

裁定審査会における 裁定の概要

〈平成22年度上期版〉

本冊子には、裁定審査会が審理を行い、平成22年度上期（平成22年4月～9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請求関係（契約転換含む）…… 1

事案 I - 1	契約転換無効確認・既払込保険料返還請求
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・既払込保険料返還請求
事案 I - 4	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 5	契約転換無効確認請求
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・10	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 11	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 12	契約無効確認・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・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
事案 I - 22	契約転換無効確認請求
事案 I - 23	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 24	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 25	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 26・27	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 28	契約転換等無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 29	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 30	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 31	契約転換無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 32	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 33	契約無効確認・既払込保険料返還請求
事案 I - 34	契約無効確認・既払込保険料返還請求

II. 保険金請求関係…… 37

事案 II - 1	高度障害保険金請求
事案 II - 2	高度障害保険金請求
事案 II - 3	死亡保険金請求
事案 II - 4	死亡保険金請求
事案 II - 5	高度障害保険金請求
事案 II - 6	高度障害保険金・保険料払込免除請求
事案 II - 7	高度障害保険金・保険料払込免除請求

III. 給付金請求関係…… 44

事案 III - 1	入院給付金請求
事案 III - 2	契約解除取消・入院給付金請求
事案 III - 3	入院給付金請求
事案 III - 4	入院給付金請求

事案Ⅲ－5	がん給付金請求
事案Ⅲ－6	入院給付金請求
事案Ⅲ－7	手術給付金請求
事案Ⅲ－8	入院給付金請求
事案Ⅲ－9	入院給付金請求
事案Ⅲ－10	入院給付金請求
事案Ⅲ－11	がん診断給付金請求

IV. その他..... 56

事案Ⅳ－1	配当金請求
事案Ⅳ－2	保険料払込方法遡及変更請求
事案Ⅳ－3	配当金・生存給付金積立利息請求
事案Ⅳ－4	自動振替貸付・失効取消請求
事案Ⅳ－5	復活保険料返還請求
事案Ⅳ－6	告知義務違反解除取消請求
事案Ⅳ－7	配当金請求
事案Ⅳ－8	解約取消請求

V. 申立不受理..... 63

事案Ⅴ－1	新契約無効・解約無効請求
事案Ⅴ－2・3	契約無効確認・既払込保険料返還請求

I. 契約取消もしくは契約無効確認請求（契約転換含む）

【事案 I - 1】 契約転換無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定打切り

<事案の概要>

妻によりなされた契約転換は、契約者の意思にもとづかないもので無効であり、転換後契約の既払込保険料と転換充当額の合計金額を返還して欲しいとし、申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成17年、従来から加入していた保険を、転換制度を利用して現契約に加入し直したが、その際、下記のとおり、営業担当者の不当な行為により、無断で転換されたものであり、正当に契約が交わされたものではない。契約転換は無効であり、転換後契約の既払込保険料と転換充当額の合計金額を返還して欲しい。

- (1)妻に前契約の保険金受取人の変更手続の連絡を依頼したのみであり、妻も本件申込書が転換契約の申込書であることを認識していなかった。
- (2)申込書に署名押印したのは妻であり、妻にかかる転換契約をなす権限を与えていない。
- (3)営業担当者は、契約者不在を承知の上、自宅を訪問し、契約者以外の者（妻）に対して、設計書等の交付や保険契約の内容等の説明もないまま、記名押印を促し、新たな保険に転換させた。
- (4)営業担当者は、契約者である自分とは一度も会っていない。電話もなく、転換に関する説明もなかった。

<保険会社の主張>

下記理由により、転換契約は有効であり、申立人の請求に応じられない。

- (1)申立当初より、申立人の妻より「申込書は自分が書いた。思っていた内容と違う」との申し出を受け付けている。
- (2)申立人と支社次長とのやり取りの中で「契約のことは妻に任せているので判らない…」との発言があった。
- (3)申立人は診査を受診している。
- (4)当契約は、申立人の加入意思のもと、申立人の妻が申込書等を代筆したものであって、契約は有効と判断している。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方から提出された書面および申立人、営業担当者からの事情聴取の内容にもとづき審理を行ったが、下記のとおり、訴訟により裁判所の判断を得ることが相当との結論に達し、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、その理由を明らかにして、裁定手続きを打ち切ることとした。

- (1)本件において、申立人が妻に対して自己を契約者、被保険者とする保険契約の解約及び新たな契約をなす個別的な代理権、あるいは保険契約を妻の判断に従って任意に選択し、締結する等の保険の管理ともいえるべき包括的な代理権を授権していれば（文書によることは必要ではない）、本件契約は有効に成立していることになる。
- (2)本件において、かかる代理権の存否を判断するに關係する事実としていくつかの事実が挙げられるが、これらの事実は必ずしも代理権の存在に決定的な事実とは言えない。一方、代理行為の相手方である保険会社は、代理権の存在を証明すべき責任があるが、上記事実のみではその証明があったとまでは評価できず、これを最終的に判断するためには、本件契約の中心となる申立人の妻あるいは申立人の母親（保険会社の営業担当者を紹介する等、契約に関与した可能性がある）の尋問をしなければならない。
- (3)しかし、当審査会には当事者以外の者の供述を求める手続きも権限も存在しないから、本件について適正な結論を得るには、訴訟により裁判所の判断を得ることが相当との結論に達した。

【事案 I - 2】 契約転換無効確認請求

・平成22年4月21日 和解成立

<事案の概要>

契約転換時に、重要事項の説明がなかったとして転換契約を取り消し、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5年に加入した普通終身保険（死亡保険金1,000万円）について、平成19年3月に契約転換を利用し、新しい保険（積立終身保険）を契約した。その際、下記のとおり募集人に説明不十分な点があったので、消費者契約法にもとづき転換後契約を取り消し、転換前の終身保険に戻してほしい。

- (1)契約転換した際に、営業担当者から重要事項（終身保険は保険料払込満了後の選択肢があること、全部転換・

一部転換の選択が出来たこと、予定利率が5.5%から1.5%に下がること、一生涯1,000万の死亡保障が一時金になること)について説明がなかった。

(2)営業担当者は重要事項の説明不足を認めている。

(3)医療保障の充実が図れるという良い所のみ口頭で説明し、契約者に不利益な点については、書面で渡しているから、口頭での説明義務はないとする保険会社の回答は消費者契約法違反に当たる。

<保険会社の主張>

下記理由により、被転換契約を取り消して転換前の契約に戻すことはできない。

(1)重要事項の説明が無かったことの主張について

営業職員は、下記のとおり、転換前後の保険商品、重要事項の説明を行っている。

①終身保険の保険料払込満了後に、年金として受取りが可能であることは、「ご契約のしおり」に記載があり、約款にも記載されている。

②「転換制度のおすすめ(転換比較表)」に保障内容の見直しには、契約転換制度(契約一部転換含む)、定期保険特約等の中途付加、追加契約などの方法があることが明記されている。また、「重要事項説明書(注意喚起情報)」にも同様の記載がある。

③「転換制度のおすすめ(転換比較表)」に、転換前の保険料算出根拠は年5.5%であり、転換後の保険料算出根拠は年1.5%であることが明記されている。また、「ご契約のしおり」にも、保険料算出利率は転換前後で異なることが記載されている。

④「転換制度のおすすめ(転換比較表)」に転換前の1,000万円の普通終身保険が500万円の普通定期保険になることが明記されている。営業職員はこれらの資料を用いて、口頭でも説明を行っている。また、申立人は、営業職員と一緒に、携帯用パソコンを使い画面を見ながら、死亡保障の期間と金額について設計しているのだから、死亡保障の期間と金額に関する認識はあった。

(2)消費者契約法による取消しの主張について

①申立人は消費者契約法4条にもとづく取消しを主張しているが、営業職員は、会社所定の説明資料を用いて説明しており、その資料には消費者に不利となる事実が記載してあるため、営業職員は消費者に利益になる事実だけを告げていないし、消費者に不利益な事実も告げている。したがって消費者契約法4条2項による取消しは出来ない。

②営業職員は事実と異なることは何ら告げていないので、消費者契約法第4条1項1号に基づく取消も出来ない。

③保険料率算出利率が毎年変動することは、「契約転換制度のおすすめ(転換比較表)」に記載されているし、配当金が変動することは「重要事項説明書(注意喚起情報)」に記載されており、申立人はこれらの説明資料を受領している。したがって、消費者契約法第4条1項2号に基づく取消も出来ない。

(3)契約申込書を受領した際に、「重要な事項が書かれていますからお読みください」と説明し、「重要事項説明書(注意喚起情報)」「お申込み内容控え」「ご契約のしおり 約款」を申立人に渡し、申立人は申込書に受領印を押している。

<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、申立人および営業担当者からの事情聴取した内容にもとづき審理した結果、申立人にも過失があったと思われるものの、事情聴取において、営業担当者が終身保険や転換制度について正しく理解していなかったことが窺われた。

そこで、保険会社との意見交換を行い、保険会社に対し審査会としての心証を伝え、問題解決に向けた検討を要請したところ、保険会社から和解案の提案があり、審査会から申立人に同和解案を提示したところ、同意が得られたので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

【事案I-3】契約転換無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年6月10日 和解成立

<事案の概要>

十分な説明がないまま不適切な取扱いにより契約(転換)させられたとして、契約を無かったことにして保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

1. 申立1(被保険者を娘とする保険契約について)

知り合いだった営業担当者の勧誘を受け、平成4年10月に契約④から契約③に転換契約をし、同12年7月に契

約③から契約②に転換契約をし、さらに同16年11月に契約②から契約①に転換契約をした。また、同14年10月に契約⑤に新規加入した。いずれの契約時においても、契約内容について十分な説明がなされなかったばかりか、被保険者である娘の同意を得ていない、医師による娘の診査が必要であるにもかかわらず娘は医師の診査を受けていなかった。

上記のとおり、営業担当者は、本人確認をしない、医師扱いなのに被保険者に受診させない、十分な説明をしない等、悪質な勧誘方法を用いて契約転換を繰り返させており、各契約を取り消して、契約①から⑤の各保険の払込保険料全額に法定利息を付けて返還して欲しい。

契約①		契約②		契約③	
契約年月	H16年11月	契約年月	H12年7月	契約年月	H4年10月
保険種類	医療終身保険	保険種類	終身保険（重点プラン）	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	申立人の娘	被保険者	申立人の娘	被保険者	申立人の娘
受取人	申立人	受取人	申立人	受取人	申立人
契約④		契約⑤			
契約年月	S63年5月	契約年月	H14年10月		
保険種類	定期付終身保険	保険種類	個人年金保険		
契約者	申立人	契約者	申立人		
被保険者	申立人の娘	被保険者	申立人の娘		
受取人	申立人	受取人	申立人		

2. 申立2（被保険者を申立人とする保険契約について）

平成4年10月に、契約⑩から契約⑧に転換契約するとともに、契約⑨に新規に加入、同12年7月に契約⑧、⑨から契約⑦に転換契約をした。さらに同14年11月に契約⑦から契約⑥に転換契約をした。

営業担当者は、契約⑥～⑨において、契約転換の内容等について十分な説明をしなかったばかりか、医師による診査が必要であるにもかかわらず私は医師の診査を受けておらず、契約⑥～⑨は無効である。

無効である契約⑥～⑨の払込済保険料を、契約⑧への転換によって消滅した契約⑩を復活させたくて契約⑩の保険料に充当し、平成20年1月時点で契約⑩を解約した際に支払われる解約返戻金等を支払って欲しい。

契約⑥		契約⑦		契約⑧	
契約年月	H14年11月	契約年月	H12年7月	契約年月	H4年10月
保険種類	医療終身保険	保険種類	終身保険	保険種類	定期付終身保険
契約者	申立人	契約者	申立人	契約者	申立人
被保険者	申立人	被保険者	申立人	被保険者	申立人
受取人	申立人の娘	受取人	申立人の娘	受取人	申立人の娘
契約⑨		契約⑩			
契約年月	H4年10月	契約年月	S63年5月		
保険種類	3大疾病保障定期保険	保険種類	定期付終身保険		
契約者	申立人	契約者	申立人		
被保険者	申立人	被保険者	申立人		
受取人	申立人の娘	受取人	申立人の娘		

<保険会社の主張>

1. 申立1（申立人の娘を被保険者とする保険契約について）

申立人が求める具体的事項のうち、契約①～⑤の取消しおよびこれに伴う既払保険料（ただし、既支払の配当金、祝金等を控除した清算金）の返還については応じることが出来るが、遅延損害金を付することについては応じられない。

2. 申立2（申立人を被保険者とする保険契約について）

申立人が求める契約⑦～⑨の取消には応じられないが、契約⑥への転換の取消には、応じる用意がある。

<裁定の概要>

裁定申立てを受け、保険会社に答弁を求めたところ、上記のとおり解決案の提示があった。裁定審査会では、申立人、保険会社双方から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人、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、生命保険相談所規程第41条第1項を適用し、裁定書により裁定審査会の判断を明らかにしたうえで、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 - 4】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月27日 和解成立

<事案の概要>

契約者の関知しない保険契約は無効であるとし、保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年に保険料の振込督促状が届き、私が契約者（被保険者）となっている全く知らない保険契約（契約①：終身保険）が、同10年に成立していることが判った。この契約（契約①）は、営業担当者と義母との間で契約されたものと思われ、夫が義母に問い質したところ、営業担当者から「義母が記入し、押印しても問題ない…」と説明され、契約したと言っている。

同時に加入した別の保険契約（契約②、生存給付金付定期保険）もあるが、この保険は前に義母から話を聞き、保険証券も手元にあるので追認したと言われれば止むを得ないが、契約①については、契約者である自分が全く知らない契約であり、契約は無効である旨申し出た。

保険会社は、私が19年に「生年月日訂正届出書」を提出したことは追認行為に当り、契約は有効に継続していると主張するが、無効な行為は追認によってもその効力を生じないものであり、契約を破棄し既払込保険料を速やかに返還して欲しい。

<保険会社の主張>

本件契約については、下記のとおり、申立人から無権代理行為の追認があったものと認定することが妥当であり、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)契約当時、営業担当者は義母から「嫁の保険を考えて欲しい」旨の依頼を受け、設計書を用い義母に説明したところ申立人が加入する旨申し出があった。そこで、申立人と会う約束をとったが、申立人が時間に遅れたため、義母は「申込書は預かり事務に渡しておくから取りにくれば良い」と言われ、結果として申立人の面前での申込みを受けなかった。
- (2)当初申出があった際、申立人は、保険料は義母であるAさんに連絡し請求して欲しいと言っていたのであり、本件契約の無効そのものを求めているとはなかった。
- (3)申立人は、平成19年7月に、「生年月日（性別）訂正届書」を提出、「生年月日（性別）訂正届書」にはいずれも文書の中央において「※以下の契約につきましても同時に契約者・すえ置金受取人の生年月日の訂正を行いません。〇〇組第xxx-xxx号（契約①の証券番号）」と記載されており、客観的にみて本件契約の有効を前提にした届出であることが示されている
- (4)本件契約の加入と同一時期に、全く同様に、義母が営業担当者から預かった後に、申込書類等を当社に提出し保険料を負担し加入した別件契約②について、申立人は、すえ置金全額の請求をしている他、その3年前の16年にも生存給付金請求書を自分で記入・押印等して請求し給付金を受領しており、申立人は別件契約②については追認を否定することが難しいとしている。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社から提出のあった書面にもとづき契約締結時の状況等につき審理を行い、裁定審査会の見解を保険会社に伝え、和解の斡旋を行ったところ、保険会社から、和解案の提示があり、同案を申立人に提示したところ、同意が得られたので、和解契約書の調印をもって円満に解決した。

【事案 I - 5】 契約転換無効確認請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

被保険者が死亡したが、転換時に誤説明があったことを理由に、契約転換（減額転換）を無かったことにして、転換前の死亡保険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>

亡夫が契約者・被保険者であった平成10年加入の定期付終身保険（被転換契約）を、営業担当者から勧誘を受け、20年3月、ガン保障の充実を目的に契約転換し、がん入院特約付の定期付終身保険（転換後契約）を契約した。

亡夫は、同年3月下旬にA病院にて胃がんと診断され、同日A病院に入院、転換後契約の責任開始日から59日後胃がんと診断確定され、同年8月に胃がんにより死亡した。そこで、保険金等を支払請求したところ、がん入院特約給付金は支払われず、三大疾病保障定期保険金は金額の少ない転換後の金額200万（転換前の金額500万円）しか支払われないと言う。しかし、下記のとおり、転換の際に事実と異なる説明を受け、誤信したもので、契約

転換手続きには瑕疵があり、転換後契約の申込みは錯誤によるもので無効である。契約転換をなかつたことにして、被転換契約にもとづいた保険金を支払って欲しい。

- (1)契約転換の勧誘を受けた際、「保障の切れ目」が発生することが不安であることを営業担当者に伝えたが、3つの事例を挙げて説明をされたため、契約転換を行っても問題はないと考えた。(しかし、転換後契約に付加したがん入院特約は、責任開始日から90日以内のがんと診断確定された場合には、がん入院特約が無効となることについて、説明を受けていない)
- (2)そのため、亡夫は契約転換手続きを行ったが、営業担当者の説明は誤っており、契約者に不利益となる事柄についての説明もなかった。
- (3)転換手続きに際し、契約者である亡夫は営業担当者と面接しておらず、約款も契約転換から数日経過した後に届けられており、契約転換手続きには重大な瑕疵がある。

