起き上がることおよび四点杖を使用して何とかゆっくり約3m歩行可能とのことであり、本件約款の解釈としては、「常に介護を要する」には該当しないと言わざるを得ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人より提出された障害診断書や保険会社提出の書類にもとづき審理した結果、被保険者の障害状態は現段階においては約款上の高度障害状態には該当しないものと判断し、申立てが認められる理由がないことから、生命保険相談所規程第40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)当該被保険者において問題となる高度障害は、本契約約款別表(3)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」に該当するか否かである。

同別表の備考1には、「常に介護を要するもの」とは、「食物の摂取、排便、排尿、その後の始末及び衣服着脱、起居、入浴のいずれもが自分ではできず常に他人の介護を要する状態をいいます。」と記載されている。これは、日常生活動作の基本的部分の各動作が、ほとんど自発的に出来ず、他人の介助を必要とすることを意味するものと解せられる。

(2)本件において、被保険者は、提出された書面で判断する限り、脳出血の後遺障害として、個々の自由な動作が大幅に制限され、例えば食事の準備や排尿排便の世話、移動に他人の介護を必要としている事実が認められるが、一方において「左手でスプーンを使い自身で食事する」、「排便排尿は自身で可能であるが、後始末は介助が必要」、「ベッド上の起居は自身で可能」、「四点杖を使用して何とかゆっくり約3メートル歩行できる」等の状態であるから、個々の日常生活動作について自発的動作ができないとまでは言えないものと判断せざるを得ない。

よって、被保険者の現在の状態は、まだいわゆる「常時介護」状態には至っていないと認めるのが相当である。

<参考>約款に定める「高度障害状態」

- (1)両眼の視力を全く永久に失ったもの
- (2)言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- (3)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
- (4)胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- (5)両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- (6)両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- (7)1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったか、またはその用を全く永久に失ったもの
- (8)1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

〔事案Ⅱ－6〕死亡保険金・給付金請求

- ・平成21年7月1日 裁定申立受理
- ・平成22年2月15日 裁定終了

<事案の概要>

死亡保険金を請求したところ、告知義務違反により死亡保険金が不支払いとなったが、告知義務違反による解除について納得出来ないと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成18年7月に定期保険（申立契約①）とガン保険（申立契約②）に加入、同年12月にA病院にて肺癌と診断され、その後、同病院への入退院を繰り返し、同20年6月に肺癌が原因で死亡した。

そこで、保険金を請求したところ、告知義務違反による解除の通知（同20年9月22日付）を受け、保険金の支払いを拒絶されたが、下記理由により納得できないので、保険契約にもとづき保険金を支払ってほしい。

- (1)被保険者は定期健康診断で肺の再検査を3年前より指摘されていたようだが、18年12月に発症するまで気に留めない健康状態だった。診断書にも発症日は18年12月20日とあり、「既往症なし」となっている。医者ですら判断できないほど健康であり、告知義務違反はしていない。
- (2)保険会社は、平成20年9月1日に告知義務違反の事実を知ったとあるが、会社が委託した調査会社は遅くとも8月11日には事実を知っており、調査会社が知った日が保険会社が知りえた日に相当すると考えるので、たとえ告知義務違反であるとしても、保険会社が知った日から1ヵ月以内に解除通知がなされておらず、契約解除は無効である。

<保険会社の主張>

下記のとおり、契約解除は有効であり、保険金支払いの請求に応ずることは出来ない。

- (1)告知事項の対象は、本人の主観的な認識ではなく、例えば過去2年以内に健康診断を受けて、検査の異常を指摘された等の事実があったか否かであり、被保険者は当該事実がありながら告知をしていないことから、告知義務違反がある。
- (2)保険会社と別個の会社である調査会社に診断書が到達したことによって、保険会社が告知義務違反の事実を知ったと解することは出来ず、当社が解除原因を知ったのは、調査会社から報告を受けた平成20年9月1日であり、解除通知を同年9月22日に送付していることからすれば、解除原因を知ってから1ヵ月以内の解除と言える。

<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にもとづいて審理を行った結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条により、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)告知義務違反の有無について

告知義務違反が成立するためには、①告知書で質問した事項について事実と異なる回答があること、②その事実について正当な告知があれば同条件での引受けはできなかったこと（すなわち「重要な事実」に該当すること）、③事実と異なる回答をしたことについて、告知義務者に故意または重大な過失があることの3要件が備わることがを要するが、下記からすると、被保険者に告知義務違反があったと認められる。

◎要件1について

申立契約①及び②の告知書には、質問事項として「最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか」「過去2年以内に、健康診断・人間ドックをうけて、検査の異常を指摘されたり、経過をみるために定期的な診療・検査をうけるように指導されたことがありますか」と記載されている。しかし、被保険者は、いずれも「いいえ」と回答している。しかし、健康診断の結果は、質問事項に対し「はい」に該当する事実と言えらるから、被保険者は、事実と異なる回答をしたと認められる。

◎要件2について

被保険者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、または少なくとも同一条件では契約を締結しなかったと考えるのが相当といえ、上記推定を覆す証拠はない。従って、前記事実は、重要な事実と該当すると言える。

◎要件3について

内科循環器科への通院及び内服治療の事実は、告知時に通院、治療中であったことからすると、告知書の質問事項から容易に思い浮かべることができた事実といえる。
健康診断の受診結果のうち、特に、胸部X線検査の結果は、16年には「12ヵ月後に検査を受けてください」

と指摘され、17年には、「更に詳しい検査を受けてください」と指摘され、「胸部X線で異常所見が疑われますので、必ず精密検査を受けてください」と指導され、2年連続して具体的な内容で指摘、指導されていることからすると、これらの検査結果は、告知書の質問事項から容易に思い浮かべることができた事実と言える。

従って、被保険者には、事実と異なった回答をしたことについて、少なくとも重大な過失があったと認められる。また、本件では、因果関係の有無が問題になるが、健康診断の胸部X線検査の結果と被保険者の死亡原因との間には、因果関係が認められるから、保険会社は申立人に対する保険金等の支払いを免れることができる。

(2)解除権の除斥期間の経過について

申立人は、保険会社は遅くとも、調査会社が全ての調査を終了した8月19日には、何らかの手段で解除原因について報告を受け、知ったものと認めるべきであり、保険会社の解除は、解除原因を知ってから1ヵ月を経過していると主張する。しかし、申立人の主張は、証拠に基づくものではなく、推測に止まるものである。

調査会社の調査は、相手方会社との委託契約に基づきなされるものであるから、受託者の調査会社の知ったことをもってして、委託者の保険会社が知ったものとするは出来ない。したがって、保険会社に除斥期間の経過は無いと言える。

[事案Ⅱ-7] 災害死亡保険金請求

- ・平成21年8月26日 裁定申立受理
- ・平成21年12月2日 裁定打ち切り

<事案の概要>

被保険者が浴槽内で死亡したのは事故によるものであるとして、災害死亡保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

夫（当時60代後半）は、平成19年4月に自宅風呂場の浴槽の中で死亡した。死亡保険金を請求したところ、保険会社は普通死亡保険金を支払ったが、不慮の事故とは認められないとして、災害死亡保険金を支払わない。下記理由により、夫の死は事故であり納得出来ないので、災害死亡保険金を支払って欲しい。

- ①死亡当時、夫は普通の生活を過ごし健康であった。夫は、風呂の中で寝込む癖があり、亡くなった時も風呂の中で寝込んでしまったものと思われる。
- ②死亡時に死体検案に当たった医師は、死因について「溺死以外何も分からない」と言っていたが、同医師は死亡保険金請求時点で退職しており、保険会社はその医師より直接状況を確認していない。保険会社の結論は全て想像で、作り上げられたもので、何の裏付けもない。
- ③同じ診断書で、損害保険会社等からは災害死亡保険金が支払われている。

<保険会社の主張>

被保険者の死亡は、下記の理由により、入浴中に内的要因による意識消失発作が生じたことが、直接の原因であり、約款に定める「不慮の事故」に該当しないので、申立人の災害死亡保険金支払請求には、応ずることは出来ない。

- (1)発見直後に搬送された医療機関の医師発行の確認書によれば、「外傷は特になし」「入浴中に虚血性心疾患の発作が出現した可能性が高いと考えられるが、病理解剖を行っておらず確定までには至らない。」「既往症と死因との関連性について可能性としては高いと考えられる」との見解を得ている。
- (2)被保険者は、糖尿病、高血圧症、高脂血症、心筋梗塞の既往症を有しており、死亡直前まで肺結核により入院していた。
- (3)自宅の浴槽で入浴中に寝入り、思わず湯水に没した場合であっても、上体を上げれば容易にその状態を脱することも可能であるにもかかわらず溺死したのは、内的要因により意識消失発作により危険回避行動をとることが出来なかったと推定される。

<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基づき、被保険者の浴槽内での死亡の原因が、虚血性心疾患の発作が出現したこと等の被保険者の内的な要因に基づくものであったのか、申立人が主張するように被保険者が入浴中に浴槽の中で寝込んでしまったための溺死であるかについて検討したが、提出された資料からは、事実を認定することが出来ず、これらを判断するためには、より詳細に現場の状況および当時の被保険者の治療歴等を調査し、これらを医学的な観点から検討することが必要であった。

しかし、当審査会は裁判外紛争解決機関であり、証人を尋問する権限や第三者に記録の提出を求める権限もな

く、専門家に鑑定を嘱託する手続きも存在しないことから、本件は当審査会において審理するよりも、裁判手続きにおいて解決することが妥当と料し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定打ち切り通知にて理由を明らかにして、裁定手続を打ち切ることとした。

〔事案Ⅱ－8〕高度障害保険金請求

- ・平成21年9月2日 裁定申立受理
- ・平成22年2月15日 裁定終了

<事案の概要>

被保険者が、高次脳機能障害により常に介護を要する状態になったとして、高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

夫は平成18年にくも膜下出血で倒れ、後遺症で重度な障害状態（高次脳機能障害）になった。そこで、「常に介護を要する状態」になったと考え、高度障害保険金の支払いを請求したが、高度障害状態に該当しないと言われ、同保険金が支払われない。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欲しい。

- (1)夫は、高次脳機能障害（精神障害状態の一種）で脳に障害があるため、常に声掛け、監視がなければすべての日常生活動作を行うことができず、約款に規定する高度障害状態「中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの」の「常に介護を要するもの」に該当する。
- (2)介護保険制度での認定は要介護3、障害者認定は精神障害1級で、医者からも程度が一番悪く、回復の可能性がないと言われており、同じ障害を持つ者に対し他社では高度障害保険金が支払われているケースがある。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の高度障害保険金支払請求に応ずることはできない。

- (1)本件約款において「介護」という文言は、いわゆる常に寝たきりの方が想定され、精神障害者への声掛け、監視は含まない趣旨で用いている。
- (2)申立人提出の証拠（診療記録等）によれば、被保険者は、少なくとも食事の摂取について箸を用いて自立して可能なのが明らかである。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人提出の総合障害診断書にもとづき審理した結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続を終了した。

- (1)本件約款では、「介護」の意味について明記していないことから、その文言の解釈が問題となるが、解釈に際して、文言の一般的な意味の他に、約款制定の趣旨や沿革といった事情も考慮して行なうことになる。保険会社提出の証拠によれば、本件約款制定の沿革からすると、「常に介護を要するもの」とは、食事の摂取等の日常生活動作を行なうに際し、第三者が手を添えて看護を行なわなければ自分では何も行なえない状態を言い、監視を要するだけの場合は含まない意味であったことが認められるから、「介護」とは、声掛け・監視に止まる場合は含まれず、手を添えて行なう看護を意味することになる。申立人は、「介護」とは声掛け・監視を含む概念であるから、高次脳機能障害により、日常生活動作について、常に声掛け・監視を行う必要のある被保険者は「常に他人の介護を要する状態」にあたりと主張するが、上記のとおり、声掛け・監視は、本件約款に規定する「介護」には該当しないといわざるを得ない。
- (2)主治医作成の平成19年11月27日付け総合障害診断書及び同21年6月29日付け総合障害診断書によれば、「26.中枢神経系・精神または胸腹部臓器の障害」欄のうち「日常生活動作」欄にある「ア：食物の摂取、イ：排便、ウ：排尿、エ：排便・排尿の後始末、オ：衣服の着脱、カ：起居、キ：歩行、ク：入浴」の全てに「×」が付されているが、申立人提出の他の証拠によれば、被保険者は、平成19年より、食物の摂取は箸を使用して自ら行なえたことが窺える。そして、主治医作成の平成21年5月11日付け主治医意見書によれば、食事行為について、「自立ないし何とか自分で食べられる」が選択されており、食事の摂取状況は継続していることが窺える。従って、平成19年11月27日付け総合障害診断書及び同21年6月29日付け総合障害診断書をもってして、被保険者が、食事の摂取について、他人の介護を要する状態にあると認めることはできない。以上から、被保険者は、少なくとも、食物の摂取については介護を要する状態にあるとは認められないから、本件約款にいう「食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできず常に他人の介護を要する状態」にあるとは認められない。
- (3)申立人は、被保険者と同様の高次脳機能障害の第三者に、他社との契約において、高度障害保険金が支払われ

たことを主張するが、約款に基づく支払いの可否の決定は、各社ごとの判断であるから、各社の判断に違いが生じることはやむを得ない事態であり、当審査会の判断を左右するものではない。

【事案Ⅱ－9】高度障害保険金請求

- ・平成21年10月7日 裁定申立受理
- ・平成22年2月2日 裁定終了

<事案の概要>

脳出血により高度障害状態になったとして、団体信用生命保険の高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成20年2月に脳内出血のため倒れ入院、治療を受けて退院し治療はいったん終了した。しかし以前にも脳梗塞で身体障害があり、診断の結果、左半身麻痺、呂律困難の障害状態になった。

そこで、平成6年に被保険者として加入して団体信用生命保険（契約者は申立人の住宅ローン債権者）にもとづいて、同保険の約款に規定する下記の高度障害状態（別表2号「言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの」、同3号「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」、同8号「1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足間接以上で失ったもの」）に該当すると考え、高度障害保険金を請求したが、非該当とのことで支払われない。

下記理由により、納得出来ないので、住宅ローン債務残額に相当する高度障害保険金を支払って欲しい。

- (1)食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服の着脱・起居・歩行・入浴のいずれに関しても自分では出来ず、常に他人の介護を要する状態であり、高度障害状態に該当すると思料する。
- (2)保険会社が非該当の判断資料とした「障害診断書」は非常に簡単なもので、被保険者の症状を正確に判断するものとしては、著しく適格性を欠いたものである。
- (3)保険会社等は、加入勧奨の際に詳細な説明を一切しておらず、説明義務違反がある。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の高度障害保険金の支払請求に応じることはできない。

- (1)本件申立にかかる保険契約には、団体信用生命保険普通保険約款が適用され、同約款には、別表に定める高度障害状態のいずれかになったときは所定の死亡保険金と同額の高度障害保険金を支払うとあり、別表に高度障害保険金の支払対象となる高度障害状態が記載され、別表の備考には別表内容について具体的な説明が記載されている。
- (2)高度障害保険金の査定については、主治医作成の障害診断書にもとづいて判断するとともに、申立人の要望を受け、主治医に再度面談し、申立人本人にも面談し再度査定を行ったが、下記のとおり、申立人の障害状態は約款規定の高度障害状態に該当しない。

①別表第3号の該当性について

食物摂取については、申立人と面談した際には、一部食べこぼしがあるものの、箸を利用して自力で最後まで可能とのことだった。

従って、終身常に介護を要するもの（食物の摂取、排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれもが自分ではできず常に他人の介護を要する状態）には該当しない。

②別表第8号の該当性について

申立人は、1下肢の用を失われているものの、1下肢そのものを失われたわけではない。

③別表第2号の該当性について

言語機能については、主治医によると、発語に関しては明瞭ではないものの意思疎通は可能とのことであり、申立人との面談においても会話は成立した。また、そしゃく機能については、主治医によると、柔らかいものであれば摂取可能であり、流動食しか摂取できない状態にはない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張する複数の高度障害状態について判断できる客観的証拠である障害診断書に基づき審理した結果、下記により本件申立てを認めることができないので、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

- (1)言語機能及びそしゃく機能の障害（別表第2号）の主張について

言語機能については、障害診断書によれば、「18. 言語機能の障害」欄には、特に印は付されておらず、高度障害状態にあるとは認められない。また、そしゃく機能については、障害診断書によれば、「17. そしゃく機能障害」欄には、特に印は付されておらず、また、申立人自身も、流動食しか摂取できない状態ではないこと

を認めており、高度障害状態にあるとは認められない。

(2)日常生活上、介護を要する状態（別表第3号）になったとの主張について

障害診断書によると、食物の摂取の状況は「ア、箸を使用して可能」、排便・排尿の状況は「ア、通常便器で、自力で可能」、衣類の着脱・起居・歩行・入浴の状況は「ウ、ベッド上の起居・周辺歩行のみかろうじて可能」と診断されており、高度障害状態にあるとは認められない。

(3)左上・下肢の運動障害（別表第8号）の主張について

障害診断書によると、申立人は1下肢を足関節以上で失ってはいないので、高度障害状態にあるとは認められない。

(4)なお、申立人は、後遺障害状態が本件約款規定の高度障害状態に該当しないとしても、同保険の趣旨からすると、約款別表規定の高度障害状態は例示列举であって、類似するような障害になった場合には、高度障害保険金が支払われるべきであると主張する。

しかし、民間の保険事業は、支払保険金総額と保険料が均衡を保つように設計されており、多数の保険契約者を同種の危険から集団的・計画的に保護するため、保険契約の内容は約款により定型化され、保険金支払要件は明文により限定されていると言え、高度障害保険金支払要件としての高度障害状態も、当該約款に規定されたものに限定されていると解することになり、約款別表記載の障害状態は例示列举とする申立人の主張は認めることはできない。