<保険会社の主張>

営業担当者は、下記のとおり、申立人を介して契約者である亡夫に対し、転換後契約後の契約、付加したがん入院特約の内容について説明しており、契約転換手続きに瑕疵はなく、契約者である申立人の亡夫にも錯誤はなく、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)営業担当者は、契約を転換すると被転換契約が消滅し、転換後契約の保障内容で保険会社が保険契約上の責任を負うことになること、保険金額が減少すること、責任開始日から90日以内のがんと診断確定された場合はがん入院特約が無効となることなどについて、資料に基づき説明を行っている。
- (2)口頭での説明は申立人に対して行ったものだが、後日に契約者・被保険者自身の署名による申込みを受けている。また、転換手続きの説明時ないし申込書受領時に、申立人に「ご提案書」及び「ご契約のしおり 約款」を交付し、営業担当者はこれらの資料に基づいて説明を行っている。
- (3)申立人は、契約転換手続きの直後に、亡夫がガンで亡くなり、支払いを受けられる保険金額が減少してしまったため、本件申出に及んだものと思われるが、顧客間の公平上、申し出に応じることは出来ない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者から提出された書面および申立人、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)営業担当者による90日間不担保の説明の有無について

一般に、がん入院特約には不担保期間があり、保険会社の営業担当者において、通常、説明がなされている事柄であることからすると、申立人の供述のみをもってして、90日間不担保の説明がなかったと認めることはできない。一方、営業職員が、申立人を介して亡夫に90日間不担保について説明したと認めることもできない。しかし、営業職員が、申立人の亡夫に、90日間不担保について説明していなかったとしても、そのことが直ちに転換契約の無効に繋がるものではない。

(2)亡夫の錯誤について

申立人が主張する亡夫の錯誤は、不担保の期間はないと誤信したというものだが、亡夫は既に死亡しており、説明を求めることはできず、そもそも亡夫に錯誤があったのか明らかではない。また、仮に錯誤があったとしても、この錯誤が、民法95条の錯誤に該当するためには、「要素の錯誤」^(注)と認められる必要がある。

そこで、「要素の錯誤」の成否を検討するに、がん入院特約において、不担保期間があることは一般的であり、通常人にとって、不担保期間があるか否かが、転換契約を左右する事情とは認められない。よって、亡夫に錯誤があったとしても、「要素の錯誤」と認定することはできず、申立人の錯誤無効の主張は認められない。

(注)「要素の錯誤」とは、法律行為の重要部分に錯誤があり、当該錯誤がなかったならば、表意者(本件では亡夫)はもちろんのこと、通常人においても、転換契約をしなかったであろうことを意味する。

(3)契約転換手続における重大な瑕疵の有無について

申立人は、営業担当者が亡夫と面接していないことを問題にするが、本件においては、亡夫は、申立人を介し、契約内容の説明を受けることを了承しており、また、申立人より説明を受けて、契約申込書等に署名・押印していることからすると、契約転換手続きに瑕疵があったと認めることはできない。

また、申立人は、約款の交付が遅れたことを主張するが、契約申込書の受領印からすると、約款は、転換契約申込書提出日に申立人に交付されていると認められるから、契約転換手続きに瑕疵があったと認めることはできない。

〔事案 I - 6〕 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

父が亡くなった直後に変額個人年金2件に続けて加入したが、募集人（銀行員）はリスク等の説明をせず、募集上問題があったとして、2つの契約を取り消し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>

亡父がかねてから取引のあった銀行の行員（募集人）を通じて、父が亡くなった直後の平成19年5月と6月に、続けて変額個人年金2件（申立契約1：平成19年5月契約、申立契約2：同年6月契約）に加入したが、契約締結時に、下記のとおり募集上問題があった。募集人から十分な説明があったら、申立契約は締結しなかったので、契約を取り消して2件の変額個人年金の一時払保険料全額を返還して欲しい。

- (1)募集人は、父の死亡直後間もない心身とも余裕のない時期に、申立契約のリスクについて説明をせず、リスクのないような契約であると信じ込ませるような勧め方をした。
- (2)募集人は、「私が外国にいますので、放っておいても安心」などとメリットばかりを強調し勧誘を行い、運用成績が悪かった場合等のリスクについて説明しなかった。
- (3)募集人は、保険勧誘時に「ご契約のしおり・約款」を用いた説明をしておらず、契約申込後に初めて交付された。
- (4)募集人の上記勧誘行為は消費者契約法第4条2号1項及び2項違反（断定的判断の提供及び不利益事実の不告知）であるので、申立契約を取り消す。

<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)当該銀行に確認したところでは、申立人に対する2件の変額個人年金保険のいずれの勧誘に際しても、通常の保険募集時と同様に「ご契約のしおり・約款」を用いて説明しており、運用成績が悪かった場合等のリスクについても説明しており、銀行側からこれらの商品を一気に売りに売ったということではなく、申立人の意向を確認しながら、通常の募集を行ったということである。
- (2)そもそも申立人の父が保険会社の変額個人年金保険の契約者であり、亡くなった時に一時払保険料を2割以上上回る死亡保険金が支払われたことを知った申立人から、「使わない銀行預金であるし、預金では金利が低いから、同種の商品はないか」ということで、申立人から、父を亡くされた直後であったにもかかわらず、照会を受けたのが保険募集のきっかけであったということである。
- (3)なお、申立人は、営業担当者が説明する際に、差し挟まれた質問に対して一つひとつ時間をかけて説明し、申立人自身もインターネット等で調べられた様子が窺えた。そのうえで意向確認書の内容の一つひとつ確認して署名頂いたということである。
- (4)保険会社としては、申立人同様に、今般の金融危機による運用悪化によって損失を蒙った多くの保険契約者との公平性を考慮せねばならず、申立人のみを救済すべき法的根拠は認められない。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容、申立人および募集人からの事情聴取の内容にもとづき、申立契約1及び2につき、①募集人が、勧誘時に、消費者契約法第4条1項2号及び2項に規定される断定的判断の提供及び不利益事実の不告知を行ったか、②募集人が、リスクのある商品につき、メリットのみを強調したため、申立人がリスクのない商品であると誤信し、錯誤によって申立契約を締結したかの点について審理した。

その結果、申立契約1および申立契約2とも、下記のとおり、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1について

下記のとおり、申立人の主張はいずれも認めることは出来ない。

- 1) 勧誘時に使用されたリーフレットには、本件保険が国内外の株式や債券に分散投資することが明記されている、また、イメージ図から、資産残高が変動し一時払保険料を割り込む可能性がありうることも明示されている等からすれば、通常人であれば、申立契約1は、資産を変動の可能性のある国内外の株式や債券に分散投資し、その資産残高は一時払保険料を割り込むことがあり、その場合には、分配金と年金によって一時払保険料を保証する仕組みであることは、理解しうるものである。
- 2) 意向確認書には、「5 本保険商品は資産が特別勘定で運用され、特別勘定の運用実績に基づいて死亡保険金額・積立金額・年金額・解約返戻金等が変動することをご理解いただきましたか。」「7 本保険商品は最低保証付年金及び最低保証付終身年金以外による年金受取の場合や年金の一括受取の選択をした場合、年

金の受取総額が最低保証されていないことをご理解いただきましたか。」「8 本保険商品は預金ではなく中長期ご継続いただくことを前提とした保険商品であり、積立期間の途中でご解約された場合の解約払戻金は、運用実績及び〇〇生命所定の控除により一時払保険料相当額を下回る可能性があることをご理解いただきましたか。」等の質問項目があり、申立人は、これらを自ら読み、「はい」にチェックをし署名している。

3) 募集人が上記1) 記載のリーフレットを用いて申立人に申立契約の説明をし、2) 記載の意向確認書を申立人が読み、自らチェックしている以上、募集人が、消費者契約法第4条1項および同条2項に該当する勧誘を行ったとは認定できない。

4) 契約時の申立人の年齢(40代後半)及び申立人の経歴を考えれば、申立人は、契約時に用いられた上記のリーフレット及び意向確認書などから、申立契約1が、最低保証金額を割り込んだ場合のリスクを理解しえたと推測される。申立人は、募集人がリスクの説明をしなかったと主張するが、もし、申立人が、募集人から説明を受けていなかったのであれば、上記のとおり、意向確認書には、重ねてリスクの確認条項があるところ、通常1,500万円もの一時払保険料を支払って契約するのであるから、申立人がその内容を理解しないままチェックをすることは考えられず、意向確認書を記載する段階では、そのリスクを理解してチェックしたと考えられる。

したがって、申立契約1につき、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、申立人が本当に錯誤に陥っていたとしても、意向確認書の記載に際して、意味を理解しないまま「はい」にチェックをしたとすれば、その点については、少なくとも、申立人には、重大な過失があると言わざるを得ないので、錯誤無効を主張することはできない(民法95条ただし書き)。

(2)申立契約2について

下記のとおり、申立人の主張はいずれも認めることは出来ない。

1) 申立人は、申立契約2のリーフレットについて、「見せられた可能性があるが、保存していなかった」と述べるが、少なくとも、当時(2007年4月版)のリーフレットは見せられたものと思われる。当該リーフレットには、「変額個人年金Ⅱ型」との記載があり、本件が変額個人年金であることが明示され、2ページには、資本資産配分として、日本株式、外国株式、日本債券、外国債券に投資しての運用であること、イメージ図等によって、申立契約は、運用成績によって資産残高が変動することが明示されている。さらに、リーフレットには、保険商品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、運用は終了します。保証金額付確定年金(15年)のお受取で、元本相当額を最低保証します。」との記載がある。さらに同ページの下の方には、「!」マークの後に、「保証金額付確定年金(15年)に代えて一括の受取を選択された場合、元本相当額の最低保証はありません。その場合、元本の〇〇%相当額が保証されます。」等のリスクの記載がある。

これらのリーフレットの記載からすれば、通常人ならば、元本保証額の最低保証は条件付のものであり、資産残高が下限値以下に到達した場合には、確定年金によって元本が保証され、一括受取を選択した場合、元本相当額の最低保証がないことは、理解可能である。

2) また「意向確認書」には「5 本保険商品は資産が特別勘定で運用され、特別勘定の運用実績に基づいて死亡保険金額・積立金額・年金額・解約返戻金等が変動することをご理解いただきましたか。」「7 本保険商品は、積立金額が基本保険金額の〇〇%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。」「8 本保険商品は預金ではなく中長期ご継続をいただくことを前提とした保険商品であり、積立期間の途中でご解約された場合の解約払戻金額は、運用実績及び〇〇生命所定の控除により一時払保険料相当額を下回る可能性があることをご理解いただきましたか。」等との質問項目があり、これらを申立人自ら読み、「はい」にチェックをし、自署している。

3) 募集人が、上記1) 記載のリーフレット等を用いて、申立人に申立契約の説明をし、2) 記載の意向確認書を申立人が自らチェックしている以上、募集人が、消費者契約法第4条1項及び2項に該当する勧誘を行ったとは認定できない。また、前述のとおり申立人の年齢や経歴からして、申立人には、上記のリーフレット及び意向確認書などから、申立契約2が、最低保証金額の〇〇%を割り込んだ場合のリスクを理解しえたと推測される。

したがって、申立人が、申立契約2につき、契約申込み当時、錯誤に陥っていたものと考えすることはできない。仮に、申立人が本当に錯誤に陥っていたとしても、上記の事情からすれば、意向確認書には、重ねてリスクの確認条項があり、1,000万円もの一時払保険料を支払って契約するのであるから、申立人がそ

の内容を理解しないまま、チェックをしたとすれば、少なくと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ない（民法95条ただし書き）。

【事案 I - 7】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年5月21日 和解成立

<事案の概要>

夫の死亡後間もない動揺している時期に、高齢者に対し、リスク等について説明をせず、非現実的で非常識な契約をさせたとして、契約取消しと一時払保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

夫が亡くなった直後の平成19年6月、以前から付き合いのあった銀行の行員（募集人）を通じて変額個人年金保険に加入したが、同保険は募集人による違法不当な勧誘により締結されたもので無効であり、既払込の一時払保険料を返還してほしい。

- (1)募集人は、夫の死亡直後の心身共に全く余裕のない時期に、運用結果が悪い場合のリスク（運用が悪いときには年金による長期分割で受取ることにより一時払保険料相当額を回収するしかないこと等）など契約の内容の説明をしないで、契約を締結させた。そのため、申立契約の内容を理解しないまま、申立契約をリスクのないものと誤信して加入したものであり、適切な説明があったら、申立契約を締結しなかった。
- (2)被保険者は自分で、自分に万が一の事があった場合に保険金が娘に支払われると思っていたが、実際には、被保険者は娘であった。
- (3)契約締結時84歳の高齢者であったが、申立契約において、運用結果が悪かった場合には、15年後の99歳から109歳まで10年にわたり年金を受け取ることにより、総額として一時払保険料相当額を受け取ることになるが、このような非現実的、非常識な保険を勧誘するのは不当である。
- (4)契約締結時点で、金融資産は保険料の2倍などなく、保険料に充てたお金は余裕資金ではなく、大切な生活の糧であった。にもかかわらず、意向確認書において、募集人の指示により、事実と異なることにチェックがなされている。

<保険会社の主張>

下記により、申立人が主張する、変額個人年金の無効を理由とする、既払込保険料の返還請求に応じることはできない。

- (1)当該銀行に確認したところ、申立人に対する変額個人年金保険契約の勧誘に際して、通常の保険募集時と同様に「ご契約のしおり・約款」を用いた説明をしており、運用成績が悪かった場合等のリスクについても説明しているし、銀行側からこれらの商品を一気呵成に売り込んだということではないということである。
- (2)申立人の娘が、営業担当者から変額個人年金保険を約3週間前に購入していた（なお、その商品説明の際に申立人も同席していた）ところ、申立人の娘の依頼により、申立人に対して同じ商品を案内したものであり、営業担当者による申立人に対する商品説明時には申立人の娘が同席し、営業担当者とともに商品内容を申立人に対して説明するなどして、申立人の意向を確認しながら募集を行ったということである。
- (3)申立人から「定期にしておいても仕様がな」との発言があり、申立人の娘から「生活費は郵便局のお金があるから大丈夫」との確認を得ていたということである。
- (4)申立人同様に、今般の金融危機による運用悪化によって損失を被った多くの保険契約者との公平性を考慮せねばならず、申立人のみを救済すべき法的根拠は認められない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方から提出された書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづいて、募集人の勧誘行為が適切であったか、申立人が契約内容を理解して契約を締結したかの点について審理した。

審理の結果、①申立人は、勧誘時に「最終的に娘に行くのよね」と契約の動機を口に出していることが認められ、申立人の希望としては、自分が死亡した場合に娘が一括して死亡保険金を受け取ることを期待するのが当然であると考えられるが、申立契約では申立人が死亡してもそれができない契約であって、申立人の本来の希望に添えない契約であった、②申立契約は、運用結果が悪かった場合の元本保証の方法として、運用期間終了後から10年間にわたり年金を受取ることにより、一時払保険料相当額を回収するとの内容であるが、申立人が一時払保険料相当額を総額回収するためには、109歳を待たねばならないことになる、③診断書によれば、申立人は契約時、難聴で補聴器をつけており、人の話を何度も聞き返す、質問とは違う答えをする、ということがたびたび見られるような状態であったことが認められる等の事情がある。

このような事情の下では、申立人に保険を勧誘するに当たっては、募集人は、申立人の理解を確認しつつ、通

常以上に丁寧に契約内容を説明するべきであり、申立人への意向確認が十分できているとは言い難い状態で、契約意思の確認として不適切であったと考えられる。

裁定審査会では、上記の諸要素を踏まえ、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り、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 - 8] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月27日 和解成立

<事案の概要>

契約締結に際し、営業担当者の契約転換制度等についての虚偽説明があったとして、契約を取り消して既払込保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成18年12月頃、妻と娘2人の貯蓄性の高い終身保険への加入を申し出たところ、次女は終身保険への加入可能年齢に達していなかったため、営業職員からこども保険（申立契約）への加入を勧められたが、二度ほど断ったところ、営業職員から「こども保険に加入し、終身保険に加入できる年齢になったら終身保険に切り替える」ことを勧められ、こども保険に加入した。

ところが2年後、こども保険から長女と同じ終身保険への切り替えを申し出たところ、「出来ない」と言われ、こども保険加入時の営業職員の説明が、下記のとおり虚偽であることが判明した。申立契約を取り消し、払い込んだ保険料を全額返還してほしい。

- (1)営業職員に対し、貯蓄性の高い保険（終身保険）に加入したいとの意向を伝えたところ、職員からは、将来、終身保険への変更が可能で、変更の際には申立契約の払込保険料全額を終身保険に充当できるかのような説明があったので申立契約に加入した。
- (2)申立契約を終身保険に変更するためには、契約転換または申立契約を解約し終身保険に加入するしかないところ、いずれの方法をとっても、申立契約の払込保険料金額を終身保険に充当することはできず、職員からは契約転換制度や、解約払戻金が払込保険料を下回ることの説明を受けていない。また、約款も受け取っていない。

<保険会社の主張>

担当職員は、下記のとおり、契約転換制度および解約返戻金について適切に説明しており、申立人の請求に応じることはできない。

- (1)担当職員は、契約転換制度が被転換契約の責任準備金等の転換価格を転換後契約の一部に充当するものである旨、申立契約の累計保険料や解約払戻金の推移について説明した。
- (2)また、申立人に交付した「ご契約のしおり・約款」にも、契約転換制度や解約返戻金が払込保険料を下回ることがある旨の説明がある。
- (3)なお、申立人は、以前、申立外契約について契約転換をしており、申立人が契約転換制度や解約返戻金が払込保険料を下回ることがあることを知らなかったとは考えられない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人からの事情聴取の内容にもとづいて、下記のとおり審理した結果、生命保険相談所規程第41条第1項を適用し、裁定書により裁定審査会の判断を明らかにしたうえで、和解案を当事者双方に提示し、その受諾を勧告したところ、同意が得られたので、和解契約書の締結をもって円満に解決した。