＜参考＞約款別表記載の高度障害保険金支払いの対象となる高度障害状態

1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの
2. 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
3. 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
4. 胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
5. 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
6. 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
7. 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
8. 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

〔事案Ⅱ－10〕高度障害保険金請求

・平成21年10月21日 裁定申立受理

・平成22年3月23日 裁定終了

（注）本事案は、事案Ⅱ－11と同一の申立人からの同一支払事由（高度障害）に関する高度障害保険金支払請求であり、同時に審理が進められた。

＜事案の概要＞

加入時に、身体障害者認定を受けていることは営業担当者に告げていたとして、高度障害保険金の支払いを求めたもの。

＜申立人の主張＞

昭和61年11月職場で団体定期保険に加入した。加入する2年前に両眼網膜色素変性症による両眼視野狭窄障害により身体障害者認定を受けていたので、加入の際、営業担当者（女性2名）に身体障害手帳を提示し、視力障害の内容を告げたところ「この病気による失明についても保障される」との回答があった。

62年度以降も引き続き同保険を更新してきたところ、平成19年11月頃、両眼網膜色素変性症により両眼の視力を喪失（失明）した。そこで、高度障害保険金を請求したところ、加入前発病のため不支払いとなったが、下記の理由により納得出来ないの、高度障害保険金を支払って欲しい。

(1)契約前に既往症があったことを告知したうえで、支払対象であると営業担当者の回答を得ていた。

(2)営業担当者の不適切な説明を受けて加入したものであり、また、営業担当者は高度障害保険金が支払われない可能性があることを十分予見でき保険会社側に重過失があり、支払拒絶の権限はないものと思料される。

(3)保険会社の主張は、現在の金融商品取引販売法並びに契約者保護の観点に反する。

＜保険会社の主張＞

申立ては、昭和61年11月加入であり、加入以前から発病していた病気を原因とする障害と判断され、高度障害保険金の支払対象とならない。また、下記理由により、当社が高度障害保険金の支払いを拒むことは出来ないとは言えないものと考えられ、申立人の請求に応ずることはできない。

(1)約23年前のことであり、当社職員が申立人の主張するような誤った説明をしなかったことを具体的に示すことは今となっては困難である。法的には、高度障害保険金の支払いを拒むことが出来ないことの立証責任は保険

金請求権者である申立人側にあると解されるが、当社内で慎重に確認を行ったものの、申立人の主張する、当社職員が、申立人の眼の症状を認識しながら、失明についても保障されるとの説明したことを裏付ける事情も見受けられない。

- (2)昭和61年の加入時に使用した加入パンレットの「保険金の支払い」欄には、「責任開始期以後に発生した不慮の事故による傷害または疾病の発症によって保険期間中に……高度障害状態に該当した場合お支払いします」としており、加入前発病不担保の説明がされている。さらに、申立人は昭和62年度以降も毎年度更新しており、毎年度のパンレットにも加入前発病不担保の説明がなされている。

<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、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)団体生命保険普通保険約款では、保険契約へ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（加入前発病不担保）を明らかにしている。同じ趣旨（加入前発病不担保）の記載は、団体定期保険の契約者が作成した昭和61年当時、それ以後のパンフレットにも記載され、同保険に加入しようとする者に分かるようにされている。
- (2)申立人の主張（職員から「この病気による失明についても保障される」旨返答を受けたので加入した）が法的にどのような意義を有するか明らかでないが、善解すれば、①保険会社との間で、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、もしくは②約款を援用して高度障害保険金の支払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、という主張であると解される。

①の主張について

附合契約（注）である保険契約は所定の保険約款の内容に従って成立し、附合契約の内容を一部修正して契約することは理論上不可能ではないが、少なくとも、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から、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理論上も不可能であり、営業職員にそのような権限もない。したがって、①の主張は認められない。

②の主張について

少なくとも客観的証拠から見ると、申立人の主張を裏付けるような材料は見当たらない。しかも今から24年前のことであり、当裁定審査会において事実（当時の申立人と営業職員とのやり取りの内容）を認定することなど到底できるものではない。

（注）附合契約とは、大量かつ定型の取引において、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Ⅱ－11】高度障害保険金請求

- ・平成21年10月21日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定打切り

（注）本事案は、事案Ⅱ－10と同一の申立人からの、同一支払事由（高度障害）に関する高度障害保険金支払請求であり、同時に審理が進められた。

<事案の概要>

加入時に、身体障害者認定を受けていることは営業担当者に告げていたとして、高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成17年4月、職場の労働組合が契約者となっている団体定期保険に加入した。昭和59年から既に両眼網膜色素変性症を発症し身体障害者認定を受けていたが、加入の際、営業担当者から、申立人の眼の症状を認識しながら、「この病気による失明についても保障される。」との説明があった。

平成19年11月頃、両眼網膜色素変性症により両眼の視力を喪失（失明）したので、高度障害保険金を請求したところ、加入前発病のため不支払いとなった。しかし、本件契約は、営業職員の不適切な説明により締結したものであり、また、営業職員には眼の状態・病状を伝えており、不支払事由に該当するであろうことは、十分に予測できる状態であった。したがって、保険会社に支払拒絶の権限はないものと考えられ、高度障害保険金の支払いを求める。

<保険会社の主張>

申立ては、加入以前から発病していた病気を原因とする障害と判断され、高度障害保険金の支払対象とならな

い。また、下記理由により、当社が高度障害保険金の支払いを拒むことは出来ないとは言えないものと考えられ、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)当社の確認では、平成17年1月当時に、眼の病状を認識していながら、「加入前に患った眼の病気で失明した場合でも高度障害保険金が支払われる」旨の誤った説明をした者は存在しなかった。
- (2)当社職員が誤った説明（この病気による失明についても保障される）をしたとの申立人の主張を裏付ける事情は申立人から示されていない。
- (3)申立人が主張する加入時の具体的なやりとりが事実だと仮定しても、当社職員が誤った説明をしたことにはならない。
- (4)平成17年の加入時に使用した加入パンレットの「保険金の支払い」欄には、「……高度障害保険金は、……責任開始期以後に（業務上業務外を問わず）発生した傷害または発病した疾病によって保険期間中に所定の高度障害状態に該当した場合お支払いします」と記載しており、加入前発病不担保の説明がされている。さらに、申立人は平成18年度以降も毎年度更新しており、毎年度のパンレットにも加入前発病不担保の説明がなされている。

<裁定の概要>

申立人は、平成16年12月頃、営業担当者から、「失明時に保険金が支払われる保険がある」と言われ、「本当か」と尋ねると、「同様に保障される」と言われたので加入した、と主張する。申立人の主張が法的にどのような意義を有するのか明らかでないが、善解すると、①保険会社との間で、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、もしくは②約款を援用して高度障害保険金の支払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、という主張であると解される。

しかし、附合契約（注）である保険契約は所定の保険約款の内容に従って成立するものであるが、附合契約の内容を一部修正して契約することは理論上不可能ではないにせよ、少なくとも、申立契約は団体と保険会社との間の保険契約であるから、契約者（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理論上も不可能である。営業職員にそのような権限もないので、①の主張は認められない。

他方、②の主張について、少なくとも客観的証拠から見る限り申立人の主張を裏付けるような材料は見当たらない。申立人から提出された第三者作成の証言書の中に、申立人の主張を裏付けるかのような内容のものがあるが、具体的な状況ややり取りの詳細が明らかではなく、当時の申立人の病状も明らかではないから、これのみで②の主張を認めることはできない。

すると、②の主張について判断するためには、第三者に対する証人尋問手続き等の厳密な証拠調べ制度を具備している裁判所における訴訟手続きによることが適当であって、そのような制度を具備していない裁判外紛争解決機関である当裁定審査会で裁定を行うことは適当ではないと考え、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切ることにした。

（注）附合契約とは、大量かつ定型取引において、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Ⅱ－12】高度障害保険金請求

- ・平成22年1月19日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定打ち切り

<事案の概要>

視力障害の状態は、約款に定める高度障害状態に該当するとして、高度障害保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年に交通事故に遭い、眼に外傷を負い病院で治療を受けたが、矯正視力が0.02まで落ち、眼に視力障害が残った。

そこで、昭和59年に加入した定期付養老保険にもとづいて、視力0.02以下で回復の見込みがないと記載された障害診断書を添え高度障害保険金を請求したが、支払われない。

視力障害の状態は、約款に定める高度障害「両眼の視力を全く永久に失ったもの」に該当しており、高度障害保険金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

提出された障害診断書によると、申立人の視力障害の状態は「視力が0.02以下になって回復の見込みのない」場合に該当せず、高度障害保険金の支払事由が認められないことから、申立人の請求に応ずることは出来ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、障害診断書に基づき、申立人の視力障害が約款で規定されている高度障害状態に該当するか否かについて検討したが、平成21年6月22日付障害診断書によれば、両眼とも矯正視力が0.02とされてはいるものの、その理由は「不明」とされており、回復の可能性についても「不明」とされ、また、同21年9月3日付障害診断書によれば、両眼とも矯正視力が0.02とされてはいるものの、「瞳孔反応は迅速、平常であり、視神経損傷や調節障害があることは否定すると考える。前眼部、中間透光体、眼底を含め、異常所見を見出すことはできなかった。診療所見と検査所見が一致しにくい状況である。」とされ、「回復についても不明である。」とされている。

上記各診断書の記載からは、申立人の視力障害が、上記約款で「対象となる高度障害状態」と規定されている「両眼の視力を全く永久に失ったもの」に該当すると認めることは、困難と言うほかない。

しかし、主治医に対する尋問、カルテ等の医療記録の取り寄せ、医学鑑定等の実施などにより、申立人の視力障害が、上記約款で「対象となる高度障害状態」と規定されている「両眼の視力を全く永久に失ったもの」に該当することを証明できる可能性がないではないが、当審査会は裁判外紛争解決機関であり、証人尋問や第三者に記録の提出を求める権限もなく、専門家に医学鑑定を嘱託する手続きも存在しないことから、本件は当審査会において審理判断するよりも、裁判所における訴訟手続きにおいて解決することが妥当と思料し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定打ち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。

<参考>約款別表に定める眼の障害（視力障害）に係る高度障害状態

別表 対象となる高度障害状態

「高度障害状態」とは、次のいずれかに該当する状態をいい、備考に定めるところにより認定します。

1. 両眼の視力をまったく永久に失ったもの
(以下略)

備考 1. 眼の障害（視力障害）

- a. 視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。
- b. 「視力をまった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をいいます。
- c. 視野狭さくおよび眼瞼下垂による視力障害は、視力を失ったものとはみなしません。

Ⅲ.給付金請求関係

【事案Ⅲ－１】高度先進医療給付金請求

- ・平成20年8月5日 裁定申立受理
- ・平成21年10月23日 和解成立

<事案の概要>

先進医療を受け高度先進医療給付金を請求したところ、約款規定の支払要件に該当しないとの理由から不支払いとなっ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18年にA大学病院において、「インプラント埋入手術」(以下「本件手術」という。)を受け、医療保険に付加された高度先進医療特約にもとづき高度先進医療給付金の支払いを求めたところ、保険会社は、手術は同特約に定める高度先進医療には該当しないという理由で、同給付金が支払われない。下記理由により納得出来ないで、高度先進医療給付金を支払って欲しい。

- (1)インプラント義歯治療を受ける前に、販売代理店担当者に同給付金の支払いの可否を確認したところ、約款上問題ないとの回答であり、念のため本社にも確認し、治療内容を説明したが、約款の支払事由に該当していれば支払うと説明するだけで、インプラント義歯でも先進医療に該当せず支払われないことがある場合の可能性や、事前に高度先進医療治療の該当の有無を医療機関に確認するなどの対応がなかった。
- (2)保険会社の回答を受け、高度先進医療を受ける要件を満たすために、地元の歯科医院から、治療機関をA大学病院に転院しインプラント義歯施術を受けた。
- (3)A大学病院に転院しインプラント義歯施術を受けたため、高額な治療費を支払うことになってしまった。適切な説明があれば、大学病院に転院してまで同手術を受けることはなく、高額な医療費を負担することはなかった。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の高度先進医療給付金の支払請求に応ずることは出来ない。

- (1)A大学病院発行の入院・手術証明書の「先進医療について」欄には、先進医療として治療された場合に医療機関により記載されるべき「治療の種類」欄および「技術料」欄に記載がない。また、同病院に照会した結果、「先進医療の対象としているインプラント義歯施術については、悪性新生物の一連の治療として施術を行う場合や、事故等により治療が必要な場合に限定しており、患者の希望により受療される場合は先進医療の対象としていない」との回答であった。
- (2)申立人からの確認に対し、販売代理店および当社カスタマーセンターは厚生労働省の指定している先進医療に認定されている「療養」に、インプラント義歯治療が含まれていること、および先進医療の要件である「厚生労働省の定める保険医療機関に関わる基準に認められている医療機関」として、A大学病院があることを案内しているが、これらの案内内容に間違いはない。
- (3)治療においては、医師と患者がその症状に対する治療内容や技術方法を決定するものであり、先進医療に該当するか否かは、施術を行った病院が決めるものである。これらの決定については保険会社が関与できるものではなく、医師や患者に対して高度先進医療給付金の対象となる施術を薦めることは出来ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社から提出された申立書、答弁書等書面にもとづいて検討を行い、審査会としての見解を保険会社に伝えたところ、保険会社より和解案の提示があったが、申立人は同和解案を拒否した。

裁定審査会としては、申立人の高度先進医療給付金の給付に関する照会に対し、保険会社は医療機関による制約について説明しているが、他の給付条件について説明していない等の配慮すべき事項があるものの、保険会社提示の和解案は妥当なものであると考え、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、同和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

【事案Ⅲ－２】成人病入院給付金請求

- ・平成20年11月6日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 和解成立

<事案の概要>

肺癌治療の一環として施行した放射線治療により発症した放射線肺臓炎は成人病に該当するものであるとし

て、成人病入院給付金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年10月に肺癌の手術で1回目の入院、退院後に放射線治療を受けた後、翌20年1月9日～25日まで2回目の入院をし抗癌剤治療を受けた。退院後も通院して抗癌剤治療を受けていたが検査した結果、同年4月24日に放射線肺臓炎と診断され、同日～5月30日まで3回目の入院（37日間）をした。

そこで保険会社に対し、3回目の入院（37日間）について疾病入院特約と成人病入院特約にもとづき入院給付金を請求したところ、①放射線肺臓炎は、放射線治療、抗癌剤治療との因果関係もなく別の単独の病気であるので、約款規定にもとづき入院当初の4日間は支払対象外で33日分の入院給付金しか支払われない、②放射線肺臓炎は成人病特約の支払対象とは認められないため、成人病入院金の支払いは認められないと言って来た。

しかし、納得出来ないので、下記のとおり支払って欲しい。

①放射線肺臓炎は、肺癌治療の一環である放射線治療、抗癌剤治療による副作用による発症であることが明らかであり、成人病入院特約からの入院給付金については、37日の全入院日数分の入院給付金について支払って欲しい。

②疾病入院特約からの入院給付金についても、3回目の入院も2回目の入院からの継続入院として取扱い、当初の4日間については入院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記理由により、成人病入院給付金の支払い等の請求に応ずることはできない。

(1)成人病特約の成人病入院給付金の支払事由となる成人病とは、約款別表を根拠として「厚生省大臣官房統計情報部編、疾病、傷害および死因統計分類提要、昭和54年版」(以下、「ICD-9」)にて、分類される特定の疾病が成人病と定義される。また、同約款に定義された特定の疾病の「治療を直接の目的とする入院」であることが成人病入院給付金の支払事由となっている。申立人の入院事由である放射線肺臓炎は「ICD-9」により、基本分類番号「508.0：放射線による急性肺症状発現」に区分される疾病であり、同基本分類番号は、成人病特約に定める「成人病」の定義に当てはまらない。

(2)上記のとおり、放射線肺臓炎は「ICD-9」により基本分類番号「508.0：放射線による急性肺症状発現」に分類され、肺癌は、分類項目「気管、気管支および肺の悪性新生物」に分類され、基本分類番号は「162」に分類される。したがって、1回目および2回目の肺癌の入院治療と、3回目入院（申立て入院）の放射線肺臓炎の入院治療は異なる疾患であると判断され、また医学上の関係についても重要であるとは判断出来ない。疾病入院特約の約款では、1回の入院につき、入院の開始日からその日を含めて4日は控除する規定があり、申立入院についても4日を控除した日数の入院給付金を支払うこととなる。

<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、保険会社に解決案の検討を要請したところ、会社から解決案の提示があった。当審査会としても、同解決案は妥当な解決案であると思料し、申立人に提示したところ、申立人の承諾が得られ、裁定手続きを終了した。

【事案Ⅲ－3】特定疾病保険金請求

- ・平成21年2月18日 裁定申立受理
- ・平成21年12月2日 裁定終了

<事案の概要>

非浸潤性乳管癌は、支払対象外とされる上皮内癌に該当せず悪性新生物であるとして、特定疾病保険金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

Aクリニックにおいて非浸潤性乳管癌と診断され、平成20年4月下旬に同クリニックに入院、翌日に乳房部分切除術を受け、同年5月から6月にかけてB病院にて、通院で術後の放射線治療を受けた。

罹患した乳癌は、特定疾病保障特約の悪性新生物であり、同特約にもとづき特定疾病保険金を請求したところ、保険会社は、「非浸潤性乳管癌は上皮内癌であって、支払対象となる悪性新生物に当たらない」との理由で、支払いを拒否された。しかし、下記の理由により納得出来ないので、特定疾病保険金を支払って欲しい。

(1)契約時に、全てのガンを保障するという言い方、特に増加傾向のある女性疾病について手厚く保障しているという説明で勧誘された。当然、非浸潤性乳管ガンが不払いになるという説明は受けていない。

(2)約款に「上皮内ガンを除く」という記述はあるが、非浸潤性乳管癌が上皮内ガンであるという明確な記述はない。

(3)医師の間では「TNM悪性腫瘍の分類」を使うのが一般的であること、B病院のY医師から「乳癌には上皮内癌はない」と言われており、罹患した非浸潤性乳管癌は上皮内癌ではない。

<保険会社の主張>

下記理由により、特定疾病保険金を支払って欲しいという申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立人の提出した診断書等から、申立人の罹患した乳癌は「非浸潤性乳管癌」との診断をされており、同癌は、癌細胞が乳管内に限局しているものであって、「組織への無制限かつ破壊的な増加で特徴づけられる疾患」に当たらないので、保険金の給付対象となる悪性新生物に該当しない。
- (2)国際的に統一された腫瘍学の分類上、「非浸潤性乳管癌」は、「上皮内癌」として取り扱われており、約款の除外規定によって悪性新生物に当たらない。

<裁定の概要>

下記理由のとおり、申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条により、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)下記理由により、申立人の罹患した非浸潤性乳管癌は、上皮内癌であると判断でき、これを覆すまでの証拠も提出されていないことから、非浸潤性乳管癌は約款別表1の対象となる悪性新生物に該当せず、特定疾病保険金を給付すべき対象ではないと判断できる。

①申立人は、約款には非浸潤性乳管癌が上皮内癌であるという明確な定義がない（注）と主張するが、約款上のある文言について、約款に定義が記載されていない場合においては、その文言の一般的・標準的な定義を基準にして解釈すべきであり、かつ、それで足りる。なお、その文言が医学用語である場合には、医学的に一般的な定義を使用して解釈すべきである。

（注）当該保険会社の「特定疾病保障定期保険特約」約款別表には、「対象となる悪性新生物」として、「悪性腫瘍細胞の存在、組織への無制限かつ浸潤破壊的増殖で特徴付けられる疾病（但し、上皮内癌、及び皮膚の悪性黒色腫以外の皮膚癌を除く）」と規定されている。

②提出された証拠等及び裁定審査会が業務委託機関に医療照会した結果などによれば、「上皮内癌」はごく一般的に使用される医学用語であり、たとえば、標準的な医学辞典である医学大辞典（医学書院2003年版）や、国立がんセンターのホームページなどの情報によれば、その定義は「上皮細胞と間質細胞（組織）を境界する膜（基底膜）を破って浸潤していない癌（腫瘍・癌）を指す。」とされている。（なお、上皮内癌は、現在は、上皮内新生物もしくは上皮内腫瘍と呼ばれている。）

一方、乳癌治療の標準的な治療指針をしめす「乳癌取り扱い規約」によれば、「非浸潤性乳管癌」は「非浸潤癌」に分類され、その定義は、「乳管上皮由来の癌で、間質への浸潤の見られないものを言う」とされている。

前記医学大辞典によれば、「上皮内癌」の同義語として、「非浸潤癌」と記載されており、「国際疾病分類（腫瘍学）」によっても、同様である。

よって、「非浸潤性乳管癌」は、「上皮内癌」であると判断すべきである。

③実際に申立人の手術をし、摘出した腫瘍の病理診断を行なったAクリニックのX医師による診断書ならびに当審査会の照会に対する同医師回答書によれば、いずれも申立人の乳癌は、「非浸潤性乳管癌」であり、「上皮内癌」であると診断されている。

- (2)生命保険契約は附合契約（注）であり、その内容は約款に従って規定されるものであるから、約款に「非浸潤性乳管癌を含む上皮内癌は、特定疾病保険金の給付の対象にならない」として規定されている以上、申立人がその点を営業担当者から説明を受けていなかったとしても、上記保険金を支払うべきか否かは申立契約の約款に従って判断される。

（注）附合契約とは、大量かつ定型取引において、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Ⅲ－４】手術給付金請求

- ・平成21年3月5日 裁定申立受理
- ・平成21年12月21日 裁定終了

<事案の概要>

手術給付金を請求したところ、約款規定の手術に該当しないとの理由で不支払となっ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20年8月に前立腺癌に罹患し、「前立腺癌密封小線源永久刺入術（以下、「密封小線源治療」と言う）」を受けた。疾病特約（昭和54年加入）にもとづき手術給付金を請求したところ、同特約約款に定める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。

自分が受けた手術は、下記のとおり、前立腺癌「悪性新生物」治療を目的とした手術であり、「密封小線源治療」は、手術を伴う悪性新生物治療を目的とした手術であることは間違いないので、手術給付金を支払って欲しい。

- (1)自分が受けた手術は、疾病特約条項に明記されている「悪性新生物手術」に該当する。加入当時の疾病特約には放射線治療はないが、「全ての悪性新生物の手術」と明記されている。
- (2)医師や看護師も手術だと言っている。診断書にも「手術名前立腺癌密封小線源永久刺入術」と明記されている。
- (3)入院して手術室で腰椎麻酔を受け、身体に針や何かを刺して傷付けて出血を伴う生体への侵襲（外科手術などによって人体を切開したり、人体の一部を切除する行為や薬剤の投与によって生体内になんらかの変化をもたらす行為）は行われた。術後の症状は以前に受けた膀胱癌手術の後の経過と同じである

<保険会社の主張>

下記のとおり「密封小線源療法」が本件疾病特約条項の「手術」に当たらず、手術給付金の支払対象でないことは明らかであり、本件疾病特約条項に言う「手術」に該当しないことから、申立人の請求に応ずること出来ない。

- (1)密封小線源治療を含む新生物根治放射線照射は、昭和56年に改定された疾病特約条項（以下「疾病特約条項（S56）」という。）によって、新たに手術給付金の支払対象として追加された治療法であり、申立人が、申立契約に加入した昭和54年当時の本件特約条項では、手術給付金の支払対象とはされていない。
- (2)本件特約条項における手術給付金は、身体に対する侵襲の程度が重篤なものを対象としており、密封小線源治療を含む新生物根治放射線照射は、手術給付金の支払対象とはされていない。
- (3)手術の一般的意味は、「外科の医師が治療のため、メスや器械を用いて患部を切開し、治療処置をほどこすこと」（大辞林）を言い、一般的な意味の手術とは、メス等による患部の切開を伴う治療処置である。しかし、本件の密封小線源治療は、体内に放射性物質（線源）を留置する療法であり、その際行われる線源の挿入の操作は、メス等による患部に切断、摘除などの操作を加えるものではないから、本件治療は一般的な意味においても手術に該当しない。
- (4)「診療報酬点数表」においても、「放射線治療」は「手術」とは別個の分類となっており、「密封小線源治療」は「放射線治療」の中に分類されており、手術として分類されているわけではなく、医学的にも小線源治療と手術とは別のものと扱われている。

<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、争点となっている本件治療（密封小線源治療）が本件特約条項に定める「悪性新生物手術」に該当するか等について審理した。その結果、本件治療は下記理由により、手術給付金の支払対象となる手術に該当しないと判断し、申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条により、裁定書に理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)本件特約条項と疾病特約条項（S56）の文言を対比すると、本件特約条項では、手術給付金の支払事由について、『給付倍率表に定める種類の手術を受けた場合』と定めているが、疾病特約条項（S56）では、『給付倍率表に定める種類の手術（給付倍率表に定める新生物根治放射線照射は手術とみなします。）を受けた場合』と定め、新たに括弧書部分が追加されている。この括弧書部分が追加された趣旨は、約款上「手術」ではない「新生物根治放射線照射」を、手術とみなすことで、新たに「新生物根治放射線照射」を手術給付金の支払対象にしたものと解される。とすると、「新生物根治放射線照射」は、疾病特約条項（S56）によって、初めて手術給付金の支払対象とされたものであって、本件特約条項にいう「手術」には含まれていなかったと解される。
- (2)本件特約条項と疾病特約条項（S56）の別表2を対比すると、疾病特約条項（S56）の別表2の、「手術の種類」の大分類では、「悪性新生物の手術」と「新生物根治放射線照射」を別の分類として規定し、両治療を別の手術としているが、本件特約条項では「悪性新生物手術」は規定しているが、「新生物根治放射線照射」は規定されていない。このことから、本件特約条項において、「新生物根治放射線照射」は「手術」には含まれていなかったと解される。
- (3)昭和54年当時、放射線療法は手術ではないが、手術療法にとって代わり得る治療法であるとして、今後、手術給付金の支払対象とすることが検討されており、昭和56年の改定において、新生物根治放射線照射は悪性新生物手術とは別の手術とみなす形で、初めて手術給付金の支払対象とされたことが窺える。この特約条項の改定経過からしても、本件特約条項においては、新生物根治放射線照射は、「悪性新生物手術」とされていなかった

たと解される。

- (4)本件治療の概要は、アプリーター針の刺入により、体内にシード線源を挿入し、留置する治療法であるが、医学文献によれば、前立腺癌の治療法としては、放射線療法に分類されており、手術療法とは異なる治療法とされている。従って、本件治療は、「新生物根治放射線照射」に該当すると言えるから、前項の解釈を踏まえると、本件特約条項の「悪性新生物手術」には該当しないと言える。
- (5)本件治療が、放射線の外照射と異なり、身体に対する相当程度の侵襲や苦痛を伴うものであることからすると、申立人の主張も理解できないわけではない。しかし、医学上、密封小線源治療は手術治療とは異なる放射線治療に分類されており、身体に対する侵襲や苦痛の程度も、一般の手術と比べると低いものと認められることからすると、密封小線源治療が、他の放射線治療と同様に「新生物根治放射線照射」に該当し、本件特約条項の「悪性新生物手術」に該当しないとしても不合理とまでは言えない。

【事案Ⅲ－５】入院給付金請求

- ・平成21年3月5日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

＜事案の概要＞

脳出血で3回にわたり3つの病院に通算300日を超えて入院したが、同一疾病の継続入院として1入院限度日数（120日）しか支払われないことを不服として、申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

母は平成16年8月21日に脳内出血を発症し、下記入院をし（以下「入院①」「入院②」「入院③」という。）、この間、17年6月2日に糖尿病を発症し、同年6月下旬に死亡した。

- ①脳出血と診断され、平成16年8月21日～同年10月19日までの56日間（不担保の4日間を除く）、A病院に入院
- ②脳出血、左片麻痺と診断され、平成16年10月19日～同年12月21日までの63日間（10月19日の1日を除く）、B病院に入院
- ③脳出血、糖尿病と診断され、平成16年12月21日～同17年6月26日までの187日間（12月21日の1日を除く）、C病院に入院。17年6月2日に糖尿病を発症し、6月下旬に急性肺炎により死亡。

平成19年7月、保険会社から16年10月～12月の入院について連絡を受け、疾病入院特約（入院限度日数120日）と成人病入院特約（同）にもとづき、入院③について120日分の入院給付金を請求したところ、保険会社は、約款規定により、入院①と入院②は、同一の疾病による継続した入院であり、入院①・入院②に対しすでに119日分（入院日数123日－不担保4日）の疾病入院給付金及び成人病入院給付金を支払っており、入院③については12月21日、1日分しか支払えないと言う。

しかし、C病院における糖尿病発病は脳出血による併発とは言えず、内容的に同等の約款にもとづいて他社から入院③についても120日分の入院給付金が支払われており、納得出来ない。入院③についても、120日分の入院給付金を支払って欲しい。

＜保険会社の主張＞

入院③について、120日分の疾病入院給付金、成人病入院給付金を支払うことは、下記により応ずることは出来ない。

- (1)当社の疾病入院特約約款では、「入院を開始したときに、異なる疾病を併発していた場合またはその入院中に異なる疾病を併発した場合には、その入院開始の直接の原因となった疾病により継続して入院したものとみなします。」と規定している。（成人病入院特約についても同様に規定）。C病院での入院の原因は、糖尿病については、検査で判明したのが17年6月2日と入院後であり、脳出血によるものと判断する。
- (2)同一の疾病による1回の入院（1回の入院とみなされる2回以上の入院を含む）の支払限度日数は、120日となっており、A病院とB病院の入院で119日分を支払っており、C病院の入院に対する支払いは1日分となる。
- (3)同じ疾病で他社が給付金を支払ったとしても、約款や査定は保険会社によって異なるため、当社が入院給付金を支払わなければならない理由にはならない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人および保険会社より提出された書類等にもとづいて審理した結果、下記理由により申立人の請求を認めることは出来ず、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)入院③については、診断書によれば、平成16年12月21日に脳出血で入院を開始し、その入院中である17年6月2日に糖尿病の診断を受け、糖尿病を併発しているが、各保険約款によると、入院③は入院開始の直接の原因

となった脳出血により継続して入院したものとみなされる。

したがって、被保険者は各入院給付金の請求に関しては、入院①から入院③までの全入院期間（306日間）について、脳出血による入院をしていることになる。

(2)入院①ないし入院③は、脳出血という同一の疾病を直接の原因としていることは前項のとおりであり、いずれの入院も20日以上入院であるから、保険会社は、入院①の入院56日、入院②の入院63日、入院③の入院1日の合計120日分の各入院給付金を支払わなければならないが、すでにその支払いを終えている。

(3)申立人は、入院③において、後に発症した糖尿病と先に発症していた脳出血とは因果関係がなく、糖尿病は脳出血から併発した疾病とは言えないと主張するが、「併発」とは、単に時期を同じくして発症するという意味であって、2つの疾病の間に因果関係があるか否かによって判断するものではない。

また、申立人は、入院③はリハビリテーション（機能回復）のためになされたものであり、脳出血の治療のためではないと主張するが、入院③の診断書の「入院の原因となった傷病名」欄には脳出血と記載されており、また麻痺等の機能不全は脳出血を原因とするものであるから、入院③も脳出血を直接の原因とする入院であったことは明らかである。

(4)申立人は、他社の契約において入院給付金が支払われたことを主張するが、約款に基づく支払の可否の決定は、各社ごとの判断によるものであるから、各社の判断に違いが生じることはやむを得ない事態であり、当審査会の判断を左右するものではない。

【事案Ⅲ－6】入院給付金請求

- ・平成21年3月18日 裁定申立受理
- ・平成22年3月3日 裁定打ち切り

＜事案の概要＞

重大事由による解除は納得出来ないとして、入院給付金等の支払いを求めたもの。

＜申立人の主張＞

平成20年6月から10月までの107日間、急性腰痛症で入院し、医療保険（平成19年1月契約、長期入院給付特約、通院特約付）に基づき給付金を請求したところ、「当社を含め6社との契約があり、うち5社（共済含む）との契約については19年1月から2ヵ月以内に集中しており、入院給付金日額も58,000円と著しく高額である。約款規程に基づき契約は解除し（重大事由による解除）、入院給付金等は支払うことができない旨通知してきた。

しかし、下記理由により納得できないので、上記決定を撤回し、上記医療保険加入後の入院（下記参照）・通院分に係る入院給付金、長期入院給付金および通院給付金を支払って欲しい。

(1)当該保険会社以外の保険会社等からは既に給付金の支払を受けている。

(2)③の入院について入院給付金の支払を受けた際には、平成19年の入院給付金支払の情報は、保険会社は分っていたはずであり、その状況で給付金を支払っているのだから、契約時の短期集中についてもこの時点で追求すべきである。

(3)平成16年に左目網膜剥離を患い手術し、その後他生保会社に保険契約を申し込んだが断られた経緯があり、同18年11月に健康診断を受診し健康体として生命保険加入を真剣に考え始めていた。また、当時、加入していた保険契約が次の更新時には保険料支払額が5万円を超える試算のため、安い掛捨ての保険への切替えを考えていた。

以上の理由により、当該医療保険は自分にとって必要な保険である。

＜入院経緯＞

- ①H19/2/2～3/31 急性腰痛症によりA病院に入院
- ②H19/2/23～5/31 急性腰痛症によりA病院に再入院
- ③H20/4/7～4/30 肛門コンジローマによりBクリニックに入院
※当該入院については、当時、請求手続を行い既に給付金は支払済
- ④H20/6/19～10/3 腰痛症によりC病院に入院

＜保険会社の主張＞

以下の点から、申立人の請求には応じることは出来ない。

- (1)申立人は平成19年1月から翌2月までのごく短期間のうちに、当社を含め計5社との間で契約を締結している。また、集中加入時期以前に、既に他生保会社との間で医療保険契約も締結し、切替えを考えていたとのことだが、同契約についても解約等もなされていない。
- (2)申立人はここ1年以上無職とのことだが、毎月4万円超の保険料を支払ってまで、保障内容が重複する保険契

約を締結維持する必要性はおよそ認められず、かかる重複加入によって著しく過大な入院給付金額（日額68,000円）となっていることは明白である。

- (3)申立人の主張する腰椎椎間板ヘルニアによる入院期間中の治療内容としては、主に椎間関節注射、電気又は低周波治療、ホットパックといった所謂保存的治療に過ぎない。また、平成20年7月20日以降、頻繁に外泊を繰り返しており、同年8月初旬にはC病院から退院勧告をされていたにもかかわらず、申立人の強い希望で入院が延びたという経緯がある。以上により、申立人の腰椎椎間板ヘルニアによる入院期間の全てが、本件保険契約の支払事由たる「入院」に該当しない。

<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面および申立人からの事情聴取の内容に基づき審理した結果、下記のとおり、本件事案について事実を認定するためには、厳密な証拠調手続きを経る必要があり、裁判外紛争処理機関である当裁定審査会にかかる証拠調手続きを有しておらず、公正かつ適正な判断を行うためには、本件は裁判所における訴訟による解決が適当であり、当裁定審査会において裁定を行うことは適当でないとして判断し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切ることとした。