- (1)申立人は、営業職員より申立契約から終身保険に切り替える際、申立契約の既払込保険料全額が切替後の終身保険の保険料に充当されると理解したと主張するものの、営業職員に明確に確認していないとのことであり、また、営業職員も申立人が述べるような説明はしていないと陳述している。また、申立人は、以前に契約転換の経験があり（ただし、転換契約という用語は知らなかったと述べている）、その時には、転換価格が払込保険料を下回っていたことを認識していた。こうした事情からすると、申立人の供述のみをもって、営業職員が虚偽の説明をしたと認めることは困難と言わざるを得ない。
- (2)とすると、仮に、営業職員の説明が重要事項に関するものであったとしても、営業職員が契約転換に際し、重要事項について事実と異なることを告げたとは認められず、営業職員に詐欺があったと認めることもできない。また、申立人の主張する錯誤は、いわゆる「動機の錯誤」に属するもので、動機が相手方に表示されていたとは認められず、申立人の錯誤を民法95条の錯誤と認めることはできない。

(3)しかし、申立契約から、長女と同じ単体の終身保険への転換はできなかった。これは、保険会社の責に帰すべき事情ではないものの、ただ、申立契約当時、申立人が長女と同じ終身保険への転換（切り替え）を期待したことは事実で、将来、転換できない場合もあり得るとの明確な説明はなかった。

(4)そこで、こうした事情を考慮し、審査会が相手方会社に和解の検討を求めたところ、和解案の提示があり、審査会も本件の事情に鑑みると、同和解案により本件を解決するのが相当と考えた。

[事案 I - 9・10] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月27日 裁定終了

*事案 I - 9 と同 I - 10は、姉妹が、2つの同一の保険に同時に加入した契約に関する裁定申立てで、裁定審査会では2事案について同時に審理を行った。

<事案の概要>

不適切な募集行為により望まない保険に加入させられたとして、契約の取消し、既払込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>

下記の申立契約①、②については、募集人の不適切な募集行為により、両方とも自分たちの望んでいない保険に加入させられたものであり、保険契約を詐欺取消とし、既払込保険料の全額を返金して欲しい。

1. 申立契約①（終身保険（米国通貨建））について

(1)平成15年10月の加入時、募集人は、10年満期であると説明したが、実際には終身型であり、保険料払込期間も20年（75歳払込終了）であった。加入時の説明の際、約款やパンフレットも交付されておらず、内容を確認できなかった。

(2)また、本件契約は死亡時のみ保険金が支払われるものであり、子供のいない私たちには不適切な商品であるのに、この点も説明しなかった。私たちは預金と同じつもりで、10年経ったら保険金が支払われるものと思っていた。

2. 申立契約②（終身医療保険<120日型>）について

平成15年12月に加入したが、入院の保障期間が1入院につき365日で、一般には病気になっても病院には30日しか入院できず、かつ、高額医療費も公的保険で賄え、実際には必要もない保険であるにもかかわらず、募集人はあたかも必要であるような虚偽の説明をした。

契約①		契約②	
契約年月	H15年10月	契約年月	H15年12月
保険種類	積立利率変動型終身保険（米国通貨建）	保険種類	終身医療保険
契約者	申立人	契約者	申立人
被保険者	申立人	被保険者	申立人
死亡保険金受取人	申立人の姉（事案 I - 9 の場合。I - 10 の場合は妹）	給付金受取人	申立人

<保険会社の主張>

本申立を受けて事実確認を行ったところ、以下のとおり、申立契約①、②を取り扱った募集人が、その締結または募集に際し、申立人が望んだ保険と違う保険に加入させた事実は認められず、請求に応じることはできない。

1. 申立契約①について

(1)申立人の要望を受けて募集人が提案したものであり、パンフレットと設計書を用いて面前で説明を行い、払込期間についても説明を行っている。

(2)契約締結後、保険証券が交付され、払込期間も明記されていること。

(3)申立契約締結後、毎年の契約応当月に「ご契約内容のお知らせ」を申立人に送付し、その中で契約内容をお知らせしている。

(4)申立人は、契約締結後、募集人および当社に対し、本申立てのような不服を述べたことはなかった。

2. 申立契約②について

申立契約①の上記(1)～(3)については、申立契約②についても同様であり、また、申立契約②の取消・保険料返金の主張は、当社が契約①の取消要望に応じるのは難しいと回答した後の流れの中でなされたものであり、当初は通常の解約検討の申入れであった。

<裁定の概要>

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、消費者契約法の不実告知（4条1項1号）または民法の詐欺による取消（96条1項）、あるいは民法による錯誤無効（95条）の主張であると解釈できる。

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面および申立人、営業担当者からの事情聴取の内容にもとづいて審理した結果、下記のとおり、申立内容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条を適用し、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1. 申立契約①について（10年満期であると説明された点について）

(1)契約申込書には、申立人の署名があり、自分で署名したことを申立人も認めている。申込書には保険内容が明確に分かるように記載されており、そこには保険商品名が記載され、保険期間は終身と記載されており、終身保障されること、逆にいえば死亡しない限り保険契約は継続することが分かる。

また、保険料払込期間も、「払込期間」の欄が直ぐ横にあり、そこには75歳とされ、10年満期とは明らかに異なることが、申込時点で理解できるようになっている。

このような文書に署名しているということは、一般には、上記の事実を申立人が認識していたものと推定されることになる。従って、募集人が虚偽の説明をしたという事実を明確に認めることはできない。

(2)申立人は、パンフレットや約款を交付されていないと主張するが、保険申込書の「ご契約のしおり・約款」の受領印欄には申立人の印鑑が押印され、申立人はこれらの書類を受領したと推定される。

この点につき、申立人は「押印は募集人がした」と主張するが、それが事実であったとしても、申立人の目の前でそれがなされた場合には、申立人の承認があったと判断され、普通はどこに押印したかを確かめるものであり、申立人の意思に反したと主張する場合には、その事実を裏付ける特別の事情を証明しなければならないが、本件ではこれを認めるに足りる証拠はないので、ご契約のしおりやパンフレットなどによって、契約の重要な事項を説明しなかったと認めることはできない。

よって、本件手続きにおいては、消費者契約法4条1項1号及び民法96条に基づく、本契約の取消しを認めることはできない。

(3)申立人は、「子供のいない者には不適切な保険である」旨主張する。これは、保険期間に関する重要事項の説明義務違反の主張であると理解できるが、前記のとおり、申込書には終身保険と記載されており保険期間は明確であり、口頭の説明がなくとも、直ちに説明義務には違反しないし、要素の錯誤^(注)による無効（民法95条）ともならない。

(注)「要素の錯誤」とは、その人だけでなく、一般人において事実と異なっていることが分かっていたら、契約をしなかったと判断できるような錯誤をいう。

2. 申立契約②について

申立人は、不適切な契約であることを理由に、錯誤無効を主張しているものと考えるが、下記のとおり、契約②は、一般的な判断としては、申立人に不適切、不要な契約とは判断できない。従って、申立人の主張する錯誤の事実は、要素の錯誤を認めることはできないので、本契約が無効であると認定することはできない。

(1)申立人は、「1回の入院は30日間であり、365日という長期の入院は出来ないから不必要だ」と主張するが、入院が30日に限られているという事実自体は誤解であり、また、本件保険は一旦退院後、短期間内に同一の病気で再入院した場合には、1回の入院として入院期間を通算され、合計すると長期間となることがあり、本件の保障期間が客観的に不適切であるとは言えない。

(2)入院保険の給付金は、入院医療費のみに充てるものではなく、入院をすれば保険で賄えない医療費以外にも、普通の生活をしている場合と比較して諸々の出費が必要となる。入院日額1万円というのは、むしろ世の中で多く見られる。

【事案I-11】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

定期預金が満期になり、募集人（銀行員）の説明を受け変額年金保険に加入したが、募集人の説明は虚偽の内容であったので、契約を無かったことにして、支払済みの一時払保険料を返してほしい。

<申立人の主張>

平成18年10月、定期預金が満期になり継続手続きのために銀行を訪れたところ、募集人（銀行員）の勧めにより「最低保証付変額保険（年金受取型）」に2件加入したが、下記のとおり、募集人の説明は事実と異なる内容であったので、契約を無かったことにして、払い込んだ保険料を返してほしい。

(1)ハイリスクの商品であるのに、利回り4%の確実なハイリターンの商品であると説明され、それを信じて加入したが、実際は全く異なり、ハイリスク及びノーリターンの商品であった。

(2)また、2～3年後に中途解約することも可能で、高額な解約返戻金がもらえる商品であるとの虚偽の説明を受

けた。

- (3)保険会社と銀行は、「契約月別シミュレーション表」を新規募集資料に使用し、共謀して詐欺紛い（まがい）のマニュアルで顧客獲得をしている。

<保険会社の主張>

下記のとおり、募集人は適切な説明をしており、虚偽の説明をした事実はなく、保険料返還の請求に応ずることは出来ない。

- (1)利回り4%の商品であるとの説明はしておらず、商品内容、重要事項については、パンフレット、契約概要、注意喚起情報等を使用のうえ、説明している。
- (2)元本割れリスクについては、パンフレットの資産運用実績例表を用いて、運用実績が6%・4%・0%・-2%の場合について各々説明するとともに、解約控除が発生すること、0%の運用実績でも解約控除等により元本割れする点を説明している。また、注意喚起情報については、申立人と読み合わせを行いながら、リスクについても説明を行っている。
- (3)新契約時に、「契約月別シミュレーション表」は当社の募集資料として正規に登録されたものであり、使用することは不正なことではない。

<裁定の概要>

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、善解すると、①消費者契約法4条1項1号（不実告知）または2号（断定的判断の提供）に基づく取消し、②詐欺による取消し（民法96条1項）、③要素の錯誤による無効（民法95条本文）を主張するものと解され、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これらの点につき審理した。

その結果、下記(1)~(5)等の事実を認めることが出来、このような事実を踏まえれば、募集人は、本件商品のリスクについても説明したものと推認するのが合理的である。確かに、パンフレット中の「特別勘定の資産運用実績例表」の3頁では、運用実績「4%の場合」の数字にのみ書き込みがあるが、4頁では、「0%の場合」と「-2%の場合」の「10年・年金原資」の箇所にも書き込みが見られるから、運用実績「4%の場合」以外の説明を全くしていないとは考えにくい。この点、申立人は、募集人から4%で確実に運用する商品であると説明されたから、それを信じ切ってしまった、生命保険に入るつもりは全くなかった、定期より率の良い定期預金のような商品だという認識しかなかった、と述べるが、前述のような事実を照らすと不自然なように思われる。

- (1)パンフレットには、「引受保険会社」として「〇〇生命保険会社」と明記されており、「この保険は、特別勘定の運用実績に応じて積立金額が変動し、年金支払開始日の前日末の積立金額にもとづいた年金額をお支払いする変額年金保険です。」「解約返戻金額は、運用実績により一時払保険料（元本）を下回ることがあります。」と記載されている。
- (2)申立人は、募集人がパンフレット中の「特別勘定の資産運用実績例表」で例示されている運用実績4%の場合のみを強調して説明したと述べるが、同表には運用実績が6%、0%、-2%の各場合も例示されている上、「ご確認ください」として、「記載の数値は、例示の運用実績が据置期間中一定でそのまま推移したと仮定して計算したものです。実際のお受取額は、運用実績により増減しますので、将来のお受取額をお約束するものではありません。」「例示の運用実績は上限・下限を示すものではなく、6%を上回る場合も、-2%を下回る場合もあります。」と明記されている。さらに、同3頁には、「解約返戻金額について」として「解約返戻金額は、運用実績により一時払保険料を下回ることがあります。」との記載もある。
- (3)契約申込書の表には「生命保険契約申込書（保険商品名）」と明記され、「引受保険会社」として「〇〇生命保険会社」と記載されている。契約申込書兼告知書の宛先は「〇〇生命保険会社」と記載され、「保険契約者」「被保険者」「死亡給付金受取人」（申立人は自ら死亡給付金受取人を△△に指定している）「一時払保険料（満了時最低保証金額）」欄が設けられている。
- (4)「ご契約重要事項のお知らせ（注意喚起情報）」には、「最低保証付変額保険（年金受取型）のリスクについて」として「運用実績によっては、積立金額・解約返戻金額・死亡給付金額および災害死亡給付金額が一時払保険料を下回ることがあります」と目立つように記載され、「解約時のお取扱いについて」として途中解約の場合の不利益について明記されている。
- (5)申立人も、勧誘の際、上記パンフレット、契約申込書、「ご契約重要事項のお知らせ（注意喚起情報）」、さらに「ご契約内容（契約概要）」「特別勘定のしおり」を見せられたことは認めており、また、募集人がこれらの書類を利用せずに商品内容を説明することは困難と思われる。

以上の次第から、①募集人が、申立契約締結に際し、重要事項について事実と異なることを告げたり、将来

における変動が不確実な事項につき断定的判断を提供したりしたとは認められず、消費者契約法4条に基づく取消しは認められない。②欺罔行為も認められないから、詐欺による取消し（民法96条1項）も認められない。③また、錯誤の存在を認めることは困難であり、仮に錯誤が認められ、それが要素の錯誤に当たるとしても、パンフレット等の募集資料には本件商品のリスクを含む重要事項の説明が随所に記載されており、表意者（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ない（民法95条ただし書き）。

したがって、申立てを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。

【事案 I -12】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

変額個人年金の契約締結に際し、募集人（銀行員）による虚偽説明または説明義務の懈怠があったとして、申立契約の取消しと既払込保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成19年4月、定期預金が満期になり、銀行の支店で勧められ変額個人年金に加入したが、その際、下記のとおり、募集人（銀行員）による虚偽の説明、説明義務の懈怠により商品内容を誤解して契約締結した。契約を無効にして、既払込保険料に利息を付けて返還して欲しい。

(1)虚偽説明の内容

募集人は、①申立契約は元本保証である、②解約はいつでも可能だが、3年内の解約は損（元本割れ）になる等、の虚偽の説明をした。

(2)説明義務懈怠の内容

募集人は、「元本割れ」があること、買った後に諸費用がかかること、解約手数料がかかること、毎年30万円の受取は「元本」からの引き出しであることなどの説明を怠り、申立人を誤信させて契約締結へ誘導して、商品内容を正しく理解していたならば契約しなかったであろう契約を締結せしめた。

<保険会社の主張>

当該銀行に確認したところ、下記のとおり、募集人による虚偽説明または説明義務の懈怠はなく、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)申立人に対する変額個人年金契約の勧誘に際しては、通常の募集時と同様に、商品パンフレットを用いて商品の特性、殊にリスクについて十分に説明しており、投資信託で運用するため資産残高は上がったり下がったりすること、運用が不調で一時払保険料を下回ったときは、15年間の確定年金で受け取り、その年金受取総額に一時払保険料相当額の保証があること、買った後に諸費用がかかること、中途解約時には解約控除があること等のリスクおよび毎年の30万円の受取の結果運用が芳しくなければ基本保険金額が減ることがありうることにについても説明している。

(2)他方、「元本保証」であること、「解約はいつでも可能である（但し、3年以内の解約は損になる）こと」などの説明は、募集に際して一切行っていない。

<裁定の概要>

申立人が一時払保険料の返還を求める法的な根拠は明らかではないが、裁定審査会では、①消費者契約法4条1項1号（不実告知）または同条2項（不利益事実の不告知）、②詐欺による取消し（民法96条1項）、③錯誤による無効（民法95条）を主張するものと解し、申立書、答弁書等の書面の内容および申立人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

その結果、下記(1)～(3)の次第により、募集人が申立契約を勧誘するに際し、重要事項について事実と異なることを告げたり、不利益となる事実を告げなかったりしたとは認められず、消費者契約法に基づく取消しは認められない。また、募集人に詐欺があったと認めることもできず、詐欺による取消しも認められない。さらに、申立人に錯誤の存在を認めることは困難で、仮に錯誤が認められ、それが要素の錯誤に当たるとしても、申立人は、パンフレット、意向確認書等について、自署した書面も含め読んでいなかったと述べるが、もしそうした状態で申立契約の申込みをしたのであれば、申立人には、錯誤に陥ったことについて重大な過失があったと言えるから、申立人から無効を主張することはできない（民法95条ただし書き）。

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、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

(1)パンフレット、意向確認書等の記載内容について

- ①パンフレットのプランイメージ図は、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が容易に窺える図となっており、「イメージ図は将来の資産残高や死亡保険金額、年金額等を保証するものではありません」と記載されている。また、「ご契約にかかわる諸費用」と大きな文字で書かれた表題の下に、「運用期間中の費用」として、「保険関係費用」が【年率2.36%】、「運用関係費用」が「年率0.315%」を要する旨大きな文字で記載されている。
- ②申立人自身がチェックしたうえで署名している意向確認書には、特別勘定の運用実績により積立金額・年金額・解約返戻金額等が変動すること、解約返戻金額が一時払保険料を下回る場合があることの理解の確認がなされている。
- ③申立人が署名・押印している書面「ご留意事項（生命保険用）」には、「運用状況や為替相場等により保険金額・満期受取額・年金受取総額及び解約返戻金の額等がお支払いいただいた保険料を下回る場合があります」と記載されている。

(2)虚偽説明の有無について

パンフレットには、申立契約は元本保証であること等の記載はなく、そして、募集人が、パンフレット、意向確認書及び「ご留意事項」などの書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われる。また、これら書面に則して説明するのが一般的であって、書面の記載から明らかな事柄について、その記載と異なる説明をすることは通常考えられないことからすると、特段の事情がない限り、募集人は、パンフレット等の書面に則した説明をしたと推認するのが合理的である。本件では、募集人が虚偽の説明をしたと認めることができる証拠は、申立人の供述しかなく、他に、上記推認を覆す特段の事情は認められず、募集人に虚偽説明があったと認めることはできない。