- (1)確かに、申立人が平成19年1月および2月の2ヵ月間に集中的に5社の保険（共済）に加入し、入院給付日額が1万円から6万8千円に急増していること、一般的には1日当たり6万8千円の入院給付金は相当高額と言えること、申立人が平成19年1月から1年10ヵ月の間に入退院を繰り返し、その間の入院総日数は約8ヵ月に達すること等の事実から見れば、保険会社の主張（重大事由による解除）も一応の理由があると考えられる。
- (2)しかし、「重大事由による解除」はモラル・リスクに対処するため、民法の信義則等の規定を根拠に契約を解除することが可能なような場合、換言すると、保険契約者等に重大な信頼関係破壊の行為があったことを要件とする規定であると解すべきであるから、入院給付金日額の合計額が「著しく過大」とであると評価できるか、「保険制度の目的に反する状態がもたらされるおそれがある」と言えるかどうかについては、保険（共済）の加入の経緯、当時の保険契約者（申立人）の生活状況（収入、支出等）、財産状態（資産、負債等）、被保険者（申立人）の病状、治療経過、入通院の経緯なども含めて総合的に判断する必要がある。

<参考>「重大事由」について

他の契約との重複により給付金額等の合計額が著しく過大であって、保険制度の目的に反する状況がもたらされる恐れがあるときなど、保険会社の信頼を損ない、保険契約の継続を困難とするような行為を広く「重大事由」と言う。平成22年4月施行の保険法では、契約者や被保険者、受取人が重大事由を発生させたとき、保険契約を解除できる旨の規定が新設されたが、保険会社では、疾病関係特約では昭和62年に、主契約については昭和63年に「重大事由による解除規定」を約款に導入した。

【事案Ⅲ－7】入院給付金請求

- ・平成21年5月11日 裁定申立受理
- ・平成21年10月5日 裁定打ち切り

<事案の概要>

階段踊り場より転落、急性硬膜血腫の傷害により入院・手術し給付金を請求したが、故意または重大な過失による事故として、入院給付金等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20年9月、らせん状の階段2階より1階へ降りる時に、プールからの帰りであり裸眼であったため足元がよく見えず、靴紐を誤って踏んだため躓き、手摺りに掴まろうとしたが、勢い余って転落した。そのことが原因で傷害を負い、急性硬膜血腫により、9月から翌年2月末まで入院し手術を受けた。

そこで、災害入院給付金、手術給付金等を請求したところ、故意または重大な過失により支払われないと保険会社は言うが、下記理由により納得できないので、入院・手術給付金等を支払って欲しい。

- (1)転落した場所は、階段がらせん状になっており、踊り場から下がった瞬間に躓いて、手摺りに捉ろうとしたときに勢い余って転落したもので、偶発的な要素が重なった事故である。
- (2)保険会社は調査の結果、手摺りに上って落ちたようだと判断しているようだが、調査員の話も目撃者がいないということで、調査報告は推測でなされたものであり、保険会社により適切な事実確認がなされていない。
- (3)他からは、調査の結果すぐに支払われている。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人は飲酒のうえ高さ5メートルの位置にある階段中段踊り場の柵に座っていたか、座ろうとして1階フロアに転落したものであり、当該状態に身を置くことは、落下の危険性の高い極めて危険な行為で

あり、著しい不注意すなわち重過失が存在したと言わざるを得ない。したがって、本件事故は、保険約款の免責事由に該当し、当社には支払義務はなく給付金を支払うことは出来ない。

- (1)落下地点は、申立人が倒れていた場所から階段中段踊場と推測され、友人によれば、転落した様子は見ていないが、申立人は踊り場柵に座っていたか、座ろうとして転落したものと思うとのことであった。
- (2)申立人の受傷部位からみて、上記友人証言のとおり申立人は柵に座っていたか、座ろうとして後ろ向きに頭部から転落した可能性が高い
- (3)申立人はコンタクトレンズをはずしていたとの主張であるが、友人によれば、申立人の車で現地へ向かったとのことよりコンタクトレンズをはめていたはずである。

<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が、本件転落について、申立人の重過失の有無の認定をするためには、本件転落の態様を正確に認定する必要があるが、そのためには詳細な現場の状況を確認するほか、友人の供述を確認する必要がある。また、申立人の詳細な傷害の程度を把握し、傷害の程度から推認される転落の態様の検討等も必要と考えられるが、そのためには、医師や専門家の意見を求めることが必要である。

しかし、当審査会は裁判外紛争解決機関であり、現場を検証する手続き、証人を尋問をする手続き、専門家に意見を照会する手続きは存在しない。本件は当審査会が担当するよりも裁判手続きによる解決が妥当とし、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、裁定手続きを打ち切ることとした。

[事案Ⅲ－8] がん入院給付金請求

- ・平成21年6月12日 裁定申立受理
- ・平成22年2月16日 裁定終了

<事案の概要>

ガンで100日以上入院したのに、がん入院給付金が22日分しか支払われないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年3月に大腸ガンの確定診断を受け、同年4月9日～7月21日までの104日間A病院に入院、その間5月2日に低位前方切除術を受けた。

そこで、加入していたがん保険（平成18年10月契約）により、入院給付金等を請求したところ、保険会社は、約款の支払対象となるガンの治療を目的とする入院は4月25日からの5月16日まで（22日間）であるとして、がん入院給付金が22日分（22万円）しか支払われない。下記理由により納得できないので、入院期間の全日数104日分のがん入院給付金を支払って欲しい。

- (1)当該入院の全ての期間において、ガン治療を行っているはずである。
- (2)がん入院給付金の支払対象となる入院は、ガン治療を直接の目的とする入院に限るということは、契約時に説明がなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、既になん入院給付金を支払っている期間以外の入院期間は、約款に定めるがん入院給付金の支払事由に該当せず支払対象にならないため、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)がん入院給付金の支払対象となる入院は、約款規定により「診断確定されたガンの治療を直接の目的とする入院」であり、支払済みの期間（22日間）以外の入院は、約款に定めるがん入院給付金の支払事由に該当しない。
- (2)A病院の主治医に確認したところ、ガン手術前は術前の血糖値コントロールを目的として、手術後はインシュリン治療等を目的として入院したものであり、ガンに対する治療期間は「4月25日から5月16日まで」である旨の回答を得ている。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、下記理由により本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)本件がん保険普通保険約款（注）によると、入院理由となった疾病、傷害名は問わず、その入院期間中にがんの治療を直接の目的とする入院期間（即ちがんの治療を直接の目的とする治療を行った期間であり、他の疾病の治療を同時に行なうか否かは問わない）については入院給付金を支払うと規定されている。

(注) 本件がん保険約款第〇条1項には、がん入院給付金の支払事由として「①がん給付の責任開始期以後に初めて診断確定されたがんの治療を直接の目的とする入院」とし、支払額を「入院給付金日額にがんの治療を直接の目的としたがん給付の責任開始期以後の保険期間中の入院日数を乗じた金額」と規定されている。

そして、同条2項は、「(1)第1項に規定するがん入院給付金の支払事由に該当する入院中に、がん以外の疾病または傷害の治療を開始し入院を継続した場合で、そのがん以外の疾病または傷害の治療を開始した日以降の入院日数のうち、がんの治療を目的とした入院と会社が認めた入院日数」「(2)がん以外の疾病または傷害による入院中にがんと診断確定された場合で、そのがんの診断確定日以前の入院日数のうち、がんの治療を目的とした入院と会社が認めた入院日数」については、がんの治療を直接の目的とした入院日数に含めて入院給付金を支払う旨規定されている。

(2)申立人は104日間入院をしているが、大腸ガン以外にも糖尿病、慢性腎不全の疾病が存在し、診断書によれば「糖尿病、慢性腎不全、インシュリン導入、浮腫、高血圧管理」の治療を行っており、主治医の回答書によれば、ガンに対する治療期間としては「平成20年4月25日から平成20年5月16日まで」としている。

以上の証拠に基づくならば、「がんの治療を直接の目的とする入院期間」は上記の22日のみであると認められ、提出された証拠から保険会社の認定を覆すに足りる証拠はない。

(3)申立人は「ガンの治療を直接の治療を目的とする入院日数のみ入院給付金が支払われる」という説明は受けておらず、説明義務違反である旨主張するが、ご契約のしおり等には入院給付金の説明において入院給付金の備考欄に「*2がんの治療を目的とした入院日数が対象となります」と記載されており、入院期間のうち、ガンの治療期間のみが給付金の支払対象となることは、一見すれば明らかである。

【事案Ⅲ－9】入院給付金請求

- ・平成21年6月24日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

＜事案の概要＞

自動車運転中の事故で入院した入院日数の一部しか入院給付金が支払われないため、全日数分の入院給付金の支払いを求めたもの。

＜申立人の主張＞

平成20年8月、自動車を運転中の事故によって傷害を負い、複数の病院に計98日間（平成20年8月11日～同年11月17日）入院したので、医療保険（同20年1月加入）にもとづいて入院給付金等を請求したところ、同社の顧問医師の判断によるとして9日分（平成20年8月11日～同月19日）の入院給付金しか支払われないとの一方的な通知を受けた。

入院期間が長くなったのは、担当医師が入院の必要性を認めたからであり納得出来ない。また、現在も通院継続中であり、通院給付金の請求も正当であるので、残りの入院期間分の入院給付金と、退院後の通院給付金を支払って欲しい。

＜保険会社の主張＞

- (1)申立契約の疾病（災害）入院給付金支払事由に該当する「入院」とは、「医師による治療が必要であり、かつ自宅等での治療が困難なため、別表に定める病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること」をいうが、申立人が請求している入院期間中の入院は、この要件に該当しない。
- (2)申立人の当該事故による傷害の治療は、8月19日の退院をもって既に終了しており、11月17日からの通院は、「入院の直接の原因となった不慮の事故による傷害の治療を直接の目的とする通院」とは到底認められないので、災害通院給付金の給付事由を満たさない。
- (3)また申立人は、椎間板ヘルニアの診断を受けて入院しているが、椎間板ヘルニア自体は入院加療の必要性がないものであるため、疾病通院給付金の給付事由も満たさない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等にもとづき審理した結果、下記理由により、申立人の主張を認めることは出来ず、生命保険相談所規程第44条により、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)入院給付金の支払要件である「医師による治療が必要であり、自宅等での治療が困難なため、別表に定める病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること」の判断にあたっては、当該入院に必要性と相当性が存在しなければならない。入院給付金支払対象外とされた入院期間における、A外科医院における入院（8月19日～10月23日まで）と、B病院における入院（10月23日～11月17日）の入院給付金支払いの必要性、相当性を検討すると、下記のとおり、いずれも入院の必要性と相当性を欠くものと言わざるを得ない。
 - ①「A外科医院における入院」…担当医師の回答書によっても、「申立人の希望」による入院であることが明らかで、その治療内容もリハビリ及びビタミン剤、代謝賦活剤、筋弛緩剤などの点滴などであって、申立人

の状態が「入院をして医師の管理下において治療に専念することが必要であった」とは、通常考えられない。同病院における入院の理由について、担当医師は「歩行器を使用のため、通院はできない。」と述べるが、歩行器を使用しているからと言って、通院ができないということも通常考えられない。

②「B病院における入院」…主治医が、通院で治療可能であり、本人の希望による入院であったと述べ、その治療内容もリハビリ、神経ブロック注射のみであることから、同様に、入院給付金の対象となる入院とは判断できない。

(2)なお、申立人は、通院給付金（疾病・災害の特定なし）の請求もしているが、その具体的な内容・根拠が明らかでなく、これを認めることはできない。

【事案Ⅲ－10】入院給付金等請求

- ・平成21年7月31日 裁定申立受理
- ・平成21年12月21日 裁定終了

＜事案の概要＞

入院給付金等の請求に際し、個人情報保護法を根拠として事実確認を実施することなく、給付金の支払い等を求めたもの。

＜申立人の主張＞

平成18年8月に糖尿病の疑いで2週間ほど入院、加入していた契約①（契約日16年4月の医療保険、17年4月に通院給付特約付加）と、契約②（契約日17年4月の医療保険）にもとづき、給付金を請求したところ、契約①の通院給付金および契約②の入院給付金、通院給付金については、契約前発病の可能性があるとして事実確認の必要性について保険会社より説明があり、同事実確認を拒否したところ、約款規定を根拠に各給付金が支払われない。しかし、同約款規定は、裏を返せば「正当な理由」がある場合には、契約者等が保険業者による個人情報にまで踏み込んだ調査を拒むことが出来ることを保証するものであり、下記のような正当な理由により調査を拒んでいるものであり、保険会社は事実確認をせずに、上記給付金に法定利息を付け支払って欲しい。

- (1)個人情報保護法第18条（取得に際しての利用目的の通知等）は、個人情報取扱事業者が本人の個人情報を取得する際には「あらかじめ、本人に対し、その利用目的を明示しなければならない」と定めているが、いまだに保険会社から、調査の対象とする個人情報の種類、内容、利用目的を書面にて直接、知らされていない。
- (2)契約締結時に約款に代わる「団体保険ガイドブック」しか提供されておらず、そこには、告知義務事項として4項目しか記載されておらず、約款に記述されている内容の告知は契約時に周知されていない。
- (3)個人情報保護法第15条（利用目的の特定）は、事業者が個人情報を取り扱うに当たって、利用目的を出来るだけ特定するように定めている。本件において、保険会社は情報を収集・利用する目的において、「保険金・給付金の支払い」を掲げているが、今回の調査は「給付金の不支払の正当化」と言わざるを得ず、同保護法が定める「利用目的を出来るだけ特定する」という要件を満たさない。

なお、保険会社との交渉過程において、保険料の支払いを一時的に停止したため、契約①、契約②とも失効してしまった。保険料支払いを停止した行為は、民法第533条の「同時履行の抗弁権」を行使するものであり、契約①、契約②を継続して欲しい。

＜保険会社の主張＞

給付金・利息の支払いおよび契約の継続（復活）のいずれの請求とも、下記のとおり応ずることは出来ない。

(1)給付金・利息の支払い請求について

申立人は、給付金を支払わない理由について、当社から書面での通知がなされていないと主張しているが、顧問弁護士および担当者より、4度に渡って「給付金の支払われていない理由」、「事実の確認調査の内容」について説明した通知文書を送っており、申立人が拒否している事実確認の結果を確認しない限り、支払可否の決定が出来ず、また事実確認を行わずに給付金を支払う正当な理由は存在しないため、支払いに応ずることは出来ない。

(2)契約の継続（復活）について

申立人の主張する「同時履行の抗弁権」が該当する事例ではなく、契約①、②とも、申立人の保険料の未入金により失効しており、正規の復活手続きによるもの以外は、認められない。

＜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類等にもとづき審理を行い、給付金・利息の支払い請求および契約の継続（復活）について審理した結果、下記のとおりいずれについても申立てを認める理由がないことから、生命保険相談所規程第44条により裁定書に理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)給付金・利息の支払い請求について

事実確認をせずに、給付金等を支払って欲しいとする申立人の請求が認められるか否かは、保険会社から求められた医療機関に対する照会の同意を拒否している行為が「正当な事由」によるものか否かに掛ってくることから、この点について審理した結果、下記のとおり、申立人は医療機関に対する照会の同意を「正当な事由」によらずに拒否していると解さざるを得ない。

- ①申立人は申立契約の締結時に約款を交付されておらず、上記約款条項（事実の確認に際し、契約者、被保険者、給付金の受取人が、会社からの事実の照会について正当な事由がなく回答または同意を拒んだときは、その回答または同意を得て事実の確認が終わるまで給付金を支払いません）について説明されていないと主張するが、生命保険契約はいわゆる「附合契約」であるから、保険契約者は同条項の存在について具体的に認識していなくても、同条項に拘束されることになる。
- ②申立人は、「各種ご請求にあたっての重要事項説明書」には、「情報を収集・利用する目的」として「給付金等のお支払い」と記載されているだけであるから、「給付金の不払い」は特定された目的外の情報収集であると主張するが、上記記載は給付金等の支払いの可否について判断するための情報の収集・利用であり、情報収集（調査）をしなければ支払事由の存否は判断できない。
- ③個人情報保護法は個人情報取扱事業者が取得した個人情報の取り扱いを規制するものであり、情報の収集それ自体を規制するものではなく、照会の同意の拒否を正当化する根拠とできる法律ではない。なお、同法17条は、個人情報取扱事業者が個人情報を取得する際の義務を定めたものであるが、同条が禁止しているのは「不正の手段」による個人情報の取得であり、そうならないように保険会社は医療機関に対する照会について申立人の同意を求めている。

(2)契約の継続（復活）について

申立人が行使を主張する「同時履行の抗弁権」は、保険会社の債務（給付金支払債務）が弁済期にないときは行使できないため、保険会社の給付金支払債務の弁済期は、申立人が保険会社からの事案の照会（医療機関に対する照会）について正当な事由なく同意を拒んだときは、その同意を得て事実の確認が終わるまでは到来しないから、同時履行の抗弁権は成立しない。

[事案Ⅲ－11] 契約解除取消・入院給付金請求

- ・平成21年8月3日 裁定申立受理
- ・平成22年3月25日 和解成立

<事案の概要>

子宮筋腫についての不告知による告知義務違反で特約が解除され、入院給付金等が支払われないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成19年1月に子宮筋腫で入院・手術し、入院特約等（同18年1月1日契約）にもとづき入院給付金、手術給付金等を請求したところ、「17年11月のAクリニック受診時に、子宮筋腫と診断されていた」ことにつき告知がなかったとして、告知義務違反により入院特約等が解除され、入院給付金等が支払われない。

しかし、下記理由により納得出来ないため、告知義務違反により特約解除を撤回し、入院給付金、手術給付金等を支払って欲しい。

- ①17年11月のAクリニックでは健康診断しか受けておらず、結果は所見他「異常なし」となっている。また、健康診断の検査項目には「子宮筋腫」は含まれていない。
- ②Aクリニックの診療科目には婦人科外来はなく、加入している健康保険にもAクリニックを受診したという記録はない。
- ③Aクリニックでの健康診断を保険加入の診査として受けるように指示したのは保険会社であり、その結果は保険会社に提出している。