(3)説明義務懈怠の有無について

前記のとおり、募集人が、パンフレットなどの書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われ、これら書面に則して説明するのが一般的であることから、特別払戻及び控除される諸費用についても、特段の事情がない限りパンフレットに則した説明をしたと推認するのが合理的である。本件では、募集人の説明義務懈怠を認めることができる証拠は申立人の供述しかなく、他に、上記推認を覆す特段の事情は認められず、募集人に説明義務の懈怠があったと認めることはできない。

【事案 I -13】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年 7月 27日 裁定終了

＜事案の概要＞

募集人（銀行員）による虚偽の説明または不十分な説明により、商品内容を誤解したとして、変額個人年金保険を取り消し、既払込保険料を返還してほしいと申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成16年9月、募集人が勧誘のため来訪し、同日、銀行にて変額個人年金保険（保険料一時払）に加入したが、本契約は、下記のとおり、募集人の虚偽説明又は説明不十分により商品内容を誤解して締結した不当な契約であり、契約を取り消し既払込保険料を返還してほしい。

- (1)保険会社の商品であることを告げず、銀行の商品であると誤信させた。
- (2)元本保証でいつでも解約できることを再三強調する一方で、保証されるのは契約後10年経過後から支払われる15年間の年金受取総額であること、運用結果次第で目減りする可能性があること等の重要な説明を怠った。
- (3)平成17年5月の銀行支店長との面談の際、支店長より「本社に相談した結果、契約を解消してもよい」と回答があったにもかかわらず、今では面談さえ全面否定し、偽りを隠蔽している。

＜保険会社の主張＞

募集銀行の説明によれば、下記のとおり、募集人が主張するような虚偽の説明は行っておらず、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)通常の保険募集と同様に商品パンフレットを用いて商品の特性、ことにリスクについて十分に説明しており、保険会社の商品であること、投資信託で運用するため資産残高は上下すること、中途解約時には解約控除があること等のリスクについても説明しており、「元本保証でいつでも解約できること」を強調した募集などは一切行っていない。
- (2)募集時の記録として、申立人が署名した「質問票」および銀行担当者が作成した「その他特記事項」に鑑みても、募集者の説明を疑うべき理由は認められない。

(3)契約後に申立人が解約の申し出のために来店したことはあるが、当時の支店長から「本社に相談した結果、契約を解消してもよい」と回答した事実はない。

<裁定の概要>

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、①消費者契約法4条1項1号（不実告知）に基づく取り消し、②詐欺による取り消し（民法96条1項）、③錯誤による無効（民法95条）を主張するものと解し、申立人が主張する取消原因、錯誤の有無について、申立書、答弁書等の書面の内容および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記(1)～(5)の事実を総合すると、募集人による申立契約の勧誘に際し、虚偽の説明や商品リスクの説明不足があったとは認めることはできず、申立人の主張する取消事由や錯誤があったと認めることもできない。また、仮に申立人が錯誤に陥っていたとしても、後述の事実と照らすと、申立人には重大な過失（注意義務違反の程度の甚だしい過失）があると言わざるを得ず、申立人から無効を主張することはできない。

なお、申立人は、銀行支店長との面談の際における同人の発言内容を問題とするが、真偽はともかく、それは申立契約成立後の経緯であるため、申立契約の取消原因や無効原因となる事情ではない。

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、申立人に対し、本件商品の内容について、少なくとも簡易パンフレットに基づき説明したことが認められるが、そこには以下のような記載が存在する。

①表紙には、かなり大きな文字で「〇〇生命保険会社の変額個人年金保険」、「募集代理店 〇〇銀行」「引受保険会社 〇〇生命保険会社」と記載されている。

②本件商品の2つの特長として、「年金受取総額は元本相当額を最低保証」、「運用によって資産が元本相当額より増えた場合には 年金受取を待つことなく『特別引出』が可能」と記載され、同趣旨の説明が繰り返し記載されている。

③「この保険は、運用実績に応じて資産残高が変動します。」と明記されている。

(2)申立人が自署・捺印している契約申込書には、以下のような記載が存在する。

①宛先は「〇〇生命保険会社」とされ、表題には大きな文字で「変額個人年金保険（最低保証付年金特約付）」と明記されている。

②「死亡保険金受取人」欄には、申立人が夫の名前を自書している。

③「受領・確認欄」には、「特に重要なお知らせ/ご契約のしおり」「特別勘定のしおり」を確かに受け取りました。「私は、貴社の変額個人年金保険の加入に際し、当契約申込書裏面の『変額個人年金保険に関する確認書』に記載されている事項について、生命保険募集人から説明を受け、その内容を確認しました。」と記載され、そこに申立人が自署・捺印している。

また、裏面には、「特別勘定には価格変動リスク、金利変動リスク、為替リスク等の投資リスクがあり、特別勘定の運用によってもたらされる損益はすべて保険契約者に帰属すること」が明記されている。

(3)申立人は「保険商品のご案内にあたって」と題する書面、「質問票」と題する書面にも自署しているが、これらの書面の記載からも、本件商品が「保険」であることは容易に認識できる。

(4)申立人から提出された「生命保険証券」からも、本件商品が、年金支払開始年齢を71歳（10年後）とする、年金支払期間15年の「変額個人年金保険」であることを容易に認識できる。

(5)簡易パンフレットのどこにも、申立人が主張するような誤解を招く記載は見当たらない。

[事案 I -14] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

銀行員に勧められ変額個人年金保険に加入したが、適切な説明がなく契約内容を誤認して契約を締結したので、契約を取り消し払い込んだ保険料を返還して欲しい。

<申立人の主張>

平成20年5月、満期を迎えた定期預金の書き換えに銀行を訪れたところ、銀行員（募集人）から勧められて変額個人年金保険に加入した。しかし、募集人から重要事項と商品内容について以下の不適切な説明があり、商品内容を誤認して契約したので、契約を取り消して保険料を返して欲しい。

(1)最初に3%の手数料をとられることの説明がなかったこと。

(2)運用の仕方について、300万円を運用し、利息として毎年3.2%、9万6000円が支払われると誤った説明をし

たこと。

- (3)解約について、10年たてば解約しても損はしない、10年後には利息を含め396万円になると言い、元本欠損リスクについて誤った説明をしたこと。

<保険会社の主張>

下記の通り、募集人が重要事項の不説明もしくは商品内容に関する虚偽説明を行った事実は確認できないため、申し出に応じることはできない。

- (1)初期費用については、パンフレットの商品仕組図や諸費用のページにより説明している。
- (2)パンフレットの商品仕組図と年金受取シミュレーション図を用いて、積立金から取り崩して年金が支払われる旨を説明している。
- (3)元本欠損リスクについては、商品仕組図を用いて価格変動のある株・債券等で運用しており、残高が日々変動することをイラストで示しながら説明している。また、解約控除についてもパンフレット最終ページを用いて経過年数に伴う手数料を説明し、「10年以上経つと解約手数料はかからないのね」とのコメントに対して、再度、「もし10年後に解約した際に運用状況が悪くなっていれば元本割れの可能性がある」と元本欠損リスクについて説明している。

<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および申立人および募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、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)パンフレットの商品仕組図、「諸費用について」において、3%の手料金を特別勘定繰入前に一時払い保険料から控除する旨の説明があり、募集人が申立人にこのパンフレットを見せながら説明をした以上、これを説明しなかったとすることは通常考えられない。
- (2)次の諸事実からすると、募集人が、勧誘時にパンフレット等を示しながら、申立人に対して、上記パンフレットや意向確認書等の書類とまったく矛盾する「元本300万円は保証され、毎年3.2%の利息が支払われる。」との説明を行ったとは、考えにくい。
- ①一時払保険料（基本保険金額）(=申立人の言う「元本」の部分)は、3%の契約初期費用控除の上、特別勘定に組み入れられ、積立期間経過後に、その中から年金として一定額が払い出されていくため、一時払保険料（基本保険金額）(=申立人のいう「元本」の部分)が逡減していくことがパンフレットのイメージ図として示されている。また、パンフレットには、「積立金がなくなった場合」との記載があり、運用実績によっては、一時払保険料（基本保険金額）がなくなってしまうこともあることが、示されている。
- ②パンフレットには「一時払保険料（基本保険金額）が100%保証されます。」と記載されているが、そのすぐ下に一時払保険料の保証が一定の条件のもとであることが明示されている。
- ③パンフレットには申立人が加入した受取重視プラン年金シミュレーションの一覧表があり、毎年年金が払い出されると積立金残高が逡減していくことが理解しうる。
- ④申立人は、意向確認書兼適合性確認書の、受取総額（死亡一時金+既払年金累計額）として一時払保険料相当額の最低保証金があることの確認に自ら目を通し、募集人が読み上げているのを聞きながら「はい」にチェックした。
- (3)以上のとおり、募集人が虚偽の説明を行い、また、契約時の初期費用について説明しなかったとの事実は認定できず、消費者契約法上の不実告知、断定的判断の提供があったとは判断できない。また申立人が申立の趣旨記載の錯誤に陥ったとも、考えられない。
- 仮に、申立人が、申立人の主張するような錯誤に陥ったとしても、申立人は、前述の内容のパンフレットを見ながら申込契約の説明を受け、意向確認書兼適合性確認書について、自ら目を通し、募集人が読み上げているのを聞きながら「はい」にチェックしたのであるから、その錯誤について、重大な過失があると判断せざるを得ない。
- (4)保険会社は、募集人が「以前は問題があったが、今は改良されて10年経てば解約しても大丈夫である」と発言したことを否定しているうえ、仮に募集人がそのような説明をしたとしても、申立契約は、10年経過後は、実際に解約手数料がゼロになるのであり、また上記のとおり、一定の条件のもとで、一時払保険料が保証されるのであるから、消費者契約法上の不実告知とは判断できない。また、上記の募集人の説明によって申立人がいかなる錯誤に陥ったのか、明らかではないので、申立人の錯誤も認定できない。

【事案 I -15】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年9月29日 裁定打ち切り

<事案の概要>

銀行を窓口に変額個人年金に加入したが、契約締結時に募集人（銀行員）から虚偽の説明があったとして、契約を無効にして既払込保険料を返還してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

銀行の支店担当者から、再三再四電話で来店要請を受け、平成18年に支店窓口で募集人（銀行員）から説明を受け、定期預金の解約金と普通預金の返戻金を一時払保険料に充当し変額年金保険契約（10年据置、5年確定年金）を締結した。その際、募集人から次のような虚偽の説明があったので、契約を無効とし、既払込保険料を全額返還して欲しい。

- (1)変額年金保険の説明を受けた際、過去の運用実績例を参考に銀行に預けるより有利と勧められたが、当時70歳を超えていたため無理をしても契約期間は2年程度であるとして断ったところ、「この保険は随時解約が出来て1年間に付く利息はこの程度ですと色付きマーカーで説明を受け、契約してすぐ解約すると解約手数料は高いが、2年後だと手数料も下がるのでどうですか…」と、勧められた。
- (2)そこで、2年後には解約する旨を伝え契約に応じたが、2年経過後に解約しようとしたところ、契約時の説明とは異なり、解約返戻金額が払い込んだ一時払保険料を下回っていて、解約が出来なくなってしまった。

<保険会社の主張>

以下の理由から、錯誤・詐欺・強迫といった無効・取消事由および消費者契約法上の重要事項の不実告知等の取消事由等はなく、申立人の保険料返還請求には応じられない。

- (1)申立人から定期預金に預けている資金について、増額を含め長期運用の相談を受け変額年金保険の提案を行っている。
- (2)契約時に申立人は、「10年後を考えると定期預金ではやはり増えないですし、元本保証付でしたら安心ですね。途中で増えていたら出せるのもいいですね。」との発言をしており、資金の長期運用に関心を示されていたと考えられる。
- (3)募集人は、月別シミュレーション表を用いて商品内容・期間・リスク等についても説明（10年の商品である点、解約時の控除の説明含む）を行っており、2年後の解約返戻金が一時払保険料を下回ることはない、との説明を行った事実は認められない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社双方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、募集人が「2年後には解約手数料も下がり、解約しても元本が保証される」との虚偽の説明をしたかについて審理したが、募集人がパンフレット等の書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われること、また、これら書面に則して説明するのが一般的であって、書面の記載から明らかな事柄についてその記載と異なる説明をすることは通常考えられないことから、「特段の事情」がない限り、募集人はパンフレット等の書面に則した説明をしたと推認するのが合理的と言える。

そこで、本件において、「特段の事情」が存在したかについて、下記のとおり検討したが、審査会としては、「特段の事情」の存在は可能性に止まり、その存在が明確でないとの理由で手続きを終了するのではなく、この点を解明する必要があると判断した。そして、解明のためには、募集人の事情聴取が必要だが、本件では募集人自身の事情により事情聴取を実施することができず、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はない。そこで、本件は募集人を尋問することができる裁判手続において解決するのが妥当と判断し、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)申立人は、2年経過した時点で申立契約を解約しようとしており、主張に即した行動をとっている。また、パンフレットの解約返戻金額についての「積立金に対する控除率」表の契約日から経過年数が1年未満、1年以上2年未満、2年以上3年未満の欄は黄色のマーカーによる記入があり、さらに説明に使用された「契約月別シミュレーション表」も契約から2年経過日の欄はピンク色のマーカーによる記入がなされ、いずれも2年という期間を意識して説明がなされたと思える形跡があった。
- (2)こうした点から、申立人は、2年後に解約する意向であることを募集人に伝えていた可能性が窺え、「契約月別シミュレーション表」のピンク色のマーカーで印が付された解約返戻金額が一時払保険料を上回っていることから、申立人は2年後の解約返戻金額が一時払保険料を下回らない（元本保証）と理解して、申立契約を締結した可能性も窺え、上記「特段の事情」が存在した可能性があると言える。
- (3)相手方会社が募集人と面談して聴取した結果として、パンフレットの黄色のマーカーは説明手順の一環として

募集人が記入したもののだが、「契約月別シミュレーション表」のピンク色のマーカーによる記入は記憶にない、との報告があったが、募集人が行ったものではないとまでは認められず、相手方会社の報告のみでは、「特段の事情」が存在する可能性を否定するには至らない。

- (4)相手方会社から、募集人が募集時に作成した「確認記録簿」が証拠として提出されたが、同書面に記載されている契約締結時の時間について申立人の申出内容と著しく異なるが、申立人において、時間について事実と異なる内容を述べる理由も見出し難いことから、書面の記載内容の正確性に問題が残り、やはり「特段の事情」が存在する可能性を否定するには至らなかった。

[事案 I -16] 契約無効確認・既払保険料返還請求

・平成22年8月31日 裁定終了

<事案の概要>

契約時、生命保険商品であることや商品のリスクや等に関する募集人（銀行員）の説明が不十分であったとして、契約を取り消し、支払済みの一時払保険料全額を返してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年11月、銀行を訪れた際に募集人（銀行員）から勧められ、「積立利率金利連動型年金」の10年保証期間付終身年金タイプを契約したが、下記のとおり、募集人の説明不十分により、同銀行の「10年満期定期預金」と誤認して加入申込みをした。契約を取り消して、払い込んだ一時払保険料全額を返してほしい。

- (1)契約時、募集人は、生命保険会社の保険商品であることの説明をしなかったことから、保険契約をした認識はなく、10年満期で積立利率が1.48%の大変有利な銀行の定期預金の一種と思って申込みを行った。
- (2)当該年金契約は保証期間が10年であり、払込保険料相当分を受け取るには94歳まで生存しなければ元本を回収できないというリスク等について説明せずに、短時間で契約させた。

<保険会社の主張>

下記のとおり、募集経緯に特段の瑕疵はなく、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)募集人は、本契約の保険商品の提案に当たって「〇〇生命の」と話しながら募集資料を提示している。商品説明に使用した資料には「〇〇生命保険」が表記されている。
- (2)契約は申込書に自署・捺印し、自ら「即時年金特則」「年金保証期間」「継続年金受取人」等の記入を行い、年金振込口座届の自署・捺印および振込口座の記入も行っている。このことから、申立人は、当該申込が募集銀行の定期預金の一種ではなく、当社の年金商品であることを認識していた。
- (3)年金設計書には、保証期間（10年）の年金受取確定金額700万円余が明記され、設計書を用いて募集人から申立人に対して年金受取確定金額の説明が行われた。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張は、消費者契約法（第4条1項1号及び同条2項）による取消しおよび民法（第95条）による錯誤無効の主張であると解されるので、上記主張が成立するか否かの点について、双方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、下記のとおり審理した結果、本件申立内容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)申立人が、募集人から、申立契約について、保険会社の保険商品ではなく募集銀行の定期預金であるとの説明を受けて、そのように誤信したか否かの点について
- ①パンフレット、年金試算設計書、契約締結前交付書面、意向確認書兼適合確認書その他当事者提出の証拠のいずれからも、申立人が申立契約が募集銀行の定期預金であると誤信するような記載は認められず、むしろ、申立契約が相手方会社の年金保険であることが、明記されていると評価せざるをえない。
- ②募集人が、パンフレットおよび年金試算設計書などの資料を申立人に見せながら、申立契約の内容を説明したことは、当事者間に争いが無いが、そうであるとすると、募集人が、パンフレットの明記に反して、本件が保険会社の保険商品であることや、生命保険であることを説明しなかったことは考えられず、これを見ながら説明を聞いていた申立人が申立契約を募集銀行の定期預金であると誤信したと認定することも困難である。
- ③よって、この点に関して、募集人の重要事項についての不実告知（消費者契約法第4条1項1号）ないしは、申立人の錯誤（民法第95条）があったと認めることはできない。仮に、本当に錯誤があったとしても、上記の経緯から、申立人には重大な過失^(注)があったと考えられる。

(2)「10年保証期間付終身」の年金累積受取額が、一時払保険料相当額を上回るためには20年かかることについて、募集人が申立人に対し説明をしなかったので、申立人がそのようなリスクがないと誤信して契約したか否かについて

①申立人が募集人より説明を受けた年金試算設計書の「年金受取累計額の推移欄」には、経過年数10年と経過年数20年の年金受取累計額のそれぞれの記載があり、10年経過時点では一時払保険料の約半分しか回収できず、20年経過して初めて一時払保険料を上回る金額を受け取ることができるということが分かる。

②募集人は事情聴取の際、勧誘時のやりとりの中で、平均余命から申立人の年齢では今後20年間に亘る年金が必要であるという話になり、申立契約の年金試算設計書を作成し、申立人に説明を同設計書にマーカーを引いて行った旨発言したが、申立人提出の同設計書には、20年の金額部分にマーカーが引かれており、少なくとも募集人は20年で累計して一時払保険料を上回る年金を受け取れることを申立人に説明したと推定できる。

③申立人は、この点の説明を受けていないと主張するが、募集人から年金試算設計書を見せられて説明されたこと自体は認めており、説明を受けたとする積立利率等のすぐ下に記載され、マーカーが引かれている年金受取累計額について説明されていないとすることは不自然である。

④よって、本件においては、募集人が、加入後20年経過しないと年金累計受取額が一時払保険料を下回るとの不利益を告げなかったとは認定できず、募集人の不利益事実の不告知（消費者契約法第4条2項）及びリスクについての申立人の錯誤（民法第95条）は、いずれも認められない。仮に申立人が、本当にそのような錯誤に陥ったとしても、上記の経緯から申立人には重大な過失^[注]があったと判断せざるを得ない。

【注】重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかな注意をすればたやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があること。

(3)申立人は、募集人が説明に要した時間が短時間である旨主張するが、申立人の主張する1時間30分程度の説明が、格別短いものであるとは判断できない。

【事案 I - 17】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年6月18日 裁定終了

＜事案の概要＞

銀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契約は無効であるため、既払込保険料と受取済払戻金との差額の支払を求めるもの。

＜申立人の主張＞

平成17年12月、銀行の支店で、行員（募集人）の説明を受け変額個人年金に加入した。その際に行員の説明は、下記のとおり、事実と異なり、誤解を招くものであった。虚偽の説明により契約したので契約は無効であるから、既払込保険料と受取済の分配金（自動特別払戻金）との差額を支払って欲しい。

(1)契約時の説明では、3年経過以降であれば解約手数料がかからず、一時払い保険料（1,000万円）をそのまま返戻するということがあったが、3年経過して銀行に行ったところ、解約返戻金は640万円しかなかった。

(2)「この商品は銀行が取り扱っていて、普通の保険会社の商品と全く違ったもので、分からないことがあれば全て銀行に聞けば分かる」と言われ、銀行の商品であり保険ではないと誤解した。

＜保険会社の主張＞

本件に関する下記の銀行側の主張は合理的であると考え、それを疑うべき理由を見出すことができないと考えられることから、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)募集時に、解約手数料をパンフレットに基づいて適切に説明し、資産残高が自動特別払戻金の支払の結果として減少し、運用いかんによって増減することもパンフレットに基づいて説明しており、虚偽の説明を行ったという事実はない。

(2)保険商品の説明がパンフレットに基づいてなされたことは、申立人も認めていると思われるが、当該パンフレットには、「解約が3年間以降であれば手数料が要らず、一時払保険料をそのまま返戻する」といった記述はない。他方、契約日から7年未満の解約について手数料が引かれること、資産残高が分配金の支払によって減少し運用いかんによって増減することが記載されている。

(3)申立人は、前記パンフレットに基づいて約1時間商品説明を受けた後、いったん持ち帰り、約3週間後に来店され、再度パンフレットに基づいて1時間以上の説明を受け、契約に至った。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の主張の法律上の根拠は不明であったが、「募集人は虚偽の説明を行ったものである

から、消費者契約法第4条1項あるいは民法96条（詐欺）により取り消す。あるいは民法95条の錯誤に該当するものであるから無効である」という主張であると善解し、当事者双方から提出された書面等の内容および申立人ならびに募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。審理の結果、下記理由により、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)消費者契約法及び詐欺による取消の可否について

下記により、申立人の契約取消の主張は理由がないものと認められる。

- ①申立人は、一度銀行の窓口で商品パンフレットに基づき説明を受け、その後資料を持ち帰り約3週間後に契約していることから、1カ月弱の期間、本件商品について考慮する時間があり、考慮にあたっては本件商品のパンフレットを検討したと推測できる。同パンフレットには年金払いの場合の元本保証についての説明はあるものの、それ以外の元本保証の記載はなく、かつ解約控除についても、控除率が0となるのは3年ではなく7年であることが記載されている。
- ②「保険商品のご提案にあたって」と題する文書には、大きく「預金等との相違について」との記載があり、「ご提案させていただく保険商品は預金等ではなく、元本の返済は保証されておりません。」と記載されており、申立人はそのすぐ下の欄に署名押印している。
- ③以上の事実から考えるに、一般人においては、本件商品は途中解約等の場合には元本が保証されないことを容易に認識できるものであり、募集人が、契約者が容易に認識できる事実について虚偽の説明を行うことは通常考えられない。
- ④申立人の事情聴取においても、募集人が虚偽説明を行ったことを合理的に推認できるような供述はなく、募集人の事情聴取においてもかかる事実を推認できる供述はなかった。その他の各証拠に照らしても、申立人の主張するような虚偽の説明を行ったことを推測できる事実は存在しない。

(2)錯誤無効の主張について

下記のとおり、申立人の本件契約についての錯誤無効の主張は認定することができない。

- ①本件パンフレットには明確に保険である旨の記載があり、かつ申込書にも冒頭に保険会社名の表示があること、文書「保険商品のご提案にあたって」には明確に保険商品との記載があること、その直ぐ下には取扱保険会社として数社の生命保険会社の記載があること等を勘案すると、申立人が本件契約にあたり、当該商品が保険であることを知らなかったという事実を認定することは困難である。
- ②申立人の主張するように、「わからないことがあれば銀行に聞けばわかる」との説明も、銀行が相手方会社の代理店である以上当然の説明であり、これをもって、銀行の商品であると申立人に誤解を生じさせるような説明と認定することはできない。

【事案 I - 18】 契約無効・既払込保険料返還請求

・平成22年6月30日 裁定終了

<事案の概要>

銀行窓口で変額個人年金の契約手続きをしたが、定期預金と勘違いして契約したとして、払込保険料の返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成18年8月、退職金を定期預金にするため、妻とともに銀行本店に行ったところ、銀行員（募集人）から最初に妻が、その後私が説明を受け、保険との認識がないまま定期預金（5年）だと勘違いして契約手続きを行った。

同20年10月に行員が訪問してきて、当該商品が定期預金ではなく、変額個人年金であることが初めて判った。加入時、銀行員から勧められた商品は、定期預金であるとの認識であったことから、書類の中身を確認しないままに署名・押印をしてしまったもので、商品内容についての十分な説明があれば、変額個人年金保険への加入手続きは行っていなかった。契約を取り消して、一時払保険料を返還して欲しい。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の契約取消し請求には一切応じられない。

- (1)募集人（銀行員）は、申立人に対し、申立契約が保険であって定期預金でないことを適切に説明しており、申立契約が定期預金であるとの説明（あるいは申立契約が定期預金であるとの誤解を招くような説明）は一切行っていない。
- (2)申立人が、申立契約が「定期預金（5年）」であると「勘違い」していたことはあり得ない。このことは、以

下の事項からも明らかである。

- ①申立人は、相当長い時間をかけて熟慮検討した上で、退職金を金利優遇定期預金、通常の定期預金、保険（申立契約）に振り分けていること。
- ②申立人は、申立契約締結以降、申立書添付の生命保険証券をはじめ、積立金等の運用状況通知を計12回に亘り郵送にて受領していたにもかかわらず、申立契約の申込時より2年5ヶ月を経過した平成21年1月になるまで申立人等から当社ないし募集行に対して、申立契約が定期預金であると思っていた旨の異議ないし申し出等は一切行われなかった。
- ③平成19年9月及び同12月、募集人が申立契約について連絡したところ、申立契約の保険募集に際し申立人と共に申立契約について説明を受けた申立人の配偶者から、「定期預金の方が良かった」と定期預金を選択しなかったことを後悔している旨発言があった。
- ④平成20年10月3日および6日、募集行の資産運用アドバイザーが、申立人の自宅を訪問し、申立契約の年金原資確保条件が消滅した旨説明したところ、申立人、申立人の配偶者からも、申立契約が定期預金であると思っていた旨の異議ないし申出等は一切なかった。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立書、答弁書等の内容、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、下記の事実が認められた。

- (1)「保険商品のご提案にあたって」には、冒頭部分に大きな文字で「保険商品のご提案にあたって」との記載があり、また、書面中には、申立契約が保険商品であることを示す記載が随所にあり、「当行がご提案する保険商品は預金等ではありません」との確認事項が記載され、この書面に申立人が自署押印している。
- (2)申立契約の「申込書・告知書」には、宛先として「〇〇生命保険会社」と記載され、同書面内には、「保険契約者」「被保険者」「基本保険金額」「死亡保険金受取人」等、明らかに保険契約であることが理解できる記載が多数存在し、「保険契約者」の欄は、申立人が記載して自署押印し、「死亡保険金受取人」の欄には、申立人が配偶者の氏名を記載している。
- (3)募集行提出の伝票によると、申立契約締結に際し、申立人は、退職金について、募集行の金利優遇定期預金と、通常の定期預金、申立契約に、それぞれ振り分けている。
- (4)上記(1)及び(2)の事実からすると、申立人が加入した商品が、「生命保険」であることは一目瞭然であったと言え、また、退職金を振り分けている行為からも、申立人は、申立契約と定期預金を区別していたことが窺える。

以上のことから、申立人に申立契約を定期預金と勘違いしたとの錯誤の存在を認めることは困難であり、仮に錯誤が認められ、それが要素の錯誤に当たるとしても、申立人は錯誤に陥ったことにつき重大な過失があったと言わざるを得ず、申立人から無効を主張することはできない（民法95条ただし書き）。

よって、本件申立て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。

[事案 I - 19・20] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

*夫婦2名より、同様の事実経過に基づく同一保険会社への申立て

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

変額個人年金保険加入の際の、募集人（銀行員）が行った保険商品及び契約事項（内容）に関する説明において、説明不足があったとして、一時払保険料の返還を求めるもの。

<申立人の主張>

平成19年10月、銀行の支店で、行員の説明を受け変額個人年金に加入した。その際に行員の説明は、下記のとおり、事実と異なり、誤解を招くものであった。虚偽の説明により契約したので契約は無効であるから、一時払保険料1,000万円を返還して欲しい。

- (1)元本が減るとの説明はなかった。
- (2)10年後に年金で受け取る商品であるとの説明はなかった。
- (3)投資するつもりはなく、保険商品である認識もなかった。
- (4)5年経てば2%程度の金利が付いて戻るとの説明を受けた。

<保険会社の主張>

募集人は、口頭による説明はもとより、申立人に必須交付書面をもれなく提示・交付し、その内容説明を行っ

ており、募集資料には、「本商品がリスクを伴う投資性の商品であること。また、年金保険であること」が明記されていることから、申立人の請求に応じることはできない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人の主張の法律上の根拠は不明であったが、「不実告知による消費者契約法4条1項1号、民法96条（詐欺）により取り消す、あるいは、民法95条の錯誤に該当するものであるから無効である」という主張であると善解し、当事者双方から提出された書面等の内容および申立人ならびに募集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)消費者契約法及び詐欺による取消しの可否について

下記により、申立人の契約取消の主張は理由がないものと認められる。

①契約にあたり、パンフレットにより説明を行っているが、同パンフレットには図面をもって積立金額の変動が示され、一時払保険料を下回る可能性が記載されている。同図面の直下に受取総額保証金額について「年金額の算出の基準となる金額です。」と記載され、かつ「年金支払開始日以後における既払年金累計額と被保険者がお亡くなりになった場合の死亡一時金額の合計金額の最低保証金額のことをいいます。」と記載されており、それ以外の場合における元本の保証の記載はない。

②また、意向確認書には、「この商品は預金ではなく、中長期にご継続いただくことを前提とした保険商品で、特別勘定資産の運用実績に基づき給付金額、積立金額、払いもどし金額および将来の年金額等が変動（増減）し、途中でご解約された場合は一時払保険料を下回る可能性があることをご理解いただいていますか。」と明確に途中解約の場合には元本割れをする可能性があることを記載してあり、かつ申立人自ら各項目をチェックした上で署名している。

(2)錯誤無効の主張について

下記のとおり、申立人の本件契約についての錯誤無効の主張は認定することができない。

パンフレットには、明確に「運用を続けながら一生受け取る年金」との記載があり、図表にも受取総額保証金額が特別勘定終身年金で支払われることの記載があり、契約申込書には、上段に大きな字で宛先として保険会社名の記載があり、その上に「変額個人年金保険契約申込書兼告知書」という記載があること等から考えると、契約当時、本契約が保険契約であり、年金方式によって支払われることを知らなかったとは到底考えられない。

[事案 I -21] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

定期預金が満期になり、募集人（銀行員）の説明を受け変額年金保険に加入したが、募集人の説明は虚偽の内容であったので、契約を無かったことにして、支払済みの一時払保険料を返して欲しい。

<申立人の主張>

平成20年3月に定期預金手続きのために銀行を訪れた際に、募集人（行員）の勧めで変額年金保険に加入したが、その際の行員の説明は事実と異なるものであった。リスクの高い商品を元本保証の金融商品と騙して契約させた行為は詐欺行為であり、犯罪行為による契約は成立しないと思うので、契約を取り消し（申立人の表現では契約解除）、既払込保険料を返還（申立人の表現では原状回復）して欲しい。

(1)元本保証のない金融商品に対し、元本が保証されている商品と説明された。

(2)期間10年の変額年金保険であるのに、5年満期の商品で、3年半で繰り上げ返済され元金が戻ってくると何度も説明された。

<保険会社の主張>

募集代理店である当該銀行による調査の結果、下記のとおり、販売方法、販売話法、販売説明等適切な取扱いをさせていただき、虚偽の説明をした事実はないと認識しており、契約取消の請求に応ずることは出来ない。

(1)適合性の原則に基づき、適切な販売をしており、契約内容、運用実績による積立金の変動リスク等重要事項について所定の募集資料を使用して説明している。

(2)運用期間は10年であり、10年経過すれば、その時点で仮に積立金が元本（払込保険料）を下回っていたとしても、元本は保証される旨説明している。

(3)5年満期の商品であるとの説明はしていない。

<裁定の概要>

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、①消費者契約法4条1項1号（不実告知）に基づく取消し、②詐欺による取消し（民法96条1項）を主張するものと解される。

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、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、下記(1)～(6)の事実を認めることが出来る。

- (1)パンフレットの表紙には、「投資型年金保険（目標設定型）xxx（保険商品名） ○○生命の変額個人年金保険」と明記されており、「モデルポートフォリオ50」「モデルポートフォリオ75」の上欄には、赤く太い文字で「下記データは、主要指標（インデックス）の過去のデータをもとに作成したもので、xxxの特別勘定の運用実績を示すものではありません。表示されたデータの確実性を保証するものではなく、また将来において同様の数値を示すことを保証または示唆するものではありません。」と書かれている。
- (2)同パンフレットには、「年金原資には最低保証があります。」と記載され、申立人が選択した「世界バランス50」では、「運用期間（10年）満了時の運用成果にかかわらず、年金原資として基本保険金額（注：解約・一部解約がない場合、基本保険金額は一時払保険料と同額になる）の100%を最低保証します。」とされている。
- (3)同パンフレットには、「特別勘定への繰入日以後、解約返戻金は、特別勘定の運用実績によって毎日変動（増減）します。解約返戻金には最低保証がありませんので、一時払保険料を下回ることがあります。」と、小さくない文字で記載されている。
- (4)同パンフレットの裏表紙には、「△△銀行」が「募集代理店」であり、「○○生命保険会社」が「引受保険会社」であることが明記されている。
- (5)「意向確認書」の「お客さまに特にご確認いただきたい事項」欄には、1から6の確認事項があるが、その3には「本保険は、預金とは異なり、中長期ご継続いただくことを前提とした生命保険（投資性の年金商品）であることをご理解いただきましたか。」、4には「本保険には、所定の運用期間満了を条件に、保険契約の型がA型の場合は（注：申立契約はA型である）基本保険金額相当額の……年金原資の最低保証がありますが、中途解約される場合、特別勘定の運用実績により解約返戻金額はお払込保険料を下回る可能性があることをご理解いただきましたか。」という確認事項が記載されており、申立人はいずれにも自ら「はい」にチェックし、自署している。
- (6)「契約締結前交付書面（契約概要/注意喚起情報）」にも上記パンフレットと同様の内容が記載されている。

以上のような事実を踏まえれば、

- ①申立契約は、中途解約をせずに10年の運用期間が満了すれば、運用成果にかかわらず、年金原資として一時払保険料の100%が最低保証される商品であるから、その意味で元本が保証された商品であることは相違なく、募集人がその点につき虚偽説明をしたとは認められない。
- ②運用期間が10年であることは、パンフレット等の書類に明記されており、募集人がこれと異なる説明（5年満期の商品である）をしたとは認められない。
- ③運用実績により積立金の変動するというリスクも、パンフレット等の書類に明記されており、募集人が事務手数料（契約初期費用）と死亡保険金の2点以外の説明（積立金の変動リスク説明）をしなかったとは思われない。
- ④この点、申立人は、募集人から「この商品は5年満期で、必ず3年半で繰り上げ返済され、元利共に支払われる商品である」と説明を受け、言われたことをそのまま信用したので、パンフレット等は読まなかったとか、本件商品は「保険の要素もある定期預金」と理解していたとか、「意向確認書」も全然読まずにチェックを入れたとか述べるが、前述のような事実を照らすと不自然なように思われる。