<保険会社の主張>

裁定申立ての趣旨を確認するため請求当時の査定資料を調べたが、子宮筋腫における告知義務違反はなかったとの事実は確認できなかった。そのため、子宮筋腫の告知義務違反を原因とする特約解除の撤回の申出に応ずることは出来ない。しかし、再査定の結果、請求の診断書より「両側卵巢腫瘍摘出術」等の記載については、「卵巢腫瘍」は契約前には認められないため、卵巢腫瘍に関する給付金については契約後判明の疾患として支払可能と判断する。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人からの申立てを受け、保険会社に対し答弁を求めたところ、保険会社から上記を内容とする答弁書が提出された。申立人に同答弁書を提示したところ、答弁書の内容を受け入れる旨同意が得られたため、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

[事案Ⅲ-12] 手術給付金請求

- ・平成21年8月25日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

手術を受け手術給付金を請求したが、適用された手術の倍率が低く、支払われた給付金が少ないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成21年1月に膀胱癌治療の目的で「経尿道的膀胱腫瘍切除術」の手術を受けた。そこで、入院特約（平成14年契約）にもとづいて手術給付金を請求したところ、約款特約条項（入院特約）別表「手術給付倍率表」の「手術番号82. その他の悪性新生物（給付倍率30倍）」に該当するとして、手術給付金15万円の支払いを受けた。

しかし、今回の「経尿道的膀胱腫瘍切除術」は、悪性新生物罹患後に初めて受ける手術で、悪性腫瘍を切除するのが目的の手術であり腫瘍は摘出されているのだから「根治術」と理解しているので、「手術番号80. 悪性新生物（給付倍率50倍）」に該当する手術である。手術給付金は25万円が正当であり、差額10万円を追加して支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)約款に規定する「悪性新生物根治手術」とは、悪性新生物（癌および肉腫等）の原発巣に対して、その周辺の組織とともに広範囲に切除・摘除・摘出・剔出（てきしゅつ）しあるいはリンパ節郭清を合わせ行われるといった手術とし、その手術により再発防止までが客観的な確実性をもってもたらされる根治的手術に適用するものであり、「膀胱癌」では根治的膀胱全摘除術のように、腫瘍をその周辺の組織とともに広範囲に切除し、関係するリンパ節も切除する手術に適用されるものである。
- (2)申立人が請求された「経尿道的膀胱腫瘍切除術」は、尿道口から専用の内視鏡を膀胱まで挿入し、膀胱内に発生した腫瘍を電気切除機器で取り除くものであって、膀胱周辺組織を広範囲に切除等行ったものではない。また、多発性の癌や「経尿道的膀胱腫瘍切除術」後の残存癌、膀胱内再発の可能性が高い癌などの場合に行われる「膀胱内注入療法（BCG注入）」が手術後になされていることから、「根治手術」には当たらないと認められるため、手術給付金15万円の根拠として「手術番号82. その他の悪性新生物手術」（給付倍率30倍）を適用した当社の判断は正当である。

<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、下記により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)申立人が手術を受けた「経尿道的膀胱腫瘍切除術」とは、内視鏡を用いて尿道経路で膀胱内の腫瘍を切除する術式であるが、本件では、多発性腫瘍で多くの癌切除が行なわれ、浅筋層まで切除されている。しかしながら、この手術が－申立人が主張するように－手術番号80「悪性新生物根治術」に当たると見ることは困難である。
- (2)医学的には一般に、「悪性新生物根治術」とは、膀胱癌について言えば、開腹による膀胱の全摘、骨盤内のリンパ節郭清、さらに男性では前立腺なども摘出するような手術を意味すると理解されている。約款の解釈に当たっても、これと別な意味に解さなければならない理由は見出せない。そうすると、膀胱内の腫瘍だけを摘出した「経尿道的膀胱腫瘍切除術」は手術番号80「悪性新生物根治術」には該当しないと言わざるを得ない。したがって、申立人が受けた上記「経尿道的膀胱腫瘍切除術」は、手術番号82「その他の悪性新生物手術」（給付倍率30倍）に該当することになる。

〔事案Ⅲ－13〕 入院給付金等請求

- ・平成21年8月26日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

左乳癌による給付金請求をしたが、約款に定める「責任開始期以後に発病した疾病を直接の原因とする」入院、手術とは認められず支払われなかったことを不服として申立があったもの。

<申立人の主張>

生命保険協会の「保険金等の支払を適切に行うための対応に関するガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)によれば、「責任開始前に、受療歴、症状、検査異常がなく(客観的要件)、かつ被保険者に身体に生じた異常についての自覚又は認識がないことが明らか(主観的要件)な場合には保険金の支払となる」ので、給付金を不支払いとするには、上記客観的要件と主観的要件をともに満たす必要がある。

責任開始期は、平成20年9月19日であるが、それ以前には医師から検査異常の指摘は受けていないので、不支払いの客観的な要件を充たしていない。また、その時点で申立人に自覚症状がなく、主観的な要件も充たしていない。乳癌の診断確定日は、責任開始期以後の平成20年9月22日であるので、疾病入院給付金及び手術給付金の支払いを求める。

<保険会社の主張>

クリニックの診療証明書には、「平成20年9月11日の初診時に、左乳房内に1cm超の腫瘤を触知され、US(超音波検査)12.6×7.7mm大の石灰化を伴う腫瘤で、細胞診を施行した」とあり、申立人には責任開始前に客観的(医学的)に入院・手術の原因となる疾病があったと解される。よって、申立人の入院・手術は、約款の「責任開始期以後に発病した疾病を直接の原因とする入院・手術」には当たらない。

また、クリニックの診療証明書には、「平成20年8月下旬頃、左乳房のしこりに気付き」との記載があり、ガイドラインの「被保険者に異常(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」には該当しない。ガイドラインの客観的条件と主観的条件のいずれかを満たさない場合には、給付金が支払えないと解釈すべきである。

<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、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)申立契約の責任開始期が平成20年9月19日であることは、当事者において争いがない。本件においては申立人の入院、手術の原因となった疾病(乳癌)が、約款上の「責任開始期以後に発病した疾病を直接の原因とするもの」であるか否かが問題となる。

(2)申立人も約款の解釈の根拠とするガイドラインの「(2)契約(責任開始)前事故・発病 イ. 契約(責任開始)前事故・発病ルール」の「①成立要件」の項目には、「主観的要件はなく、客観的に責任開始前に高度障害や入院の原因となった疾病や、不慮の事故等があれば契約(責任開始)前事故・発病ルールにより支払対象外となる。」と記載されている。

これを前提とし、「ロ. 契約(責任開始)前発病の考え方」の項目において、「・・・入院給付金についても、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)前に受療歴や症状、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する」との記載がある。(以下、このロ.の規定を「例外規定」という。)

(3)本件においては、平成21年3月1日付のクリニックの診療証明書(診断書)には、平成20年9月11日の時点で、「左乳房内側に1cm超の腫瘤を触知した。US(超音波検査)上12.6×7.7mm大の石灰化を伴うmass(腫瘤)で、細胞診を施行した。」とあり、その時点で(医学的に)入院の原因となる疾病があったことは明らかである。よって、責任開始期である平成20年9月19日には、乳癌が存在していたと判断できる。

さらに、クリニックの診断書には、「2008年8月下旬頃、左乳房のしこりに気付き」との記載があるから、申立人は、責任開始期前に、乳房内の疾病(それがその時点で癌であるかは確定的にわからなかったとしても)の症状についての自覚があったと判断でき、ガイドラインの例外規定のうち「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」にも、該当しない。申立人は、平成20年9月11日にクリニックを受診したのは、ピンクリボンキャンペーン期間であったことから異常(症状)について自覚がなかったと主張するが、この主張は上記診断書の内容に反するものである。

仮に平成20年9月11日より前に申立人が異常(症状)について自覚がなかったとしても、同日乳房内の腫瘤と

いう症状が存在し、それについて検査（超音波及び細胞診）を受けたことは間違いないので、いずれにしても、ガイドラインの例外規定のうち「契約（責任開始）前の疾病について症状がない」に該当しない。

よって、申立人の入院は、約款記載の疾病入院給付金の給付対象となる「責任開始期以後に発病した疾病を直接の原因とする入院である」とは言えず、疾病入院給付金を支払わないとする保険会社の対応は相当である。同様に、申立人の受けた手術は、約款記載の「責任開始期以後に生じた疾病を直接の原因とする手術」にはあたらず、手術給付金を支払わないとする保険会社の対応も相当である。

- (4)なお、申立人は「責任開始前に、受療歴、症状、検査異常がなく（客観的要件）、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についての自覚又は認識がないことが明らか（主観的要件）な場合には保険金の支払となるので、給付金を不支払いとするには、客観的要件と主観的要件をともに満たす必要がある」との前提に基づく主張をするが、これは、ガイドラインの文理解釈を誤るものである。

例外規定に基づく給付金の支払いをするためには、例外規定の客観的要件と主観的要件をともに満たさねばならず、どちらかが欠けた場合には、原則に戻って不支払いとするというのが、ガイドラインの合理的な文理解釈である。

[事案Ⅲ-14] 手術給付金請求

・平成21年8月26日 裁定申立受理

・平成22年2月15日 裁定終了

*本事案は、事案Ⅲ-15、同Ⅲ-16と同じ申立人からの、3社に対する、同一の手術に係る手術給付金の支払いを求める申立てである。

<事案の概要>

肝細胞がんの治療として受けた経皮的エタノール注入療法（以下、「エタノール注入療法」）に対し、手術給付金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年に肝細胞がんと診断され、同年11月と翌年9月に入院し、計6回のエタノール注入療法を受け、疾病入院特約に基づく手術給付金の支払を求めたが、保険会社は、約款に定める「手術」にはあたらないとの理由で支払われない。下記により納得出来ないため、手術給付金を支払うべきである。

- (1)エタノール注入療法は、検査やとりあえずの処置ではなく、癌治療を直接の目的とした治療法であり、約款上の「手術」にあたる。
- (2)エタノール注入療法を手術であると認め、手術給付金を支払った他の保険会社があり、その会社の約款と当該保険会社の約款は、文言が同一である。保険会社間で、約款の解釈が分かると契約者は著しく損失を被るのであり、当該会社も手術給付金を支払うべきである。

<保険会社の主張>

下記理由により、手術給付金の支払請求に応ずることはできない。

- (1)約款には、「治療を直接の目的として、器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることを言い、別表の手術番号1～88を指します。吸引、穿刺などの処置および神経ブロックは除きます」と「手術」を規定している。
- (2)「エタノール注入療法」とは、穿刺針を使用し、経皮的に癌細胞に対して直接、エタノールを注入し癌細胞の死滅を図る治療方法であり、穿刺などの「処置」に該当することは明らかであり、約款規定の「手術給付金の支払」事由に該当しない。
- (3)本件手術給付金の支払可否の判断に、他の保険会社と締結している他の保険契約に関する給付金の支払有無は、何ら影響するものではない。

<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た結果、下記理由により、本件申立てを認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、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)国立がんセンターがん対策情報センターホームページ「がん情報サービス」には、「経皮的エタノール注入療法とは、無水エタノール、すなわち純アルコールを肝がんの部分へ注射して、アルコールの化学作用により、がん組織を死滅させる治療法です。超音波検査でがんの正確な場所にねらいをつけて針を刺し、エタノールを注入します。」との記載があり、「外科的治療」とは異なる区分の「穿刺療法」に区分されている。したがって、同注入療法は、約款に定める「器具を用い、生体に切断、摘除など操作を加えること」には該当しないもので

あると判断できる。

また、社会保険の診療報酬点数表上も、エタノール注入療法は、「手術」ではなく「処置」に分類されており、本件治療が、約款規定の「手術」に該当しないと判断した保険会社の対応は相当である。

- (2)保険会社が給付金支払に際し、独自の判断で、約款の文言から通常導かれる解釈を超えて、給付金請求者に有利な解釈をして、給付金を支払うことは、運用上ありうることだが、その事実が他社の約款解釈や給付金支払の運用方法に何らかの法的拘束力を及ぼすものではない。

[事案Ⅲ－15] 手術給付金請求

- ・平成21年8月26日 裁定申立受理
- ・平成22年2月15日 裁定終了

*本事案は、事案Ⅲ－14、同Ⅲ－16と同じ申立人からの、3社に対する、同一の手術に係る手術給付金の支払いを求める申立てである。

<事案の概要>

肝細胞がんの治療として受けた経皮的エタノール注入療法（以下、「エタノール注入療法」）に対し、手術給付金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年に肝細胞がんと診断され、同年11月と翌年9月に入院し、計6回のエタノール注入療法を受け、平成15年加入のがん保険に基づき手術給付金の支払いを求めたが、保険会社は、約款に定める「手術」には当たらないとの理由で支払われない。下記により納得出来ないので、手術給付金を支払うべきである。

- (1)エタノール注入療法は、検査やとりあえずの処置ではなく、癌治療を直接の目的とした治療法であり、約款上の「手術」にあたる。
- (2)エタノール注入療法を手術であると認め、手術給付金を支払った他の保険会社があり、その会社の約款と相手方保険会社の約款は、文言が同一である。保険会社間で、約款の解釈が分かると契約者は著しく損失を被るのであり、相手方会社も手術給付金を支払うべきである。

<保険会社の主張>

下記理由により、手術給付金の支払請求に応ずることはできない。

- (1)エタノール局所注入療法は、「エコーで観察しながら細長い針を用いて腫瘍あるいは腫瘍血管を穿刺してエタノールを注入しエタノールがタンパク成分を凝固させる特性を利用して腫瘍を壊死させる方法」で、医科点数表においても、手術（Kコード）でなく処置（Jコード）に分類されている。
- (2)約款では「手術とは、治療を直接の目的として器機、器具を用いて、生体に切開、切断、結紮、摘除、郭清、縫合などの操作を加えることをいい、穿刺及び神経ブロックは除く」としており、穿刺が除かれることは明確である。

<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、本件申立てを認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、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。

（*裁定理由は事案Ⅲ－14と同じ）

[事案Ⅲ－16] 手術給付金請求

- ・平成21年8月26日 裁定申立受理
- ・平成22年2月15日 裁定終了

*本事案は、事案Ⅲ－14、同Ⅲ－15と同じ申立人からの、3社に対する、同一の手術に係る手術給付金の支払いを求める申立てである。

<事案の概要>

肝細胞がんの治療として受けた経皮的エタノール注入療法（以下、「エタノール注入療法」）に対し、手術給付金の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年に肝細胞がんと診断され、同年11月と翌年9月に入院し、計6回のエタノール注入療法を受け、平成10年加入の疾病入院特約に基づき手術給付金の支払いを求めたが、約款に定める「手術」には当たらないとの理由で支払われない。下記により納得出来ないので、手術給付金を支払うべきである。

- (1)エタノール注入療法は、検査やとりあえずの処置ではなく、癌治療を直接の目的とした治療法であり、約款上の「手術」にあたる。
- (2)エタノール注入療法を手術であると認め、手術給付金を支払った他の保険会社があり、その会社の約款と相手方保険会社の約款は、文言が同一である。保険会社間で、約款の解釈が分かると契約者は著しく損失を被るのであり、相手方会社も手術給付金を支払うべきである。

<保険会社の主張>

下記理由により、手術給付金の支払請求に応ずることはできない。

- (1)疾病入院特約約款別表には、「手術」とは、「治療を直接の目的として、器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることをいい、吸引、穿刺などの処置及び神経ブロックは除く」ものであり、申立人が請求の対象としているエタノールの局所注入は、「手術」には該当せず、別表で除外している「穿刺などの処置」に該当するものである。
- (2)エタノール注入療法は、社会保険の診療報酬点数上も「手術」ではなく、「処置」に分類されている。
- (3)他社で約款の適用を申立人に有利に拡大解釈することは、約款規定そのものに基づくものではなく、約款をどのように運用するかは各社の判断に委ねられているから、他社が支払ったとしても、手術給付金を支払わなければならない理由とはならない。
- (4)本件治療が「検査」や「とりあえずの処置」であることを理由として、支払対象外としたわけではなく、約款上の「手術」に該当しないため、支払対象外とした。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容にもとづき審理した結果、本件申立てを認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、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。

(※裁定理由は事案Ⅲ-14と同じ)

[事案Ⅲ-17] 障害給付金等請求

- ・平成21年9月25日 裁定申立受理
- ・平成21年12月21日 裁定終了

<事案の概要>

転落事故により、障害給付金、災害入院・手術給付金の支払いおよび保険料払込免除の適用を請求したところ、免責事由（故意または重大な過失）に該当するため対象外となっ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18年6月、風に飛ばされた重要書類を拾おうとして立体駐車場4階から転落し、右脛骨高原骨折、両足部開放骨折等の傷害を負い、6月初旬から60日以上入院し、左下腿切断術等7回の手術を受け、左下腿欠損等の後遺症が残る障害状態となった。

そこで終身保険（傷害特約付）、医療保険にもとづき、障害給付金、災害入院・手術給付金の支払いと保険料払込免除の適用を請求したところ、保険会社は約款規定の免責事由（故意または重大な過失）に該当するという理由で、各給付金の支払いおよび保険料払込免除の適用がなされない。

今回の事故は、下記の理由により、偶然に発生した事故であり、保険会社の判断は納得できないので、各給付金を支払うとともに保険料払込免除規定を適用し受傷日以降に払い込んだ保険料を返してほしい。

- (1)転落事故に関する一連の行動については予め認識し得ない偶発的な外来の事故のため、不慮の転落事故に該当するものである。
- (2)一番外側の防護ネットは建物の端から端まで取り付けられているものと認識していたので、内側の防護柵に挟まり身体を入れ替えても危険だという意識はなく、著しく注意を欠いたことにはならないものであり、「故意または重大な過失」には該当しない。

<保険会社の主張>

下記のとおり、本件転落事故は約款に規定する免責事由「故意または重大な過失」によるものであることから、給付金の支払いを適用することはできない。

- (1)事故現場の状況については、車止めのコンクリートブロックの1m後ろに、高さ120cmのフェンスが駐車場外側一面に渡って設置されており、フェンスの端部には落下防止のため、高さ135cm幅75cmの鉄製網が天井まで取り付けられている。加えて、120cmフェンスの後ろには、高さ70cmの鉄骨製の防護柵が設置され、更にその外側には、幅95cmのネットが天井まで取り付けられている。

- (2)上記の状況から、誤っての落下ないし乗り越えることは考えられず、仮に何らかの理由で乗り越えてしまった場合でも、駐車場端部分にネットが取り付けられていないことは当然に認識できたはずである。
- (3)転落箇所まで辿り着くには、内側の120cmのフェンスを乗り越え、外側防護柵を数歩伝わらなければならない構造になっていることから、申立人の行為は、相当な注意をなすまでもなく容易に今般の結果を予見した上での行為である。

<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、本件事故が被保険者である申立人の「故意または重大な過失」により発生したものであるか否かについて審理した。その結果、下記の状況を鑑みると、少なくとも申立人の「重大な過失」により発生したものと判断し、申立てを認めることが出来ないことから、生命保険相談所規程第44条により、裁定書に理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

- (1)申立人が転落した立体駐車場は、外側一面にわたり高さ120センチのフェンスが設置されており、フェンスの端部には高さ135センチ・幅75センチの鉄製網が天井まで取り付けられている。さらに、フェンスから45センチ外側には、高さ70センチの鉄骨製の防護柵が設置され、さらにその外側には幅95センチの防護ネットが天井まで取り付けられている。
- (2)立体駐車場の端部分には上記防護ネットが取り付けられていない幅1メートル程の空間があり、申立人は、風に飛ばされた重要書類を拾おうとして、上記鉄製網につかまり、上記フェンスを乗り越えて何歩か移動したところ、足を滑らせて防護ネットが取り付けられていない上記空間から転落したと主張するが、上記のような転落現場の状況から見ると、本件事故は少なくとも被保険者（申立人）の「重大な過失」(通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかの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)により発生したものと判断する。申立人は、上記フェンスを乗り越えて何歩か移動したところ、足を滑らせて防護ネットが取り付けられていない上記空間から転落したと主張するが、上記のような転落現場の状況から見ると、本件事故は少なくとも被保険者（申立人）の「重大な過失」(通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかの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)により発生したものと判断する。

Ⅳ.その他

〔事案Ⅳ－１〕 解約取消・給付金請求

- ・平成20年6月30日 裁定申立受理
- ・平成21年12月15日 裁定不調

<事案の概要>

入院給付金等は妻が受領し権利者である被保険者（申立人）が受け取っていないし、また解約手続きも、妻が契約者（申立人）に無断でしたものなので、入院給付金等を支払い、保険契約を元に戻して欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

- (1)脳出血により、平成9年3月～5月までA病院に40日間入院し、入院初日に右開頭血腫除去術の手術を受けた。その後、同年5月～6月までB病院に7日間、同年6月～翌年10月までC病院に474日間、さらに平成11年2月から翌年5月までDセンターに連続して入院した。そこで、平成4年加入の保険契約にもとづいて、全入院期間の入院日数の入院給付金と手術給付金を請求したところ、保険会社は、保険約款上同一の疾病については入院給付金の支払いは120日を限度とするが、この入院給付金および手術給付金（合計額金80万円）は、平成9年9月に申立人名義の口座に支払われていることを理由に支払いを拒絶された。しかし、同給付金は妻が、請求権者である自分に無断で手続きし受領したものであり、自分は受け取っておらず支払いは無効である。また、給付金以外にも、平成13年1月に積立配当金が妻に支払われているが、これについても妻が無断で請求、受領したものであるから無効である。
- (2)さらに、本件保険契約は、平成14年10月に解約手続きがなされ、同年11月に解約返戻金が支払われているが、この解約手続きも妻が無断で行ったものであり、解約返戻金も妻が受領した。契約者である自分が知らない解約は無効である。

<保険会社の主張>

- (1)本件の入院は、いずれも脳出血を入院の原因とする連続した入院であることから、約款規定により1回の入院とみなし、本件入院給付金を請求いただいた平成9年9月時点で入院日数は120日を超過しており限度額である120日分の入院給付金60万円を、手術給付金20万円とともに同年9月に支払った。本件入院給付金の請求手続き（郵送による）については、以下の点から正当権利者からの請求であると判断できることから、有効な手続きと考える。
 - ・契約者と被保険者が同一人（申立人）であり、かつ当社に登録された申立人住所へ請求書を郵送している
 - ・申立契約の保険証券の提出があった
 - ・入院給付金送金の指定口座が申立人本人名義である
- (2)本件解約請求手続き（郵送による）については、以下の点から、正当権利者からの請求であると判断できることから、有効な手続きと考える。
 - ・当社に登録された申立人住所へ請求書を郵送していること
 - ・申立契約の保険証券の提出があったこと
 - ・解約請求書に押印された印鑑と、保険証券の契約者印が同一印であること
 - ・解約返戻金送金の指定口座が契約者（申立人）本人名義であることまた、本件解約手続きは申立人の配偶者であり、平成11年の保険料払込み方法変更以降、実質的に保険料を負担していた配偶者が、保険料の支払いが困難となり、申立人の同意を得たうえで行われたものであることを確認した。

<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ていたところ、保険会社から和解案（解約の取消し、未払込保険料の払込み等）の提案があった。

審査会では、同和解案について審理した結果、同案は妥当なものであると判断し、裁定書による和解案の受諾勧告を行ったが、申立人から和解案を受諾しないとの回答があったため、生命保険相談所規程第45条第2項にもとづき、裁定不調により裁定手続きを終了することとした。

【事案Ⅳ－２】年金請求

- ・平成21年2月24日 裁定申立受理
- ・平成22年2月16日 裁定終了

<事案の概要>

財形年金保険について、保険料払込終了時点における予定利率にもとづいた年金額を支払って欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和58年に財形年金積立保険（保険料10年払込み、5年据置き・60歳年金受取開始）に加入、平成5年に保険料払込みが完了し、同10年から年金支払いが開始され、それ以降毎年年金（約32万円）を受け取っている。しかし、同保険は契約締結時には予定利率が年5.5%であったが、平成6年に4.5%に、同8年に2.5%に変更されたため、年金額は、保険料積立期間終了通知（平成5年）記載の42万円の予定であったものが約32万円に減額されてしまった。

下記理由により納得出来ないので、上記積立期間終了通知記載の年金額（約42万円）を支払って欲しい。

- (1)本来保険契約の予定利率は変更できないものである。現行保険業法では限られた場合に内閣総理大臣の承認を得て変更できることとなったが（保険業法240条の2）、この改正は平成15年であり、本件契約の予定利率の変更時点ではこれが許されていなかった。しかも、現行法によっても変更の限度は3%であり（同法240条の4第2項、同法施行令）、この点でも本件変更は許されないものである。
- (2)年金支払額変更については、保険料払込期間中（勤労者財産形成促進法施行令13条の4）および年金支払日開始日以後（同令13条の4第3項）に限られているのであり、払込期間満了後、支払開始までの間の据置期間には年金額の変更が出来ないのであるから、保険会社の措置は許されないものである。

<参考>財形年金積立保険

財形年金積立保険は、税制上優遇された積立年金で、払込保険料累計385万円（財形住宅貯蓄積立保険と通算で550万円）までは、利子などの差益が非課税となり、さらに年金受取開始後に受け取る年金も非課税になります。年金受け取り以外の目的で引き出す場合は解約となり課税対象となる。

<保険会社の主張>

以下の点から、申立人に支払っている年金額は正当な金額であり、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1)財形年金積立保険は、勤労者財産形成促進法に基づき販売する極めて貯蓄性の高い商品であり、予定利率について長期にわたり変更不可となれば、市場金利の動向によっては保険会社経営に重大な影響を及ぼしかねないことから、保険約款に明記されているように「事情の変更」に際して、予定利率等の計算基礎を主務官庁の承認を得て、変更できる商品となっており、年金額については年金支払開始時における予定利率に基づき確定される。
- (2)申立人の契約時においては年5.5%であったが、その後、運用環境の悪化により平成6年1月と同8年4月の二度にわたって、同保険約款29条に基づき主務官庁の認可を得て、予定利率の変更を行った結果、申立人の財形年金積立保険の年金開始時（同10年9月）時点においては、2.5%となっている。予定利率の変更に際しては、そのつど申立人に対し説明文書を送付しており、申立契約の年金額については、約款規定に基づいた手続きを経て、計算されたものである。
- (3)申立人の主張する保険業法240条の4第2項（契約条件の変更の限度）は、契約後に予定利率の変更の出来ない保険商品について、平成15年に新たに設けられた条文であり、財形年金積立保険の予定利率変更と関係はない。

<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にもとづいて審理を行った結果、下記のとおり、本件請求申立ては認めることが出来ないので、生命保険相談所規程第44条を適用し、裁定書をもってその理由を明らかにして、本件裁定手続きを終了した。

- (1)一般の保険契約においては契約途中で予定利率は変更できないが、特定の保険契約にあっては、一方当事者において契約内容を変更できるものとしておかなければ不都合を生ずるような場合、契約の当初、予め変更権を与える合意がある場合があり、これ自体は著しく不合理または公序良俗に反しない限り有効である。
- (2)財形年金積立保険は、長期間にわたる契約で、かつ大量の契約者全体の利益、平等を図る必要性があることから、経済情勢が著しく変更したことにより、当初の契約が維持できなくなる場合には、契約内容を変更して制度の維持を図ることが必要となる。経済情勢が著しく変更し、当初の予定利率を維持して年金を給付すること

により、保険会社の財務基盤を揺るがし会社の存続を困難ならしめることになる場合には、制度全体を維持して多くの契約者の利益を保全するためには、予定利率を変更し、その結果将来給付される年金額に変動を与えることになって、合理的な必要性があると言える。

- (3)本件保険約款は、予定利率等については保険業法第4条2項4号の「保険料及び責任準備金の算出方法書」の記載事項であるから、これを変更するには同法123条1項の内閣総理大臣の認可（旧法下でも大蔵大臣の認可）が必要である。従って、変更の必要性および相当性はこの段階で審査されるから、保険会社が恣意的に変更することはできない制度となっているので、当該約款の規定は不合理あるいは公序良俗に反する規定であるとは言えない。従って、本約款に基づき、保険会社は予定利率の変更をなするのであり、これは契約当初から保険会社に認められた契約上の権限であって、申立人の主張する現行法によるものではない。
- (4)本件保険約款第2条1項・2項により、年金額は年金支払い時に確定するものであるから、それ以前には同29条により変更は可能であり、当該約款において申立人の主張する変更を不可とする規定は存在しない。

＜参考＞財形年金積立保険約款

第29条

当会社は、財形法の改正その他の事情の変更により特に必要があると認めた場合には、大蔵大臣（現金融庁長官）の認可を得て、この普通保険約款の規定、または保険料、積立金等の計算の基礎を将来に向かって変更することがあります。

【事案Ⅳ－3】年金（配当金）請求

- ・平成21年4月8日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

＜事案の概要＞

個人年金保険に加入した際に提示された保険設計書に記載された年金年額を支払って欲しいと申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

昭和55年に個人年金保険に加入したが、その際、保険会社の募集人（営業所長）から、「営業員・教材用設計書」を用いた手書き設計書にもとづき勧誘・説明を受けた。当該文書には「配当金が将来変動する」との説明文言もなく、かつ同文書には営業所長の署名・押印がある。従って、当該文書は記載の金額を支払う旨約束した文書であり、その内容に従って契約は成立している。

平成21年2月1日が年金開始日となっており、設計書に記載してある年金年額の支払いを請求したが、保険会社は経済情勢悪化の影響、他契約者との公平な取扱いを理由として、年金開始日後も支払いを拒否しているのは不当である。

募集人が署名・捺印した設計書に記載された年金年額および年金開始日から、年金を受け取るまでの未払い経過期間に対する利息を支払って欲しい。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、担当営業所長も、配当金にもとづいて支払われる年金額の支払約束をした事実はなく、保険会社の債務不履行および担当営業所長の不法行為はないと考えられ、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)保険募集人の契約締結権限について

保険募集人には契約締結権限がない。したがって、「営業員・教材用設計書」（以下、「本件設計書」）に募集人の署名捺印があったとしても、これ自体が保険契約の内容を合意する文書と言うことは出来ない。本件設計書に「営業員教材」との記載があることからしても、本件設計書は、単に保険契約の概要を説明するために作成されたものと言うべきである。

(2)保険会社職員の署名・押印について

本件において、担当営業所長が設計書記載の受取額を保証するために署名押印したことを窺わせる証跡（約束文言等）は何ら存在しない。担当営業所長は、手書きで記載した本件設計書の数値が正しいものであることの証として署名押印したと述べており、保険会社の従業員にとって配当金の額が変動することが常識であることからすれば、担当営業所長の証言どおり、支払約束ではなく変動を前提とした数値の正確性のために署名押印したと考えるのが自然である。

(3)本件契約の締結経緯について

申立人の主張を前提とすれば、申立人は、配当変動の注意文言も担当営業所長の署名・押印もない本件設計書によって保険の勧誘を受けたことになる。その際、申立人は、担当営業所長の説明によるのか自らの知識によ

るかは不明ながらも、配当金が将来変動するものであって契約時点で支払いを約束するものではないことを知悉していたことになる。

このような十分な配当に関する知識を持っており、かつ募集人には契約締結権限がないことを知っている申立人が、①配当変動の注意文言を本件設計書に付加しないこと、②担当営業所長が署名押印することのみで、同所長の甘言、個人的約束を超えて保険会社が支払いを約束したと理解したというのは、いかにも不自然である。

(4)「ご契約のしおり 定款・約款」の受領印があること

本件契約申込書には、申立人が「申込みのしおり 定款・約款」を受領した旨の受領印の押印があり、また担当営業所長も「ご契約のしおり 定款・約款」を申立人に手交したと述べており、本件保険契約は、附合契約として、この「ご契約のしおり 定款・約款」を契約内容として成立したというべきである。約款には、配当金は毎事業年度の決算を経たうえで割り当てられるものであり、支払額が確定したものではないことが定められており、本件契約もこのような契約内容となっていると考えられる。

<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にもとづいて審理を行った結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条により、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)保険契約は附合契約（注）であり、その契約内容は約款にのみ決せられるものである。本件保険契約にもとづき約款上支払われる金額は、同約款第1条所定の金額および同約款第17条所定の社員配当金の積立金であるが、同約款第1条所定の金額は一定に定められているものの、社員配当金は会社の利益の配当であり、当然に経済状況によって変動するものであって、これを契約時に約束することはない。

まして、設計書は単なる見積もりであり、確定的な意思の合致である契約文書ではないから、かかる文書をもって当該文書記載の内容の契約が成立したと認めることは出来ない。

（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)申立人は、設計書に営業所長の署名押印があることをもって、契約文書であると主張するが、同文書には支払約束の文言もなく、かつ署名者である営業所長には、契約締結権限がないことを申立人も認識していたのであるから、到底申立人と保険会社との間に、当該文書記載の金額の支払いを約した契約が成立したと認めることは出来ない。

また、設計書に配当金が変動する旨の注意文言が無い点についても、申立人が自ら認めており、申立人自身があえてこの記載のない用紙を使用することを求めたのであるから、申立人は配当金が変動することを熟知していたものであり、かかる認識のないことをもって、保険会社の責任を問うことは出来ない。

【事案Ⅳ－4】年金請求

- ・平成21年6月24日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

財形年金積立保険に加入した際に契約内容に錯誤があったので、契約を無効とし、既払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成元年8月、営業職員A（既に死亡）の勧誘により、職場を通じて財形年金貯蓄に加入、同17年10月に積立期間（給与引去り）が満了し、同19年11月より年金受取りを開始した。年金受取開始後に終身年金となっていることが判り、確定年金への変更を申し出たが、受取開始後の年金種類の変更は出来ないと言われた。

保険契約締結時などにおいて、下記のとおり営業職員の説明不足等により錯誤があったので、同保険を無効として満期まで積み立てた金額（既払込保険料）を返還して欲しい。

- (1)本件契約は、最初から貯蓄という説明で、契約時に「保険契約」であるとの説明はなく、天引き貯金と信じた。
- (2)財形年金貯蓄申込書の記載内容には自分以外の者、当該保険会社の営業担当者が記載した部分（「終身」に〇を付けたのは営業職員Aである）があり、「終身年金」とは知らず、本件契約には瑕疵があった。
- (3)積立期間満了時（平成17年）においても、営業職員Bの「(年金は)10年払い」等の虚偽説明により、「終身年金」から「確定年金」に変更する機会を喪失してしまった。
- (4)一定時期を過ぎると「生涯解約出来ない」、またその内容が「元金保証がない」ものであるなら、それはハイ