以上の次第から、募集人が、申立契約の締結について勧誘するに際し、重要事項について事実と異なることを告げたと認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく取り消しは認められない。欺罔行為も認められないから、詐欺による取消し（民法96条1項）も認められない。

よって、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。

[事案 I - 22] 契約転換無効確認請求

・平成22年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

妻が契約転換した際、営業担当者が不利益となる重要事項の説明をしなかったこと等を理由に、転換後契約を

無効にして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17年に契約転換したが、その際、営業担当者から、①積立金が取崩されること、②終身保険が無くなること、③転換後の保険料が全て掛け捨てになること、の重要事項について、契約者・被保険者である自分に対し、直接具体的な商品内容等について説明がなされていない。

また、相手方会社は、営業担当者は妻に契約内容の説明をしたと言うが、これらの重要事項については妻にも説明されていないことから、当該募集は保険業法第300条1項に違反しており、転換契約を無効とし、転換前契約に戻してほしい。

<保険会社の主張>

下記により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)契約者である申立人は、保障内容変更の判断を以前から妻に任せており、営業担当者はその妻に重要事項の説明を尽くしている。

(2)申立人の妻に錯誤は認められない。

(3)申立人は、契約申込書に自署し、囑託医診査も受診している。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人が主張する保険業法違反については、直ちに契約の効力に影響を及ぼすものではないので、消費者契約法第4条2項（不利益事実の不告知）による取消し、あるいは民法第95条の錯誤無効を主張するものと解することとし、申立書、答弁書等の書面の内容、申立人および申立人の妻ならびに営業担当者からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

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

1. 妻に保障内容変更の判断を任せていたか

提出された資料より認められた事実や、申立人の妻が、事情聴取において「相手方会社の生命保険加入後の2度にわたる契約転換および減額の際の説明は、いずれも申立契約と同じ営業担当者から自分（妻）が説明を受け、その内容を判断し、夫（申立人）が契約書に署名してきたこと、申立人には契約内容は説明していない」と述べている。

このようなこれまでの経緯に加え、契約書に署名することの意味を熟知している申立人が、妻から詳しい説明を聞くこともなく、申込書の記載及び自署をし、その後、告知書も作成して、診査を受けている事実も考慮すると、申立人は、妻に保障内容変更の判断を任せていた（代理権を付与していた）と認めることができる。

こうした場合、本件転換契約の効力に影響のある事実の有無は、妻について決することになり（民法第101条1項）、妻に対して重要事項が説明されたか、あるいは妻に錯誤がなかったかを検討することとなる。

2. 妻に重要事項が説明されたか

営業担当者が、妻に対し、申立人が主張する重要事項3点（前記①～③）について説明したかについては、下記のとおり、営業担当者が申立人にとって不利益となる事実を妻に告げなかったと認めることはできず、消費者契約法4条2項にもとづく取消しは認められない。

(1)重要事項①について

妻は、事情聴取において、転換前の死亡保障を転換後に増額することにより高くなる保険料を減額するため、営業担当者より「貯まっているものを回す」との説明があったことを認めているが、営業担当者のこの説明は、積立金の取崩しの説明であることは明らかであり、妻もそのことを認めている。従って①については説明がなされていると認めることができる。

(2)重要事項②と③について

1) 妻は、事情聴取において、営業職員にパンフレットを見せられ説明を受けたことを認めており、本件転換契約において、転換前後で保障内容がどのように変わるかについて説明するには、通常、パンフレットを用いると考えられることから、営業担当者は妻に対し、同様のパンフレットを用いて本件転換契約の内容を説明したと考えられる。

2) パンフレットには、転換後契約では申立人が80歳の時に積立金が一定額以上ある場合に終身保険に移行できるが、転換契約時にあった積立金は、取崩しにより減少しこのままでは終身保険に変更できないことが記載されている。さらに、③の意味を「転換後の保険料から新たに積立金となる部分がないこと」あるいは「新たに保険料を支払っても積立金や解約返戻金が増えていかないこと」と捉えた場合、パンフレットには年々減額する積立金の推移が記載されており、保険料が掛け捨てになることの記載もなさ

れていると言え、結局、重要事項①②③については、いずれもパンフレットに記載されていると言える。

- 3) 営業担当者が、パンフレットを使用せずに商品内容を説明することは困難と思われ、また、パンフレットに則して説明するのが一般的であること、転換後契約に契約転換制度を活用して加入する場合には、上記積立金の推移は欠かせない説明であることからすると、特段の事情がない限り、①②③の事項は説明されたと推認するのが合理的であるといえ、本件では、この推認を覆す特段の事情は認められない。

3. 妻に錯誤がなかったか

営業担当者による重要事項の不告知の事実が認められない以上、妻に錯誤の存在を認めることは困難といえるが、仮に錯誤が認められるとしても、この錯誤が民法第95条の錯誤に該当するためには、「要素の錯誤」^[注]と認められる必要がある。

「要素の錯誤」の成否を検討するに、本件の転換内容が、従前の保障に比べ死亡保障を大きく増やす一方で、保険料を抑えるための対応策であったことからすると、通常人にとって転換契約を左右する事情とまでは認められない。

よって、妻に錯誤があったとしても、「要素の錯誤」と認定することはできず、申立人の錯誤無効の主張は認められない。

[注]「要素の錯誤」とは、法律行為の重要部分に錯誤があり、当該錯誤がなかったならば、表意者はもちろんのこと、通常人においても、転換契約をしなかったであろうことを意味する。

[事案 I - 23] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年6月30日 裁定打切り

<事案の概要>

母が営業職員を通じて加入した契約者を私とするこども保険は、加入した覚えのまったくない契約で無効であり、既払込保険料を全額返して欲しい。

<申立人の主張>

母は、平成4年に私の子供（長男）を被保険者にして、また8年には同（次男）を被保険者とし、契約者を私とするこども保険（申立契約1、申立契約2）を契約締結し、保険料を支払ってきた。しかし、下記のとおり、私は2つの契約とも加入した覚えはまったくなく、契約者の意思に基づかず締結された契約で、無効であり、既払込保険料の全額を母（保険料負担者で実質的な契約者）に返還して欲しい。

- (1)契約関係書類の契約者の保険契約者自署欄の筆跡はいずれも私のものではなく、押印も私のものではない。
- (2)副申書の募集のきっかけ欄に「知人」との記載があるが、当該保険会社の担当者と会ったことがない。書類中の申立人の勤務先の情報（従業員数）や、申立人の資産金額も間違っている。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応ずることはできない。

- (1)募集人は、申立人の母から、申立人を紹介されたものであり、申立人の妻に対して説明を行い、募集人の説明が申立人に伝わるように保障設計書やパンフレットを置いて行った。
- (2)契約書は、申立人の母もしくは妻の代筆によるものであるが、申立契約2については、面接士による申立人との面接もなされており、そのときの告知書の署名は申立人のものであることを申立人が当社に来社した際に認めている。
- (3)保険料は、申立契約1については、当初被保険者の祖父の口座から引き落とされていたが、平成9年には、申立人の口座に変更された。申立契約2は、成立当初から申立人名義の口座から引き落とされていた。
- (4)申立人において、現在まで多数回にわたって給付金や学資金等を受領してきた等の理由から、本件契約は、申立人の意思に基づいて契約されたものであり、仮にそうでなかったとしても、追認が認められるべき事案である。

<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に基づき審理を行ったが、申立てが認められるか否かは、申立人が申立契約1及び2の加入に同意していたかどうか（望ましいことではないが、理論的には署名の代行自体は認められるので、上記書類の保険契約者欄の筆跡が申立人のものではなくても、申立人が加入に同意していれば契約は無効ではない）、さらに、平成9年以降は、申立契約1及び2の保険料が申立人の承知していない申立人名義の銀行口座からの振替によって支払われてきたものであるとすれば、同銀行口座の預金は誰に帰属するものであったのか等に係ってくるが、これらの事実については、募集人及び申立人の妻等の供述、場合によっては筆跡鑑定等に基づき、慎重な審理・判断が必要となる。

しかし、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であると考え、生命保険相談所規程第38条1項(4)により、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 I - 24] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月9日 和解成立

<事案の概要>

変額個人年金保険のリスクを含めた商品内容の説明がほとんどないまま、契約の締結をさせられたとして、契約を取消し既払込保険料を返還することを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成19年6月、募集銀行の職員（募集人）を窓口として変額個人年金保険に加入したが、その際、下記の通り、説明がほとんど行われずそのまま契約締結に至ったものであり、契約を取消して一時払保険料を返還してほしい。

(1)募集人は、父に私（申立人）名義の定期預金を原資とする申立契約の勧誘をし、保険内容の説明ももっぱら父に対して行われ、契約当事者である私に対して申立契約のリスクを含め契約内容の説明をほとんど行わず、所要時間5、6分程度の手続で、元本欠損等のリスクのないものと誤信させて、申立契約に加入させた。

(2)父も、申立契約が元本欠損のリスクのある商品であることを理解していなかった。

<保険会社の主張>

以下の通り、募集人には説明義務違反等はなく、申立人の本件保険加入について法律上の瑕疵はないので、申立人の請求に応じることは出来ない。

(1)申立人に対する商品内容説明について

①募集人は、6月8日に申立人と面談し、申立人本人に対してパンフレットを示して50%程度が株式で運用されることなどの商品内容を説明した。申立人は、契約申込書に自署押印するとともに、意向確認書等についても申立人自ら記載内容に目を通したうえでチェック欄の記入、署名をしている。

②確かに、募集人による申立人との面談時間は10～15分間のみであることは認めるが、募集人は、申立人の父に対して事前に商品内容の説明をしており、申立人は、募集人が面談した時には、すでに加入を決めている様子であったことから、申立人は、募集人との面談前に、申立人の父より本件保険商品の商品内容について説明を受けていたものと合理的に推測される。これらのことから、申立人は本件保険商品の商品概要を理解していなかったものとは認められない。

(2)申立人が父に加入判断を委ねていたことについて

①申立人は、保険加入についての判断を自己に代わり父が行うことを了承し、その権限を父に授与していたのであるから、保険契約に加入するか否かの判断権限は申立人の父にあったため、募集人が申立人の父に対して商品説明を行い、父がその仕組みや元本欠損リスクを理解していれば、募集人の説明義務は尽くされるとみるべきである。

②保険料の原資となった申立人名義の定期預金は、申立人の祖父より申立人が贈与を受けたとされるものであり、口座の管理は全て申立人の父が行っていた。募集人は、当初申立人の父を契約者とする保険の募集を行っていたところ、申立人の父より娘（申立人）名義の定期預金を利用したいとの申出があり、保険加入に至った。また、申立人は加入手続きにおいて父の指示に従い署名押印しており、申立人が保険加入の判断を父に委ねたとしても不自然不合理ではない。

(3)申立人の父の保険内容の理解について

募集人は6月1日、申立人の父に対して設計書、パンフレットを用いて保険内容について説明するとともに申立人の父を契約者とする設計書を交付している。

申立人の父は投資信託などの運用の経験があり、募集人による説明により変額保険が元本欠損リスクのある商品であることは理解していたと認められる。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立人、保険会社双方から提出された書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容などに基づき審理した結果、申立人にも、契約締結にあたり内容を十分理解することなく、意向確認書の投資リスクに関する理解を確認する質問等に対して、自ら「はい」にチェックし、保険契約者欄に自署している点など一定の過失が認められるものの、募集人は、申立人の父が申立契約を締結する権限を申立人から委任されていたわけではないことを認識しながら、契約者である申立人にリスクの説明をせず、わずか5、6分程度の説明で署名押印をさせた募集人の募集行為は、保険業法、金融商品販売法上問題があり、申立契約の有効性についても、消費

者契約法、民法に照らして問題がないとは言えないことを踏まえ、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 - 25】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月22日 裁定終了

＜事案の概要＞

銀行員の勧誘により変額個人年金保険に加入した際に不実告知があったとして、契約の取消しと払込保険料の全額返還を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成19年4月、銀行員（募集人）の勧めにより、保険料一時払の変額個人年金保険に加入したが、勧誘に当たり、下記のとおり、消費者契約法の不実告知があったので、契約を取り消し、払い込んだ保険料を全額返還して欲しい。

- (1)当該保険商品は、元金がゼロになる可能性もある高リスク商品であるにもかかわらず、そのことを一切告知せず、銀行よりも高金利であることを謳い勧誘された。
- (2)契約に当たって、パンフレット・設計書・注意喚起情報等についての説明が殆どないまま手渡された。設計書と契約書が同じ日付で、一切考える時間を与えていない。
- (3)募集人は、当該商品が生命保険であることを契約日まで告知していない。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、募集経緯に特段の瑕疵はなく、申立人の主張する「消費者契約法の不実告知」の事実もないことから、申立人の請求に応じることはできない。

- (1)当該募集は、2日間にわたって変額個人年金保険の具体的商品内容について説明が行われたものであり、申立人は募集銀行所定の確認書、当社所定の意向確認書を自らチェックした上で、申込書に自署・捺印し保険料の入金を行っている。
- (2)募集人は、当該保険の商品内容について、パンフレット、設計書、契約概要、注意喚起情報を使い、運用実績がマイナスの場合は一時払い金額を下回ること、運用実績がゼロである場合には初期費用の4%分マイナスとなるため据置期間満了時の積立金額は960万円となること、当該保険商品が値動きのある商品であることから元本保証でないこと、等について丁寧な説明を行っていた。
- (3)保険設計書には例として上下（プラス又はマイナス）2.5%、5%の変動幅が例示されており、申立人は募集人から設計書による説明を受けていた。
- (4)募集人は、面談の際に申立人に対してパンフレット・設計書を使って商品内容の説明を行っており、パンフレットには「個人年金保険・〇〇〇〇」と明記されており、当社の社名・会社概要も掲示されている。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では申立書、答弁書等や申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件においては申立人の主張するような消費者契約法第4条の契約取消事由も、民法上の無効理由も認定することはできない。したがって、本件申立内容は認められないことから、生命保険相談所規程第44条にもとづき、裁定書をもってその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

1. 消費者契約法における取消事由が認定できるかという点について

- (1)申立人の提出した「契約概要」には、本件保険の運用された場合の図面があり、運用実績が好調であった場合と低調であった場合とが記載され、低調である場合には積立金が一時払保険料を下回ることが記載されており、その下に5年と手書きされていることから、この図面で説明がなされ申立人はこれを認識していたものと推定される。また、設計書には、運用実績がマイナス5パーセントからプラス5パーセントまでの例が示され、単純に支払った保険料に利息がつくものではないことも説明されており、申立人も説明があったことを認めていること等の事実を相手方会社の募集人は積立金が0になる可能性があるとはまでは言わなかったにしても、運用リスクがあること、積立金が一時払保険料を下回る可能性があることを説明したものと推定できる。また、申立人の事情聴取によっても、これを否定する事実を見出すことはできなかった。
- (2)申立人は手渡されたパンフレットにアンダーラインがなく、説明がなされなかったことは一目瞭然であると主張するが、パンフレット等にはポイントにおいてアンダーラインがあるなど説明があったと推定され、申

立人の主張は客観的事実と矛盾するので、その主張事実を認定することはできない。

(3)申立人は考える時間を与えていないと主張するが、説明不十分という主張は漠然としており、消費者契約法のどの取消事由となるか否かを判断できない。申立人は、契約日以前にも3月に募集人と面会して説明を受けた事実を認めており、かつ、契約申込日には通帳と印鑑を持参して、自らの意思で出向いており、もし説明が不十分であれば、一旦申断して他日契約をすれば足りるのであり、説明不十分という申立人の主張には疑問がある。

(4)契約申込前に渡されたというパンフレットの説明部分には、明らかに大きく「個人年金保険」という記載があり、説明に用いられたことが明らかな図表にも死亡給付金額という記載があり、その他にも本商品が保険であることを示唆する記述がある。従って、保険であるという説明がなかったとは認められないし、仮に申込当日にのみ説明があったとしても、保険では契約しないという意思であるならば、その場で拒絶することは十分可能であり、このような事実をもって説明義務違反とすることはできない。

2. その他について

申立人は、上記「申立人の主張」記載以外にも各種の主張をしているが、その中心は「この契約は本来自分の意図したものではない」ということであるが、これは民法95条の錯誤の主張と理解できる。

しかし、申立人の供述によっても、契約前に申立人の希望とは異なる説明を受けたことは申立人も認め、かつ異なることを知って契約したのであり、契約時点において錯誤があったと認定することはできない。

【事案1-26・27】契約無効確認・既払込保険料返還請求

*夫婦2名より、同様の事実経過に基づく同一保険会社への申立て

・平成22年6月30日 裁定終了

<事案の概要>

銀行員による虚偽説明、説明義務の懈怠により商品内容を誤解して契約締結したとして、契約当初の説明どおりの内容で保証してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年2月に募集人（銀行員）の勧めにより、妻とともに変額個人年金保険を契約締結した。（申立人の契約は一時払保険料800万円、妻の契約は一時払保険料770万円）

その後、同年11月に、申立契約の積立金の下落ともない、保険商品の内容説明を再度受けたところ、加入時の募集人の説明は、下記のとおり、虚偽であることが分かった。募集人による虚偽の説明を信じて契約したのだから、説明どおり元本保証とし、既払込保険料に利息3%を加えた額を10年満期（契約日より10年後の積立期間満了の時点）で支払って欲しい。

(1)本件商品は元本保証で、10年満期で3%の利息がつき、相続税の掛からない商品であるという説明だった。

(2)保険期間が25年となること、解約返戻金が時価となること等のリスクの説明もなかった。

<保険会社の主張>

下記のとおり、募集人に虚偽説明およびリスクの説明に懈怠はなく、保険募集は適切になされている。また、申立人同様に、今般の金融危機による運用悪化によって損失を蒙った多くの保険契約者との公平性を考慮せねばならず、申立人のみを救済すべき法的根拠は認められないことから、申立人の請求に応じること出来ない。