リスク契約であり、期限切れに関する説明はチェックシートを活用し、丁寧に1項目ごとに行うべきである。

<保険会社の主張>

以下の点から、錯誤があったという主張は認められず、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1)加入申込書は、財形年金専用申込書であり、財形年金貯蓄申込書と記載されており、他の財形種類や保険種類とは区別されているうえ、申立人の署名押印があり、契約は有効に成立している。
- (2)契約後も申立人に対して毎年2回、内容のお知らせを送付しており、終身年金として予想年金額なども記載している。
- (3)年金開始前の平成19年9月に、「財形年金お支払いのご案内」、「支払請求書」を申立人に送付しているが、ご案内には年金種類、年金額が明記されている。支払請求書には申立人の署名押印があり、年金支払いについての必要事項が記入され当社に返送され、請求に基づいて既に平成19年11月から2年間年金を支払っている。
- (4)終身年金には10年の保証期間を設けてこの10年間に死亡した場合、遺族に支払われるが、申立人はこの10年間のみを比較し、年金受取額が累計保険料を下回ると主張しているが、一生涯の年金であるから10年間のみを比較するのは偏った理解であり、ハイリスク商品であると主張する根拠にならない。
- (5)平成17年8月に、『財形年金保険料お払い込み満了に伴うお手続きのご案内』を契約者（申立人）に直送し、そこには、契約内容や変更後の年金金額等が記載され、受取方法変更についての説明も記載されている。なお、同ご案内の送付の際には、『非課税適用確認申告書』を同封している。申立人はご案内を受け取っていないと主張しているが、同封した『非課税適用確認申告書』は当社に返送されており、その主張は矛盾し、同ご案内を受け取っておらず変更できなかったという主張は納得できない。また、『非課税適用確認申告書』の「終身」に○を記載したことにより、終身受取方法となったのではなく、契約時から「終身」を選択していたのであり、ここに誤って職員が記入し、変更機会を喪失したということは誤解である。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出された書類および申立人の事情聴取等の内容にもとづいて審理した結果、下記のような事実関係を総合考慮すると、申立人が主張する錯誤の存在はいずれも認めることはできず、また、仮に本当にそのような錯誤が存在し、それが要素の錯誤に当たるとしても、申立人には重大な過失があると言わざるを得ないから、申立人から無効を主張することはできず（民法95条但し書）、請求申立ては認めることが出来ないので、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)申立人が署名捺印した申込書には、冒頭に大きな字で「財形年金貯蓄申込書（年金財形）」と記載されており、少なくとも商品が「年金」として受け取るものであることは容易に分かる。
- (2)そもそも本件は当該保険会社の募集人から勧誘を受け加入しており、少なくとも申し込んだ財形年金貯蓄が当該保険会社の「積立保険」であることは容易に分かるはずであり、申込書の取扱金融機関欄に書かれた当該保険会社名の筆跡が自己の筆跡であるかどうかは特に問題とならない。
- (3)申立人は、契約時にはパンフレット等を受け取っていないと述べるが、募集人が勧誘の際に、パンフレット等の書類を使用せずに説明をすることは困難であって、パンフレット等の書類は契約時に申立人に交付されていたと推認される。
- (4)申立人は、積立期間の末日経過後の平成17年10月に、「財産形成年金貯蓄の非課税適用確認申告書」と「財産形成年金貯蓄の年金額に関する申告書」を作成提出しているが、同書面の記載によっても、加入した財形年金貯蓄が相手方会社の「生命保険」であり、年金支払期間については10年保証の終身年金を選択していたことが分かる。なお、上記書類は、同年8月9日付「財形年金保険料お払い込み満了に伴うお手続きのご案内」に同封されていたことが推認できるが、同案内には、受取方法の変更は積立期間の末日まで可能であること、積立が終了すると変更の手続きができなくなることが明記されている。申立人は、上記申告書を提出しながら、同案内は受け取っていないと言うが、直ちに信用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Ⅳ－5】年金（配当金）請求

- ・平成21年6月24日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

<事案の概要>

終身保険の保険料払込満了時に年金コースを選択した場合、基本年金年額は変動しないとの説明を受け、それを信用して加入した経緯があり、設計書記載の「基本年金年額」を支払ってほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和62年6月、終身保険に加入したが、営業担当者より提示された保険設計書には、保険料払込満了時の保険金の受取方法として、①老後設計資金プラス生涯保障コース、②一括受取コース、③一生涯年金コースの3つの受取方法が記載され、③の基本年金年額として「約114万円」と記載されていた。

設計書を提示された際に、営業担当者から、「増加年金は変動するので分かりませんが、基本年金額の114万円は受け取れます。一生変わらない部分は黄色で色分けをしておきます」と言われ、「15年確定年金」(定額型)の「基本年金年額約114万円」と記載された場所に黄色のマーカーが塗られた設計書を渡されたため、設計書記載の基本年金(注)年額114万円は、確定的に受け取れると思い、申立契約を締結した。

(注) 当該保険商品の終身保険から年金コース移行した場合の「基本年金」は、終身保険の配当金により生存保険を買い増しして、保険料払込満了時の生存保険金を年金原資に充当する仕組みとなっている。

ところが、平成21年6月に保険料払込満了を迎え、保険会社から「払込満了お知らせ通知」が届き保険会社に確認したところ、15年確定年金では基本年金は61万円しかないと言う。15年確定年金の基本年金年額114万円が支払われるとの営業担当者の説明を信用して契約したのであり、15年確定年金の基本年金年額114万円を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の請求には理由がなく応ずることは出来ない。

- (1)本件契約の取扱者が、基本年金年額は変動しないとの説明を行った事実はない。そもそも、保険設計書の黄色のマーカーを、いつ、誰が引いたかは明らかでなく、取扱者が、黄色のマーカーを引いたと断定するまでは出来ない。また、保険設計書の基本年金年額部分に黄色のマーカーが引かれているからといって、それが一生変動しないものを意味していると言えるのか、疑問である。
- (2)保険設計書の右下部分には、「上図の□内の配当数値（老後設計資金、長寿祝金および年金年額）については、当商品の営業案内にもご説明のとおり、今後変動することがあります。従って、将来のお支払額をお約束するものではありませんのでご注意ください」(□は緑で塗られている。また、ゴチック部分は原文も強調するためゴチックとなっている)と、記載されており、年金年額が変動することは明記されている。
- (3)万に一つ、取扱者が誤った説明を行っていたとしても、次の2つの理由からも申立人の主張は法的に成り立たない。
 - ①生命保険契約は附合契約性を有するものであり、本件保険契約の契約内容は申立契約の普通保険約款によって定まる。同約款によれば、年金の原資は、解約返戻金および老後設計資金（生存保険金）であり、老後設計資金（生存保険金）は配当金によって買い増しされる仕組みとなっている以上、配当金が支払われない場合は、生存保険の買い増しはなされないのであり、それを原資にした基本年金年額が確定額であるはずはない。
 - ②営業職員は、保険契約の媒介を行うに過ぎず、保険契約の締結権限を有するものではない。そのため、営業職員が契約締結権限を有することを前提とする主張は誤っている。

<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にもとづいて審理を行った結果、下記理由のとおり、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条により、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)生命保険契約は、附合契約（注）であり、その内容は約款にしたがって規定されるものである。申立契約の約款によれば、申立人が保険金の受取方法として選択した「一生涯年金コース」とは、保険料の払込満了時（60歳時）に、終身保険の責任準備金と老後設計資金等の生存保険金を原資に、年金保険に移行する方法である。老後設計資金は、社員配当金で買い増しされる生存保険金であるため、年金年額が契約締結当初から確定しているわけではない。

(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)契約締結前に、営業職員が申立人に示した保険設計書においても、「上記□内の（□内は緑色に塗られており、□の中に基本年金年額「約114万円」との記載がある。）配当数値（老後設計資金・長寿祝金および年金年額）については、当商品の営業案内にもご説明のとおり、今後変動（増減）することがあります。従って、将来のお支払いをお約束するものではありませんので、ご注意ください。」と記載されており、保険設計書の基本年金年額については、確定的なものではないことが、明確に示されている。
- (3)申立人は、勧誘時に、営業職員が、「一生変わらない部分に黄色で色分けをしておきます。」と言って、基本年金年額約114万円の部分を黄色で色分けをしたことにより、保険会社に基本年金年額114万円の支払義務が生じたかのような主張をしているが、いつ誰がどのような趣旨で黄色のマーカーを当該部分に引いたのかははっきりせず、保険設計書に記載された前項の文章からしても、申立契約締結前に、営業職員が、前項の文章に明確に反して、満期時以降の基本年金年額が114万円に確定していると説明したことを認定することは出来ない。仮に営業職員がそのような説明を行ったとしても、営業職員には基本年金額を保証する権限はない。
- (4)保険設計書に記載された予測金額と実際に支払われる金額が乖離していることは、申立人の老後の生活設計に支障を生じさせることはよく理解出来るが、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、また多くの他の生命保険契約においても同様の事態を生じているところであって、これをもって保険会社の法的責任を問うことは困難であると言わざるをえない。

【事案Ⅳ－6】失効取消請求

- ・平成21年7月7日 裁定申立受理
- ・平成22年3月15日 裁定終了

<事案の概要>

貸付限度額超過部分の支払いを行わなかったことにより、事前通知がないまま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年に終身保険に加入、口座振替の方法により月払保険料を支払い契約を継続してきたが、契約者貸付（平成5年）を受け、その後3回の一部返済はあったものの、残余の返済がなく、保険料未払いのため、貸付限度額超過になったとして、平成21年1月30日付でいきなり失効通知が保険会社から届いた。事前に通知があれば支払っていた。仕方なく、復活手続きをとったが断わられてしまった。貸付限度額を超過したことを通知せず、きちんとした説明もなく、いきなり失効させることは不当であり、失効をなかったことにして、元の契約に戻して欲しい。

<保険会社の主張>

本件保険契約につきなされた失効は適法なものであり、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)平成20年10月25日時点において、契約者貸付元利金合計額及び保険料立替元利金合計額が、本件保険契約の解約払戻金額内で算定される貸付可能額を超えるに至っていた。
- そのため、弊社は本件保険契約の失効に先立ち、同20年10月25日付「契約貸付金返済のご案内」を申立人に郵送している。当該文書には、所定金額を返済しない場合においては、契約が失効する旨記載されており、情報提供に欠けるところはない。
- (2)担当職員は、上記「契約貸付金返済のご案内」について、注意喚起のための十分な情報を記載した「訪問のお知らせ」を申立人宅の郵便受けに投函している。
- (3)申立人には、過去に平成20年4月26日作成の「契約貸付金返済のご案内」に対し、所定金額を返済し、失効を防いでいる実績があり、申立人は失効に関する十分な知識を有していた。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人および保険会社提出の書類等に基づき検討した結果、下記理由により、申立人の主張を認めることは出来ず、生命保険相談所規程第44条により、裁定書にその理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

- (1)生命保険契約における契約者貸付制度は、その時々保険契約上の解約払戻金を担保とするものであり、担保である払戻金額の一定範囲内ではいつ返済しても良いのであるが、担保金額を超えた場合には、返済金額及び返済期限を定めて通知し、これが期限までに返済されない場合には保険契約自体が失効するものであり、この約款規定は民法上の履行遅滞の場合の期限を定めた催告と契約の解除の規定に従ったものと理解できるので、当該約款は法律上有効である。
- 実際に通知される書面を見ても、返済金額（金額の根拠も記載）及び返済期限（1ヵ月以上の期間があり、相

当と判断できる)を明示し、かつ失効の予告がなされており、これらの通知がなされたのであれば、約款規定に従って生命保険契約が効力を失うこととなっても、法律上の問題は生じない。

(2)本件において、約款に定める通知がなされたか否かについては、保険会社のかかる通知は、文書自体定型的なものであり、かつ、コンピューターにより管理され、一定の要件がそろった場合には自動的に送付されるものであるから、そこに懈怠や恣意が混入することは通常ありえない。もっとも人的ミスにより、送付先が登録されない等の不具合が生ずることもありうるが、本件においては過去にも一部の返済がなされているなどの事実から考えて、発送漏れがあったとは推測できない。また現在の郵便事情等から考えても、郵便物が発送されたが到達しなかったということは考え難い。

従って、かかるシステムから考えて、約款所定の通知は到達しているものと推測するのが合理的であり、これを覆すに足る証拠はない。

(3)以上のとおりであるので、保険会社の担当者が訪問及び電話連絡をしたか否か(口頭の催告の有無は失効が有効であるか否かの判断には影響を及ぼさない)を判断するまでもなく、申立人の主張は認めることができない。

【事案Ⅳ－7】契約解除取消請求

- ・平成21年7月15日 裁定申立受理
- ・平成21年10月27日 裁定終了

<事案の概要>

告知義務違反による契約解除を納得できないとし、解除の取消しと契約の継続を求めたもの。

<申立人の主張>

平成19年5月に医療保険に加入、同年9月に前立腺がんにより入院し治療を受けた。そこで、申立契約に基づき入院給付金等を請求したところ、告知義務違反により契約を解除された。

医療保険に加入する際に、18年6月に人間ドックにおいて「尿酸：9.0mg/dℓ」及び「尿潜血陽性」により「指導区分：5（精密検査又は再検査を受けて下さい。）」との指摘を受け、同年7月には「高尿酸血症」と診断され、30日分の投薬を受けていたことを告知書に記載しなかったことは事実だが、以下の理由により、告知義務違反にはあたらない。申立契約の解除は納得できないので、契約解除を取消し、契約を継続して欲しい。

- (1)「高尿酸血症」という診断をされたが、医師には「症状」であり「病気」ではないと説明された。
- (2)投薬という処方を受けたが、服薬はしていないし、治療もない。
- (3)自分自身が病気という認識もなく、故意に告知しなかったものではない。自分自身が病気であると認識している「大腸ポリープ切除」についてはきちんと告知し、割増保険料での契約を承認している。決して隠そうなどという意図的なもので、告知しなかったのではない。

<保険会社の主張>

下記理由等により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)健康診断で、「尿酸：9.0mg/dℓ」により「精密検査又は再検査を受けてください。」と指摘を受けている事実およびその後医院を受診し、薬を30日分投与されていることについて告知がなかった事実は、告知義務に違反する。
- (2)上記(1)の事実が告知されていれば、当社は同条件での引受承諾は行わなかったものであり、これらの事実は「重要な事実」である。また健診結果にもとづき、自ら医師の診療を受け薬まで投与されていることは、少し注意すれば思い浮かべることが出来たことであり、「重大な過失」があったと言える。

<裁定の概要>

裁定審査会では、告知義務違反による申立契約の解除が有効であるか否かについて申立書、答弁書等の書面にもとづき審理した結果、以下の事由により、告知義務違反にあたらないとする申立人の主張を認めることは出来ないので、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして裁定手続きを終了した。

- (1)被保険者は、人間ドックで「精密検査・再検査」が必要であるとの指摘を受けているので、告知書の「過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、要再検査・要精密検査を指摘されたことがある」の項目には「はい」とするべきであった。加えて、「高尿酸血症」との診断を受け、30日分の投薬がなされているので、告知書の「過去5年以内に、上記アからクにかける以外の病気で、7日以上以上の薬の処方を受けたことがある」の項目には、本来被保険者は「はい」とするべきであった。
- (2)人間ドックにおける尿酸値の異常及び尿潜血陽性に対して精密検査または再検査を指摘された事実及び「高尿酸血症」との診断に基づき投薬治療が行われた事実は、被保険者の健康状態を示す重要な指標であり、保険会社が保険契約の条件を検討するうえで、重要な事実に当たると言える。

- (3)人間ドックでの検査を受けたのが告知日の約10ヵ月余り前、「高尿酸血症」の診断を受けたのが約9ヵ月前であり、それほど昔の事実ではないこと、被保険者が告知日の直前である平成19年5月にも、同じ医療機関で人間ドックを受けていることなどを考え合わせれば、尿酸値と尿潜血の異常を指摘されたことおよびそれをきっかけに医療機関を受診して投薬を受けたことは、告知書作成時に、被保険者において容易に思い出すことが可能な事実であり、告知書にこの事実を記載しなかったことは、少なくとも被保険者に「重大な過失」があったとの判断を免れないものである。
- (4)申立人は、「高尿酸血症」が「症状」であり「病気」ではないと医師の説明を受けたと主張しているが、診断書には「傷病名」として「高尿酸血症」との記載があること、病気として治療が必要であるからこそ、投薬も行われていると考えられることから、医師が「病気ではない。」と言ったとの主張は認め難い。また、そもそも告知書第9項は、病気であるか否かに関わらず、要精密検査又は再検査の場合には、告知しなければならないのであるから、被保険者の告知義務違反の事実は免れない。
- (5)また、申立人は、投薬を受けたが服用はしていないと主張しているが、告知書には「7日以上」「投薬」との記載があるので、被保険者が、投薬された薬を服用しなかったからといって、告知義務を免れるわけではない。

[事案Ⅳ－8] 配当金・生存給付金積立利息請求

- ・平成21年10月13日 裁定申立受理
- ・平成22年3月15日 裁定終了

<事案の概要>

こども保険の満期時受取額が、貯蓄性商品にもかかわらず払込保険料を下回ったので、その差額分の支払いを求めたもの。

<申立人の主張>

平成3年にこども保険に加入し、本年(21年)5月に「満期のお知らせ」が届いたが、満期時受取額が払い込んだ保険料総額よりも30万円以上も少なく、納得出来ない。下記理由により、金融商品販売法第5条にもとづき、払込保険料総額と満期時受取額の差額を損害賠償して欲しい。

- (1)契約時点において、営業担当者から、経済情勢の悪化により利率が変動することも含め、元本割れをすることがあるとの説明を一切受けていない。
- (2)保険会社は利率および配当金の額等の事項について、契約時および契約後、利率の変動や配当金の額について何ら通知もなく、解約することによる損失の防止の機会を奪われた。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の満期時受取額と払込保険料総額との差額の返還請求に応ずることはできない。

- (1)金融商品販売法は、株式市場、債券市場等の動向を直接の原因として、購入した金融商品の価値(金額)が変動し、購入価格(元本)を下回る損失が発生する可能性のある金融商品の販売勧誘等を規制するものであり、本件契約は金融商品販売法の適用を受けないものではない。
- (2)保険契約の内容は約款により定まるが、本件契約の約款は「育英資金の据え置き利率」、「配当実績」、「配当金の積立利率」は変動する旨を規定しており、募集資料(設計書等)にも同様の注意文言がある。また、本件契約の募集活動においても不適切な点は認められない。以上のことから、本件契約について、募集担当者が申出人に満期時受取額が払込保険料総額を下回る可能性について説明しなかったとしても、説明義務の不履行には該当しない。
- (3)本件保険は、契約者および子供の死亡・高度障害の場合をも保障する契約であり、当社は申立人に対してかかる保障をしてきたことから、満期時受取額と払込保険料総額との差額は損害に該当しない。

<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た結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)本件生命保険は、被保険者である子供が死亡し又は高度障害状態になった場合に所定の保険金を支払うこと、あるいは養育者である契約者が死亡・高度障害状態となった場合に、満期まで所定の年金を支払うという保障を主たる目的とするものであり、保険料は積立部分を除き保険金の支払いや費用に充当することが契約上予定されている。申立人が主張する元本は契約期間中に使用されて「元本割れ」をすることは契約上認められたものであり、金利の変動等を直接の原因として元本欠損を生ずる金融商品ではない。従って、契約時に「元本割

れ」を生ずるとの説明義務を負うものではなく、これを告げずとも金融商品販売法上の説明義務違反とはならない。

(2)一般に保険会社は、契約者に対し毎年度の配当金額および利率の変動について、通知することを常としており、本件においてこれがなかったと判断する理由に乏しい。

仮に、通知されてなかったとしても、通知があった場合、申立人が取りうる措置は契約の解約をなし得るのみであり、解約時の返戻金額は当然ながら、申立人が支払った保険料の合計金額を大幅に下回るものであり、この通知が欠けたことによる損失額が、申立の請求する金額に至らないことは明白である。

また、解約により得た資金を他の運用による利益を推認できる証拠はないから、損害の存在を認定することは出来ず、申立人の損害賠償の主張は認められない。

(3)申立人の主張は、金融商品販売法ではなく、消費者契約法による取消および原状回復請求であると仮定しても（但し、消費者契約法も平成13年4月1日施行であるので、本契約には適用がない）、同法4条所定の虚偽事実の告知や不利益事実の不告知には該当しない。

確かに保険設計書には、支払保険料を上回る満期時受取額の記載があるが、これは積立金を運用した場合に当時の投資環境においては支払保険料を上回る満期時受取額が予定されていたが、金利が変動する可能性があることは同設計書にも記載されており、虚偽事実の告知も不利益事実の不告知も認めることはできない。

[事案Ⅳ－9] 保険料前納遡及取扱請求

- ・平成21年10月14日 裁定申立受理
- ・平成22年3月23日 裁定終了

<事案の概要>

75歳時に「保険料払込終了制度」があることの説明・案内を受けていないため、79歳になるまで同制度について知らなかった。75歳に遡及して払込終了制度を適用して欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成3年に終身保険に加入したが、平成20年3月頃（79歳）、保険内容見直しの際に、75歳時点で「保険料払込終了制度」（以下「本制度」という。）があることを担当者から聞かされた。

そこで、75歳時（平成16年1月1日の契約応当日）に遡って、「保険料払込終了制度」を適用することを申し出たが、保険会社は、79歳時（平成20年1月1日契約応当日）に遡って、本制度を適用することを承諾したものの、75歳時までの遡及は認められない。

下記の理由により納得できないので、75歳に遡って本制度を適用することを認め、同時期の本制度適用を前提とする補充保険料840万円と全期掛特約保険料56万余円を支払うので、申立契約の保険料払込を終了することおよび経過保険料812万余円を返還して欲しい。

- (1)4年前の75歳時に本制度により保険料の払込みを完了していたら保険料が約840万円で済んだが、79歳時（平成20年1月）に遡及してくれても、契約者の保険料負担は75歳時適用に比べ約394万円増加する。
- (2)保険料払込終了制度について、営業担当者や毎年送られてくる通知文書による本制度に関する案内がなかった。事前に案内を受けていれば、75歳の時点で、本制度を利用していたと思われるが、保険会社から文書や営業職員等を通じて事前の案内が無かったため本制度を利用する機会を逸した。

<保険会社の主張>

下記理由により、75歳時に遡っての「保険料払込終了制度」の適用という請求に応ずることはできない。

- (1)約款の規定上、保険会社は当事者の申し出を受け、保険会社の承諾により、本制度の適用をすることになっており、保険会社が本制度を契約者に個別に事前に案内する契約上の義務はない。
- (2)実務上も、保険会社が契約者の意向や事情を個々の契約について把握した上で当制度についてご案内することは不可能なため、「保険料前納」「保険料払込方法変更」等の手続きと同様、本制度は契約者の申し出を受けての手続きとしている。
- (3)設計書上の本制度の案内として、「たとえば850万円をお払込みいただきますと、保険料の払込みは終了し、生涯3,000万円の保障が継続します」と記載されているが、これは75歳時に本制度を利用いただいた場合の案内を例示したものにすぎず、75歳時の制度適用を約束するものではない。

<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た結果、下記理由により、本件申立ては認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)申立契約の約款規定によれば、本制度を利用するためには、「契約者が」、「相手方会社の承諾を得て」、「相手方会社の定めるところにより」、「保険料払込期間の変更をする」ものと解釈され、制度利用の意思表示の主体は契約者にあると判断されることから、契約者の制度を利用する意思表示の前に、保険会社から各契約者に通知をすべき義務は、約款上は認められない。
さらに、本制度の利用にあたっては、約款の規定上、保険契約者の利用の意思表示に対して、「相手方会社の承諾」が必要であり、変更方法も「相手方会社の定めるところによる」ものとなっている。
- (2)パンフレット、設計書、ご契約のしおり・約款には、本制度の案内が記載されており、申立人はこれを認識している状態であった。相手方会社は、79歳の申立人の本制度利用の申し出に対して、79歳（平成20年1月1日契約応当日）からの本制度の利用を承諾したものであり、相手方会社の対応は、格別不当なものとは考えられない。
- (3)申立人は、同時期に申立契約と同一内容の保険に加入した妻（75歳）が、申立人と同時期に本制度の利用を申し出たところ、75歳時に遡って妻に本制度の適用を認めたので、申立人にも75歳に遡って本制度を適用すべきであると主張していると解されるが、約款上、本制度の適用を承諾するか否か及びその方法は、保険会社の意思によるものとされおり、保険会社が、申出時に75歳応当日から約3ヶ月しか経過していない申立人の妻についてのみ、「特定の契約者に対する利益供与ではない」と判断し、本制度の適用を認めたことは、不適切な取扱いとはいえない。
- (4)保険設計書には、「たとえば、75歳時に約840万円をお支払いいただきますと、保険料のお払い込みは終了し、生涯3,000万円の保障が継続します。」と本制度の記載があり、75歳時の同制度の利用についての記載があるが、文中に「たとえば」と記載されているとおり、同記載は例示にすぎず、保険会社が、75歳時に本制度を適用することを約束しているわけではないことは明らかである。

【事案Ⅳ－10】 年金（配当金）請求

- ・平成21年10月21日 裁定申立受理
- ・平成22年1月26日 裁定終了

<事案の概要>

実際の受取年金額が加入時に提示された金額に比べ少なさすぎるので、設計書記載の年金額を支払ってほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

昭和55年6月養老保険（年金支払特約付）に加入、平成21年6月に満期を迎え10年間年金を受け取れるが、実際の受取年金額が加入時に提示された設計書記載の金額（年158万円）に比べ余りにも少なすぎる。

設計書記載の年金額と今回案内された年金額との乖離幅は、社会通念上通用しないものであり、また契約時に営業職員が作成した設計書には、下記のような記載があり納得出来ない。設計書記載の年金額（年158万円）を10年間支払って欲しい。

- ①56歳から66歳まで支払われる年金として「約158万円」(「158」が手書き部分)「確定年金」(手書き)との記載がなされている。
- ②契約後である昭和55年8月2日付で、「設計書は昭和54年度決算配当にもとづくもので（現行利率8%複利計算に依る）年金額158万の金額は将来の支払いは変わりませんが買増年金約4.7万～53.7万円については経済情勢の変動等に依り若干の上り下りの生ずることがあります。」との手書きの追記がなされ、支社職員の署名と捺印が存在する。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)本契約の契約年が昭和55年であり、当時の予定利率が5%と高率であったため、その後の想定し得ない経済情勢の悪化により、運用実績が予定利率を下回り利差益が生じず、むしろマイナスとなり死差益、費差益と合算しても配当金がゼロという状況が続き、年金基金が大きく減少し年金額が設計書と大きく乖離したものである。
- (2)設計書・パンフレットにおいても、満期時積立配当金・買増年金の数値は今後変動する旨の記載がある。また、年金受取額の計算も経済情勢および計算基礎率の変化等により今後変動する旨記載がある。
- (3)設計書の年金額は昭和54年度の決算実績に基づいた年金基金（満期保険金+満期までの積立配当金累計）から算出したものであり、職員が自筆した文言は昭和54年度の決算状態が継続した場合、年金額は変わらないということを意図して記載していると思料する。
- (4)当社職員がこの文言を記載したのは契約後である上、支社の職員に将来の158万円の年金を支払うという特約

を締結する権限はないことは明白であり、会社として158万円の年金額の支払を確約したものではない。

<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た結果、下記の次第により、申立人と保険会社との間において「年金158万円を56歳から66歳まで10年間にわたり支払う」旨の合意が成立したとは認めることは出来ないため、申立人の請求は認められず、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

- (1)募集人が保険設計書の「年金約158万円」の欄のすぐ上に「確定年金」と手書きしていることは事実であるが、この場合の「確定年金」の意味は、同設計書に記載されているとおり、年金額が確定しているという意味ではなく、「受取人の生死にかかわらず、あらかじめ定めた一定期間」年金を受け取ることができることを意味する。
- (2)保険設計書の左下には、「記載の年金受取額は、ご契約時の満期保険金およびご契約時の内容で計算した満期時積立配当金等を全部、年金基金に充当した場合の金額です。(中略)記載の満期時積立配当金・買増年金の数値は、当商品の『パンフレット』にもご説明のとおり、今後変動することがあります。また、年金受取額は、年金支払を開始した場合の金額を現時点で計算したもので、経済情勢および計算基礎率の変化等により今後変動することがあります。したがって、将来の支払額をお約束するものではありません。記載の積立配当金は、契約後3年目からつく配当金を積立利率8%（現行利率）の複利で積み立てたものです。」と明記されている。
- (3)支社職員が記載したと推認できる「年金額158万の金額は将来の支払いは変わりません」との記載だけを取り出せば、申立人の主張するように年金158万円の支払いを約束したものと読むこともできないではないが、「設計書は昭和54年度決算配当にもとづくもので（現行利率8%複利計算に依る）」という記載と併せ読めば、その趣旨は、あくまで昭和54年度決算配当にもとづく額であり、現行利率8%が維持されることを前提とするものであると理解することができる。
- (4)保険契約はいわゆる附合契約（注）であるから、保険約款の規定にしたがった内容で成立するものであり、上記(2)の内容は保険約款の規定（年金支払特約）を分かりやすく説明したものであり、保険契約（申立契約）はこの内容で成立したものである。
(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。
- (5)保険約款の規定と異なる内容の保険契約が成立するためには、契約者（申立人）と保険会社との間でその旨合意が必要となるが、支社職員には、保険会社を代理して、申立人の主張するような合意（保険約款と異なる合意）をなす権限は与えられていない。

V.申立不受理

〔事案V-1〕契約者貸付無効確認請求

- ・平成21年9月19日 裁定申立
- ・平成21年10月28日 不受理決定

<事案の概要>

平成7年に加入した保険契約について、同8年に行われた契約者貸付は、契約者である自分が知らない間に、別れた妻と営業職員（退職済）が、自分に無断で契約者貸付請求書を偽造し行ったものである。問題が発覚して以来10年以上の間、同貸付けの無効を再三にわたり申し出てきたが、保険会社から善意ある対応がなされない。保険会社等による謝罪、払込済保険料の返還（清算）および弁護士費用・諸費用・慰謝料の支払いをして欲しい。

<不受理の理由>

本件では、①申立人とA氏（申立人の元妻）が当時夫婦であったこと、②契約者貸付請求書に申立人の届出印が押印していること、③貸付時に保険証券も提出されていること、④貸付金の送金口座が契約者本人（申立人）名義の口座であることなどを考慮すると、A氏に申立人の名義で契約者貸付けを申し入れる代理権がなかったとしても、表見代理（注）が成立する可能性がある。

そうすると、表見代理の成立要件を満たしているかどうかについての事実認定が適正な解決には不可欠となるが、申立人も認めるとおり、既に問題が発覚してから10年以上が経過していることもあり（貸付け時から13年以上が経過）、裁判所のような厳密な証拠調べ手続きを具えていない民間の裁判外紛争解決機関である裁定審査会においては、事実認定が著しく困難である。

したがって、本件は、その性質上裁定を行うに適當でないとして認められるので、生命保険相談所規程第32条1項(5)により不受理とした。

（注）「表見代理」とは、本人の代理人のように行動した者に実際は代理権がなかったけれども（無権代理）、取引の相手方から見るとあたかも代理権が存在しているかのように見える場合において、代理権が存在するものと信じて取引した者を保護する制度（民法109条、110条、112条）。

〔事案V-2〕災害死亡保険金請求

- ・平成21年11月5日 裁定申立
- ・平成21年12月2日 不受理決定

<事案の概要>

被保険者（夫）が肝臓病を患い病院に入院中の平成20年7月、ベッドから転落し頭部を強打した。検査の結果、異常がなく退院、退院翌日から家業に復帰したが、1ヵ月後に具合が悪くなり、慢性硬膜下血腫と診断され入院した。その後、血腫が拡大し意識混迷状態となった後、同年9月下旬に死亡した。

そこで、死亡保険金を請求したところ、普通死亡保険金は支払われたものの、災害死亡保険金が他社では支払われたにもかかわらず、支払われない。夫は病院のベッドから転落、その事故を原因とする慢性硬膜下血腫により死亡したものであり、これは「不慮の事故」による死亡に当たるので、災害割増特約にもとづき災害死亡保険金を支払って欲しい。

<不受理の理由>

本件は、事実認定が著しく困難な事案であり、証拠書類も乏しいことから、訴訟におけるような厳密な証拠調べ手続きをもたない当裁定審査会の審理手続きにはなじまず、公正な判断を行うためには、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り、当審査会において裁定を行うことは適當ではないと判断し、生命保険相談所規程第32条1項(5)を適用して、不受理とした。

〔事案V-3〕災害死亡保険金請求

- ・平成21年11月16日 裁定申立受理
- ・平成21年12月2日 不受理決定

<事案の概要>

平成20年、被保険者（夫）が散歩に出た後、行方不明となり、7ヵ月後に河川内で白骨化した頭蓋骨が発見され、死亡解剖の結果、死因は不詳とされた。

そこで、死亡保険金を請求したところ、普通死亡保険金は支払われたものの、川への転落状況が不明であり、約款上の「不慮の事故」とは認めがたいとの理由で、災害死亡保険金が支払われない。行方不明になった当日は警戒値を超える集中豪雨があり、河川の増水により流されて死亡した可能性が高い。これは「不慮の事故」によ

る死亡に当たるので、災害割増特約等にもとづき災害死亡保険金を支払って欲しい。

<不受理の理由>

本件は、事実認定が著しく困難な事案であり、証拠書類も乏しいことから、訴訟におけるような厳密な証拠調手続をもたない裁定審査会の審理手続にはなじまず、公正な判断を行うためには、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り、当審査会において裁定を行うことは適当ではないと判断し、生命保険相談所規程第32条1項(5)を適用して不受理とした。

[事案V-4] 生存祝金請求

- ・平成22年1月27日 裁定申立て
- ・平成22年3月3日 不受理決定

<事案の概要>

平成20年に保険会社に対し、未受領の祝金に関する確認を依頼したところ、「既に平成6年に私の口座に支払済みである」旨通知を受けたが、自らはその口座を認知しておらず、同6年に担当職員に祝金請求書を手渡したこともない。祝金を支払ってほしい。

<不受理の理由>

本件は、平成6年当時の担当職員との祝金請求書の授受に係る部分が申立ての当否を判断するに際して極めて重要な要素となるが、これに係る申立人の言い分と保険会社の言い分が先鋭に対立しており、当時の状況について慎重な事実認定が必要と考えられる。しかし、当時から既に16年が経過していること、当事者双方どちらの言い分が真実であるかを判断するための客観的証拠が乏しいことなどから、公正な判断を行うためには、裁判所における訴訟手続によることが適切であり、厳密な証拠調手続をもたない審査会において裁定を行うことは適当でないと判断し、生命保険相談所規程32条(5)にもとづき、申立てを不受理とした。

[事案V-5] 生存給付金請求

- ・平成22年3月8日 裁定申立て
- ・平成22年3月23日 不受理決定

<事案の概要>

保険会社が、事務処理上の過誤により、給与引き去りすべき平成7年1月分以降の保険料を別の人物の給与から引き去ってきた。保険会社は、申立契約を継続することを前提に、①保険料支払義務の消滅時効期間（商法663条）が経過していない過去1年間分の保険料の支払いと、②既に消滅時効期間が経過している過去1年間分以外の保険料については、民法508条に基づき、保険会社に据え置かれている「すえ置金」及び「配当金」との相殺（相殺後の不足保険料の保険会社負担）を提案してきた。

しかし、保険会社の提案には納得できないので、過去1年間分を含む全期間の保険料請求権の放棄と、「すえ置金」の支払い（相殺の否定）を求める。（予備的には、「すえ置金」から過去1年間分のみ限定しての保険料の控除（それ以外の「すえ置金」の自分への帰属）を求める。）

<不受理の理由>

本事案は、もちろんあってはならないことであるが、法律的には保険会社の提案には理由があり、申立人の要求内容は、その法律的根拠を見出すことができない。裁定審査会は、ADR（裁判外紛争解決機関）だが、法律的根拠を見出すことができない申立てを取り上げ、審理することは適当ではないことから、その性質上裁定を行うに適当でないと認められ、生命保険相談所規程32条1項(5)にもとづき、申立てを不受理とした。