(1)募集代理店（銀行）に、申立人から申し出のあった募集時の説明に関し、以下のような点を「パンフレット」、「契約締結前交付書面（契約概要・注意喚起情報）」、「ご契約のしおり・約款」を用いて、下記事項などについて説明していることを確認している。

・商品内容説明の前に、「お客様へのお知らせ」を用いて、本商品は保険であり預金とは異なり、元本保証はないこと。

・運用は特別勘定で行われ、確定利回り商品ではなく積立金額は日々変動する投資信託での運用となること。

・中途解約した場合、解約返戻金は時価となり運用状況によっては元本割れとなること。

・諸費用については、パンフレット最終ページを用いて保険関係費用、運用関係費用、解約控除、年金管理費について説明し、この際にリターン推移シミュレーションの数値はこれらの費用控除後のものであること。

(2)また、提案内容が申立人の意向に沿った内容となっているか否かについては、「生命保険申込に際しての重要事項等確認書」、「意向確認書兼適合性確認書」で確認いただいたうえで、申立人から募集人の面前で契約申込書に署名・押印いただき、「契約締結前交付書面（契約概要・注意喚起情報）」、「ご契約のしおり・約款」を契約申込当日に渡していること等を確認している。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面の内容および申立人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。その結果、下記の客観的な事実と照らし合わせると、募集人が、申立契約の勧誘に際し、虚偽の説明をしたとか、商品リスクの説明をしなかったとかいう事実を認めることはできない。

また、申立人は、事情聴取において定期預金だとは思っていなかったが、生命保険とは思っておらず相続税のかからない商品だと思っていた、募集人が口頭で上記募集資料と異なる説明をしたと述べるが、下記の客観的な事実と照らすと不自然に思われる。また、申立人の契約当時の年齢からすれば、特に理解力が劣っていたとも思えない。

- (1)商品内容の説明前に徴求する「お客様へのお知らせ」には、本件商品が「保険」であることが各所に記載されており、「保険商品のお申込みをご検討いただく際の留意点」の一つとして、「保険商品は、生命保険会社の商品であり、預金と異なり元本の保証はありません。また、預金保険制度の対象とはなりません。」と記載されており、同意・確認欄に申立人が署名している。
- (2)募集人が説明の中心資料とした簡易パンフレット（申立人もこれを見た覚えはあると認めている）の表紙には、「個人年金保険です」と大きな文字で記載され（「変額個人年金保険」との記載もある）、その中には、「投資リスクと手数料」、「解約控除」、「運用実績が▲3.5%のケース」等の記載がある。
- (3)「生命保険申込に際しての重要事項等確認書」には、「元本の保証はありません。」「個人年金保険…は生命保険会社を引受保険会社とする保険商品です。」「お受取金額が払込保険料を下回る場合がございます。」等が記載され、同書面の「確認欄」には申立人が署名している。
- (4)「意向確認書」には当該商品に関する確認事項が記載されているが、申立人は、いずれにも「はい」にチェックしている。また、「『契約締結前交付書面』」の内容を十分に理解したうえで、本書面記載内容につき、確認・了解しました。」との欄に署名している。
- (5)簡易パンフレットのどこにも、申立契約は元本が保証されている商品であるとか、10年満期で年3%の利息が付くとか、あるいはそのように誤解させるような記載は見当たらない。

以上の次第で、募集人が、申立契約の締結について勧誘するに際し、重要事項について事実と異なることを告げたと認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく取消しは認められない。欺罔行為も認められないので、詐欺による取消し（民法96条1項）も認められない。

また、申立人に要素の錯誤（民法95条本文）があったとは思えないが、仮に申立人が錯誤に陥っていたとしても、前述のような事実と照らすと、申立人には重過失があると言わざるを得ないので、申立人から無効を主張することはできない（同条ただし書き）。

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。

[事案 I - 28] 契約転換等無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年9月29日 裁定打切り

<事案の概要>

転換契約については十分な説明がなく、また新規契約については全く説明を受けていないとして、転換契約の転換前契約への復元と、新規契約を無効として既払込保険料を返還することを求め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定期付終身保険について、平成20年3月に5日目からの入院特約を1日目から保障される入院特約へ変更することを希望したところ、契約転換をさせられ、定期保険特約がなくなり、終身保険も減額されるなど、死亡保障が削られた。この保障削減についての説明はなく、また既往症について新たに告知を行うことにより保障範囲が狭められる恐れがあること等についても説明がなかった。契約転換を無効とし転換前契約に戻してほしい。

また、同年6月に新規に加入したことになっている養老保険については、何らの説明も受けたことがなく、この保険のために医師の診査を受けたこともない。保険設計書も渡されておらず、保険証券等の印影は長らく使用せず使用しないものと決めている印によるものであり、自分は捺印していない。本件契約は、契約者の意思によらないもので無効とし、払い込んだ保険料を返還してほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、転換契約の転換前契約への復元と養老保険契約の取消しによる保険料の返還請求に応ずるこ

とはできない。

- (1) 転換契約については、営業担当者は募集資料を用いて、転換前契約の保障内容のまま更新した場合には保険料が高くなること、提案した転換契約によると死亡保障は減るものの保険料の上昇を抑えながら短期入院保障が得られることなどについて説明した。申立人も説明内容を理解した旨の発言をするなどしており、十分に契約内容を理解した上で契約をしたものであるから、なんら契約上の瑕疵はない。
- (2) 養老保険については、当初医療保険を提案したものの、引受査定の結果、養老保険でなければ引受けが出来なかったものであり、養老保険の契約締結にあたっては、あらためて重要事項や商品内容の説明を行い、申立人も十分に内容を理解した上で申込書・意向確認書に自署・押印をしたものであって、なんら契約上の瑕疵はない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、申立てを受理し審理を行い申立人の事情聴取を予定していたが、申立人が逝去した。申立人逝去の場合、法律上、申立人の相続人と保険金受取人間で利害が対立する場合があって、法律関係が複雑化する恐れがあること、さらに本件においては当事者である申立人本人からの事情聴取が必須であるが、これを実施することができないことから、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 I - 29] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28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したが、契約申込当時、高次脳機能障害の状態でも事理弁識能力がなく、また、募集行為に瑕疵があったことから、契約を無効にして既払込保険料を返還して欲しい。

<申立人の主張>

平成20年2月、募集人（銀行員）より、変額個人年金保険の訪問勧誘を受けた。申立人はかねてより株などリスクがある商品は購入しない、売買代金について定期預金や親族へのお金以外は自己資金として使いたい旨話していたことから、申立人の意向に沿って商品を勧めてくれているものと信頼して一時払保険料を払い込み、変額年金保険に加入した。

しかし、下記のとおり、本契約には問題があるので契約を無効・取消とし、一時払保険料を返還して欲しい。

- (1) 申立人（79歳）は、当時既に高次脳機能障害の状態により、多弁で言いたいことを言うことが多く、他人との意思疎通ができない、見当識障害が多いという状態にあった。なお、勧誘に際しては家族との同席がなかった。
- (2) (予備的主張) 申立人は、本件契約が、途中解約した場合に大きな損失が出るリスクのある商品であるにもかかわらず、リスクがない商品と認識しており、契約の重要な内容について錯誤があり無効である。
- (3) 募集人は、認知障害等の状況にある高齢者の申立人に対して、申立人が所有していたマンションの賃料収入と同程度の年金が得られるなどとうたい、変額個人年金保険の不利な内容について理解させることなく契約をさせた。申立人の生前には巨額の損失を負担しなければ資金を使うことができないものであり、こうした契約は公序良俗に反して無効である。
- (4) 本件契約には、以下の違法性がある。
 - a) 申立人は高次脳機能障害の状態であり、リスク性商品や途中解約した場合に大きく目減りする商品への投資の意向はまったく有していなかったものであり、申立人の判断能力、知識経験、契約目的等に適合しない商品を勧誘した（適合性の原則違反）。
 - b) 募集人（銀行員）は、本件変額年金保険のリスクについて、申立人に理解されるために必要な方法および程度による説明を行わなかった（説明義務違反）。

<保険会社の主張>

募集人（銀行員）に対し募集経緯について確認を行った結果、下記のとおり意思無能力状態での契約との主張は全く事実に反するものであり、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) 申立人が主張する錯誤無効、公序良俗違反による無効、適合性原則違反、説明義務違反は、いずれも判断能力の存在を前提としており、高次脳機能障害による意思無能力の主張と矛盾している。
- (2) 契約に至る6回の面談の間、申立人は募集人の説明をしっかりと理解し、相談したい論点を明示して募集人に自宅に来るよう要請し、当該論点についての自分の考えを募集人に説明し、さらには相談のために銀行に来店されるなど、到底事理弁識能力を欠いているとは考えられない対応をしていた。また、申立人は「高次脳機能障害」の診断書を提出しているが、これは本件保険契約の締結から1年以上経った検査結果であって、本件保険契約締結時点における事理弁識能力を推認しえるものではない。

(3)募集人はパンフレットに基づき商品の仕組み及び中途解約時等元本に関するリスクについて説明し、計6回に及ぶ面接の間、重要事項の説明を重ねており、申立人は理解したうえで申込みに至った。また、本件契約の募集に至ったのは、申立人より「マンション売却金の用途で何か良い提案がないか」といった旨を尋ねられたことに端を発するのであり、募集人から「従前の賃料収入と同程度の年金が得られる」とうたったことはない。

<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面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、裁判外紛争解決機関である当裁定審査会はこのような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、裁定手続を打ち切ることとした。

(1)申立人から提出された平成21年5月付診断書によれば、診断名欄に「認知障害(症)・高次脳機能障害」と、所見欄には「精神の機能低下は(平成20年7月より)前からあったものと考えられる」と各記載されており、またMRI画像によれば、脳の一部に萎縮が認められる。

(2)しかしながら、高次脳機能障害が直ちに事理弁識能力(意思能力)の欠如を意味するものではなく、また、上記証拠からだけでは、直ちに、契約申込み当時(平成20年2月)に申立人が意思能力を欠如していたと確信を抱くまでには至らない。

もとより、申立人が、契約申込み当時に既に意思能力を欠如していた可能性は十分にあるが、この点を判断するためには、より詳細に当時の申立人の病状を調査し、医学的な観点を基礎に慎重に判断することが必要である。

【事案I-30】契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年4月28日 裁定打ち切り

<事案の概要>

無断で契約がなされたとして、契約の無効およびこれまでに払い込まれた保険料の返還を求めるもの。

<申立人の主張>

平成19年に保険会社より、失効払戻金請求書の案内通知により、契約申込書に記入していない全く身に覚えのない、がん保険(平成13年2月契約、同15年1月失効：申立契約①)と養老保険(平成13年8月契約、同15年10月失効：申立契約②)の2つの保険契約の存在を初めて知った。

下記のとおり、申立契約①および②とも、契約者である自分に無断で申し込まれた契約で無効であるので、これまでに払い込まれた保険料全額を返還して欲しい。

(1)自分は契約申込書に記入しておらず、元妻等により無断で申し込みされたもので、保険証書、約款、保険会社からの案内通知も見えていない。また、元妻及び募集人から保険に伴う説明を一切受けていない。

(2)契約申込書の筆跡と解約書類の筆跡が明らかに異なっており、保険会社職員も認めている。

(3)契約申込書記載の私の会社の部署も誤っており、元妻が知らないはずはなく、保険会社職員によると、記入漏れで当時の役職者の指示で記入したとのことであった。

<保険会社の主張>

以下の点から、申立人は申立契約への加入に同意していたと思われるので、申立人の請求に応じることは出来ない。

(1)申立契約①は、元妻(契約当時は申立人の妻であった)から、募集人が契約申込書及び告知書を置いておいてくれば、元妻が夫(申立人)に記入してもらっておくと言われ、同書類を元妻に預け、後日、記入済みの同書類を元妻から受け取ったものであり、申立人は保険加入に同意していた。(申立契約②の申込書及び告知書も、申立契約①と同様の経緯により受け取ったものである)

(2)申立契約①は団体扱であり、給与明細には保険料の引き去りについて記載があり、申立人に配布される年末調整資料にも保険料の記載がある。

(3)当社からは保険証券を申立人の自宅に送るとともに、年に一度、申立人に対して加入している保険の内容を文書にて送付している。しかも、取扱職員も申立人の勤務先を定期的に訪問し、申立人が加入している保険の内容を説明していた。

(4)申立契約②の保険料は一貫して元妻名義の口座からの振替によって支払われており、保険料を申立人に返還する理由はない。

<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面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、裁判外紛争解決機関である当裁定審査会には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)申立人の本件申立てが認められるか否かは、申立人が申立契約の加入に同意していたかどうか（望ましいことではないが、理論的には署名の代行自体は認められるので、上記書類の保険契約者欄の筆跡が申立人のものではなくても、申立人が加入に同意していれば契約は無効ではない）、さらに申立契約の保険料が元妻名義の銀行口座からの振替によって支払われてきたものであるとすれば、同銀行口座の預金は誰に帰属するものであったのか等に係ってくる。これらの事実については、募集人及び元妻の供述、場合によっては筆跡鑑定等に基づき、慎重な審理・判断が必要となる。
- (2)しかし、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、専門家に鑑定を囑託する手続きも存在しない。

[事案 I - 31] 契約転換無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

契約転換時に、営業担当者が虚偽説明をしたとして、契約転換後の払込保険料の返還を求めたもの。

<申立人の主張>

昭和54年4月に、同49年に加入した定期付養老保険を転換して、30年満期の定期付養老保険に加入した。勧誘を受けた際、「満期時には支払った保険料に配当金がついて1,000万円になって戻ってくる」、「1,000万円の支払いは保証する」などという説明があったが、実際に満期時に支払われたのは435万円余であった。当時の営業担当者の説明が不適切であったので、契約転換後の払込保険料738万円余を返してほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、説明内容に何ら違法とされる点はなく、既払込保険料返還の請求に応ずることはできない。

- (1)営業担当者は、転換後の契約の死亡保険金等の保障内容が申立人の家庭のニーズに合致していることを中心に説明し、満期時には満期保険金400万円と配当金が支払われる旨説明したにとどまり、「支払った保険料に配当金が付く」という契約内容と乖離した誤った説明や、「保証する」といった断定的な説明を行った事実はない。
- (2)転換後の保険契約の内容については、営業担当者の説明だけでなく、パンフレットや見積書、保険証券などで申立人に明示している。配当金の変動しうることやその現状は、上記の書類等で申立人に逐次伝えていた。

<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、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)資料によれば、申立人は、昭和49年に締結した申立外契約を被転換契約として、同54年の契約転換により申立契約に転換したこと、申立契約は、満期時には満期保険金400万円と満期時積立配当金及び満期配当金が支払われる内容の保険であったが、配当金として確定金額を支払うものとはされていないこと、契約転換手続きの際に、営業担当者が説明に使用し、申立人に交付したと認められるパンフレットには、「ご契約後3年目からつく配当金は、年8%の複利で積立てます。なお、この利率（現行8%）は、経済情勢により変動することがあります。記載の積立配当金額及び満期配当金額は、昭和52年度決算にもとづいて計算したもので、今後変動することがあります。したがって、将来のお支払額をお約束するものではありません。」との注意文言が記載されていたことが認められる。
- (2)申立人は、営業担当者が、「保険料に配当金が付く」、「満期時に1,000万円の支払いを保証する」との説明をしたと主張するが、生命保険における配当金は、毎年の決算の結果によって剰余金が生じた場合に、その還元として契約者に分配される金銭をいい、預貯金の利息とは性質が異なる。そして、配当金は、毎年の決算の結果によって変動し、剰余金が生じなかった時には、ゼロとなることもある。従って、申立人の主張する営業職員の説明内容は、配当金の性質とは明らかに異なるものといえ、また、前記のとおり、パンフレットにも、満期時に確定金額の支払いを保証する旨の記載はない。
- (3)本件のような、営業担当者が、商品の性質と明らかに異なる説明をしたことや、パンフレットなどの書面に記

載のない説明をしたかが争点となる場合には、虚偽説明の事実を主張する者（本件では申立人）において、その事実を証明する必要がある。申立人は、営業職員が虚偽の説明をしたと認めることができる証拠として、営業職員の手書きのメモを提出しているが、メモが作成された経緯については必ずしも明らかではないが、メモには保険料についての記載はあるものの、配当金や1,000万円の返還金があること記載はなく、このメモが、虚偽説明の事実を認めるに足りる証拠とは言えない。とすると、結局、申立人の供述の他に、営業担当者の虚偽説明を認めるに足りる証拠はなく、営業担当者が虚偽説明をしたと認めることはできないと言わざるを得ない。

以上の次第で、営業担当者が契約転換手続に際し、重要事項について事実と異なることを告げたり、将来において受け取るべき金額について断定的判断を提供したとは認められず、営業担当者に詐欺（人を欺罔して錯誤に陥らせる行為）があったと認めることもできず、詐欺による取消し（民法96条1項）は認められない。また、申立人に錯誤の存在を認めることはできず、錯誤無効（民法95条）の主張も認められない。

【事案 I -32】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

変額個人年金の加入に際して、募集人（銀行員）により虚偽説明、不適切な勧誘があったことを理由に、契約の取消しと一時払保険料の返還を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成19年9月、銀行を窓口にして変額個人年金に加入したが、その際、下記のような募集人（銀行員）の虚偽の説明、不適切な募集行為により契約したものであり、契約を取り消して一時払保険料を全額返還して欲しい。

(1)虚偽説明の内容

知人と同じ変額個人年金保険（10年満期時に元本の一括受取りが保証されている）の契約を希望したのに対し、募集人は、申立契約がそれと同じ保険であるような虚偽の説明をした。

(2)不適切な勧誘の内容

変額個人年金加入のため募集銀行の支店を訪問した、①1回目の訪問日に、帰る旨を伝えても帰らせてもらえなかった、②2回目の訪問日（1回目の訪問日の4日後）は、1回目訪問時に加入した他社の変額個人年金の契約を取り止める目的で訪問したが、執拗に申立契約の勧誘を受け契約した、③両日とも勧誘が長時間にわたった。

＜保険会社の主張＞

申立契約を取り扱った募集銀行への確認等を行ったが、下記のとおり、募集人による不適切な勧誘または虚偽説明があった事実は確認できず、申立人の請求には応ずることは出来ない。

(1)知人が加入している当社の別の変額年金保険は既に取扱いを行っていなかったため、募集人は他社の変額個人年金および当社の変額個人年金を提案したところ、申立人は、1回目の訪問時、解約手数料がかからない他社の変額個人年金を申し込みしたが、申立人は、再考のうえ、2回目の訪問時に、初期手数料がかからない当社の変額個人年金（申立契約）を加入申込みした。

(2)申立人より提出された他社の変額年金保険の申込書、取下げ依頼書兼確認書、および当社の申立契約の申込書、意向確認書の記述は、上記(1)の事実と一貫して整合しており、不審な点は認められない。

(3)申立契約の商品内容、ことに元本割れリスクおよび元本割れした場合の保証内容については、来店時に十分に説明しており、申立人の理解力に疑念を差し挟まねばならない様子も認められなかった。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の主張(1)虚偽説明については、①消費者契約法4条1項1号（不実告知）、②詐欺による取消し（民法96条1項）、③錯誤による無効（民法95条）を主張するものと理解し、主張(2)不適切な勧誘については、消費者契約法4条3項2号（退去妨害）による取消しを主張するものと理解し、申立書、答弁書等書面および申立人、募集人からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記のとおり、申立内容は認められないので、生命保険相談所規程第44条を適用して、本件裁定手続を終了した。

1. 虚偽説明の有無について

下記のとおり、募集人が申立契約を勧誘するに際し、事実と異なることを告げたとは認められず、消費者契約法4条1項1号に基づく取消しは認められない。そして、募集人に詐欺（人を欺罔して錯誤に陥らせる行為）があったと認めることもできず、詐欺による取消し（民法96条1項）も認められない。また、申立人に錯誤の

存在を認めることは困難だが、仮に錯誤が認められ、それが「要素の錯誤」に当たるとしても、申立人には錯誤に陥ったことにつき重大な過失^(註)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)。

【注】 重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、僅かな注意をすればたやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があることをいう。

(1) 募集人が、申立契約を知人が加入している、既に販売されていない相手方会社の変額年金保険であると申立人に誤信させて、申立契約を締結しても、申立人が知人に確認すれば容易に嘘であることが発覚することであり、本件において、募集人が、虚偽の説明をする事情は認められない。よって、募集人が、申立契約を申立人の知人と同じ保険であるとの虚偽の説明をした事実を認めることはできない。

(2) 申立人は、申立契約は10年満期時に元本の一括受取りが保証されている旨、募集人が説明したと主張するが、パンフレットなどにはそのような記載はなく、明らかにそれと異なる内容が記載されている。そして、募集人が、パンフレット、意向確認書などの書面を使用せずに商品内容を説明することは困難と思われ、また、これら書面に則して説明するのが一般的であって、書面の記載から明らかな事柄についてその記載と異なる説明をすることは通常考えられないことから、特段の事情がない限り、募集人は、パンフレットなどの書面に則した説明をしたと推認するのが合理的といえる。

本件では、募集人の虚偽の説明を認めることができる証拠は、申立人の供述しかなく、他に上記推認を覆す特段の事情は認められない。よって、募集人が、申立契約の内容について虚偽の説明をしたと認めることはできない。

2. 不適切な勧誘の有無

申立人は、募集会社の支店訪問時、①帰る旨を伝えても帰らせてもらえなかった(1回目)、②執拗に申立契約の勧誘を受けた(2回目)、また両日とも勧誘が長時間にわたったと主張するが、この点について、事情聴取における申立人と募集人の供述は異なっており、申立人の供述の他に募集人が退去を妨害する行為をしたと認めることができる証拠はない。

そして、募集銀行において、申立人が募集人から説明を受けた席が、申立人が席を立ち退去しようとした場合にそれを困難にするような状況にあったとは窺えず、申立人が席を立つなどの退去の行動に出た事実も窺えない。

また、2回目の訪問時には、申立人は、別の契約を締結するために募集銀行を訪れており、こうした事情も考慮すると、前記①または②の事実を認定することはできないと言わざるを得ない。よって、消費者契約法4条3項2号にもとづく取消しは認められない。

【事案 I - 33】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

保険会社に在籍していない者から満期時受取金について誤った説明を受け、偽造の申込書により契約させられたとして、契約の無効と払込保険料の全額返還を求めたもの。

<申立人の主張>

平成6年に生存給付金付定期保険に加入し同21年に満期を迎えたが、勧誘時の営業担当者の行為には、次のような公序良俗に明らかに反する点があったので、保険契約を無効(申立人は「遡及的に解約」と表現)とし、払った保険料に金利を上乗せして返還して欲しい。

(1) 勧誘時には、満期時には満期返戻金(生存給付金のこと)の他に300万円が受け取れるとの説明を受けたが、実際の満期時受取額は160万余円しかなく、勧誘時に受けた説明と満期時の受取金額が異なっている。

(2) 契約申込書は営業担当者により勝手に偽造され、署名押印も別人が行っていて、これを相手方会社は認めている。

(3) 保険会社に在籍していない退職済みの者(A)が社員であるように装って勧誘・商品説明を行い、実際には会ったこともない別の担当者(B)が契約を取り扱っていた。これも相手方会社は認めている。

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立契約は有効に契約しており、申立人の請求に応ずることはできない。

(1) 満期時の支払金額については、パンフレット、設計書、ご契約のしおり、保険証券、年に一度契約者に送付される「ご契約内容のお知らせ」等に記載されているが、満期時に生存給付金のほかに300万円が支払われるとの記載はない。

(2)申立人は、本件商品に魅力を感じたことから契約を申し込む旨を伝えたことと陳述しており、保険加入の意思表示をしたこと、申立契約について名義変更手続、据置生存給付金、入院・手術給付金の請求を自分自身で行っていることから、申立人は本件保険契約について了知していることが伺われる。

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

(1)満期時の受取額について

下記のとおり、申立人に満期時の受取額について錯誤があったと認定することはできない。なお、申立人の主張は、担当者に詐欺があったとの主張とも解釈できるが、同様にその事実の認定もできない。

- ①契約時に提示されたパンフレット、設計書等には、満期返戻金のほかに300万円が支払われるとの記載はなく、申立人が満期返戻金のほかに300万円が支払われると誤解をするような余地のある記載もない。また、加入後に相手方会社から送付されている保険証券、契約内容確認のお知らせにも300万円の記載はない。
- ②仮に、申立人が、満期返戻金以外に300万円が受け取れるという話を聞いていたのであれば、その記載のない上記の各文書を受け取ったときに相手方会社に問い合わせをするのが普通であると思われるが、申立人は、契約時点から満期金の請求をするときまで、1回もそのような問い合わせをしていない。
- ③申立人の主張の根拠は申立人の供述以外には存在せず、上記の書面等からすると、申立人が、満期時に満期返戻金のほかに300万円を受取れるとの説明を受け、その旨の誤解をしていたという事実を認めることは困難である。

(2)保険契約申込書が偽造であるかについて

保険契約申込書の保険契約者及び被保険者の署名は、名義変更届等の他の書面の本人の筆跡と異なるように見えるが、偽造とは、名義を冒用して文書を作成する（作成権限がないのに他人が名義人の承諾なく名義人名で文書を作成する）ことをいうが、少なくとも、本件では、以下の点から、申立人が自己の意思に基づいて申立契約に加入したものであることは明らかであり、保険契約申込書の偽造がなされたとは認められない。

- ①申立人の裁定申立書には、「商品に魅力を感じ申し込む旨伝えた」との記載がある。
- ②申立人は、保険契約申込書の署名・押印欄が転写されている保険証券を保険契約成立直後に受け取っているが、偽造についてのクレームを相手方会社に申し出していない。
- ③契約申込書の印影は、申立人が自ら作成したことを争っていない書面の印影と同一であり、少なくとも契約申込書は申立人自身の印によると認められる。
- ④申立人は、契約時から15年間も保険料を支払い続け、その間に3度の給付金請求を行って給付金を受け取っている。
- ⑤申立人は、平成13年に名義変更兼改印届を相手方会社に対して提出しているが、この時点でも契約が自己の意思に基づかない旨の主張をしていない。

(3)公序良俗違反について

申立人が公序良俗違反の根拠であると主張する事実は、下記のとおり、いずれも認められず、公序良俗違反による無効の主張も認められない。

- ①前記(1)及び(2)記載のとおり、保険契約申込書が偽造されたものであるとの事実及び申立人に対して募集時に誤った説明が行われたとの事実は、本件においては認定できない。
- ②申込手続を誰が行ったのかの点については、当事者間において争いがあるが、唯一の証拠と思われる契約申込書には、契約者の情報や保険内容、保険料が印字されており、担当者としてBの記名がある。通常、会社を退職した者が契約申込書用紙を持っているとは考えられず、契約申込書に押印された印鑑が申立人のものであると推定できることを併せて考えると、契約手続は担当者Bが行ったものであると考えられる。

【事案 I -34】 契約無効確認・既払込保険料返還請求

・平成22年9月29日 裁定終了

<事案の概要>

恐怖と困惑のあまり変額個人年金保険を契約したもので、自分の意思に基づいたものでないことを理由に、契約を取り消し、既払込保険料を全額返還してほしいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成18年7月、定期預金通帳の記帳のつもりで立ち寄った銀行で、募集人（銀行員）から突然、意思に反して

定期預金を解約させられたうえ、商品に係る重要事項の説明もないままに保険料一時払の変額個人年金保険を契約させられた。

申込時には、銀行店舗において言わば拘束状態におかれ、思考停止状態で、恐怖と困惑のあまり、逃げ出すためには申し込むほかなかった状況の中、募集人の主導するままに内容を確認することもできずに書面に記入したものであった。変額個人年金保険を取り消し、既払込保険料を全額返還してほしい。

<保険会社の主張>

募集を行った銀行の説明によれば、下記のとおり、保険募集に不審な点は認められず、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)平成18年5月の来店時に、申立人が定期預金の金利に不満を表明したことから、事前に来店の約束を取り付けたうえで、当日、新型定期とともに変額個人年金保険を提案したもので、申立人の意思に反して不意打ち的に定期預金の解約及び保険の購入を迫ったものではない。
- (2)当該保険の募集にあたっては、パンフレットを用いて商品説明を行い、「契約概要/特に重要なお知らせ」の説明をし、当該冊子を交付した。申立人に対して拘束的又は威圧的勧誘は行っていない。
- (3)「保険契約申込書兼告知書」の「受領・確認欄」には、契約概要等を受け取ったこと及びその記載事項について募集人から説明を受け、その内容を確認したことにつき、申立人の確認印が押されている。

<裁定の概要>

申立人の主張の法的根拠は明らかではないが、裁定審査会では、①強迫による取消し（民法96条1項）と、②錯誤による無効（民法95条）を主張するものと解し、申立書、答弁書等の書類および申立人・募集人（銀行員）からの事情聴取の内容にもとづき審理した。

審理の結果、下記(1)～(3)の事実、本件契約当時、申立人は60歳代半ばで就職活動までしていた状況にあったことも考慮すると（申立人には十分な判断能力が具わっていたと考えられる）、申立人に要素の錯誤（民法95条本文）があったとは思われない。仮に申立人が錯誤に陥っていたとしても、下記の経緯に照らせば、申立人には重過失があると言わざるを得ないので、申立人から無効を主張することはできない（同条ただし書き）。

また、強迫の事実（脅かされて怖くなり、そのために意に反する意思表示をすること）は認めることはできないので、強迫による取消し（民法96条1項）も認められない。

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

- (1)申立人が、保険申込み当日、銀行に約3時間来店し、募集人が簡易パンフレットを利用して商品内容の説明をしたこと自体は申立人も認めている。

上記パンフレットには、本件商品の内容につき、元本保証がなされない場合のあること、投資リスク・保険会社の信用リスクのあること、解約手数料等の諸費用を含め、重要事項について説明が記載されており、募集人は同パンフレットを利用しながら、重要事項について商品説明をしたことが強く推認される。

これに対し、申立人は、上記パンフレットの写真等以外は頭に残っておらず、どのような説明を受けたか判然としないうえ、と述べるが、少なくとも約1時間も説明を受けていることに鑑みると、あまりに不自然に思われる。

- (2)申立人は、本件商品を保険会社の生命保険ではなく、募集銀行の定期預金だと思っていたと述べるが、申立人が署名捺印した申込書には、「変額個人年金保険」の「保険契約申込書兼告知書」であること、「募集代理店」が「〇〇銀行」であり、「引受保険会社」が「〇〇生命保険会社」であることが印刷されていること、生命保険契約に特有の記載事項である「死亡保険金受取人」欄には、申立人自らが兄の名前を記入していることが認められる。

また、申立人の事情聴取によれば、申立人自身、申込書を書いた時点では、少なくとも自分が申し込んでいる本件商品が生命保険であることに気付いたと述べている。

- (3)商品説明がなされた場所は、銀行支店の店内であり、対応したのは募集人1人であって、数名の行員によって取り囲まれたような状況ではなかったことからすると、「恐怖と困惑のあまり何かしなければ帰してもらえない」という状況にあったとは思われない。さらに、申立人は同支店を出た後（仮に申立人が主張するような状況が存在したとしても、そのような状況から解放された後）も契約の無効・取消を申し出ることなく、1年数か月後の平成19年11月に、銀行に出向き、自ら死亡保険金受取人を変更する手続きをとっている。

Ⅱ. 保険金請求関係

【事案Ⅱ－１】高度障害保険金請求

・平成22年4月12日 和解成立

<事案の概要>

障害の状態が、約款に定める高度障害状態「そしゃくの機能を永久に失ったもの」に該当するとして、高度障害保険金の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成8年に食道がんと診断され、同年に頸部食道咽頭切除術、遊離空腸移植術を行ったが、縫合不全のため完全な離断状態となり、食物の経口摂取ができなくなった。同9年に腸瘻造設術を行い、食物を嚥下できず、経口摂取ができない状態である。

この状態は、本件保険約款別表の「そしゃくの機能を永久に失ったもの」に該当するものであるから、高度障害保険金を支払うとともに、前記腸瘻造設術が施行され、高度障害状態が確定した月の翌月から同17年までの支払済み保険料（既に受領した入院給付金を控除）を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求には応じられない。

- (1)申立人は、食道がんのため、食道切除術を施行され、その縫合不全から食道が完全な離断状態になったことをもって、「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」と主張しているが、このような解釈は、約款の「そしゃく機能」という文言から大きく離れるところであって、到底とりえない。
- (2)前回の査定時より相当期間が経過したことを考慮し、その後の筋力の低下などの事情の変化により、そしゃくする器官、部位の機能を全く永久に喪失しているか否かについて確認を行ったところ下記のとおりであった。
 - ①現在の主治医の平成21年回答には、申立人は嚥むことは可能であると記載されている。
 - ②平成20年の申立人との面談時において、申立人は会話が可能な状態であり、「食べ物を嚥むことだけであれば、出来ないこともない」との回答があった。

<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申立書、答弁書等にもとづき審理を進めるとともに、申立人を通じて、保険会社から依頼のあった歯科医師への確認を行ったところ、同医師より、申立人のそしゃく機能に関する現状についての意見書が提出された。その結果、保険会社より、申立人のそしゃく機能の現状に鑑み、和解案の提示がなされた。

当審査会において検討した結果、申立人の状態が約款上の高度障害に該当するか否か、及びその状態にいつなったかが不明である点を考えると、保険会社の提案は妥当なものであると思料し、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－２】高度障害保険金請求

・平成22年4月15日 和解成立

<事案の概要>

団体信用生命保険へ加入前に発病していたが、告知事項に該当せず、また、十分な説明も受けていないとして、高度障害保険金の支払いを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成8年12月、平成13年6月に各貸付けを受ける際に、団体信用生命保険に加入し、申立契約の被保険者となった。

平成19年11月頃、昭和59年から発症していた両網膜色素変性症により両眼視力を喪失（失明）し、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、加入時点において制度に関する説明を受けておらず、視力障害に関する記載が告知欄になかったこと等から、不支払決定には納得できないので、高度障害保険金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

申立契約は、平成9年2月および平成14年8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るため、高度障害保険金の支払対象とはならない。

ただし、下記の事情を勘案し、和解案を提案したい。

(1)申立人と団体（契約者兼保険金受取人）との間の、加入時における具体的やりとりについて当社は把握していない。

(2)加入パンフレットには、加入前発病不担保についての記載が無かった。

<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。当審査会としても、同和解案は妥当な案であると思料し、生命保険相談所規程第41条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－3】死亡保険金請求

・平成22年6月30日 裁定終了

<事案の概要>

告知義務違反による契約の解除は無効であるとして、死亡保険金等の支払を求めたもの。

<申立人の主張>

亡夫は平成19年7月に定期保険（年金支払）に申込み手続きを行い、翌8月初めに保険会社指定の診査を受けて契約が成立した。保険診査を受けた直後にA病院で胃がんと診断され、同月下旬に入院し手術を受けた。その後、何回か入院治療を受けたが、同21年1月に死亡した。

そこで、同保険契約にもとづき死亡保険金を請求したところ、告知義務違反による契約解除で保険金は支払われないとの通知があったが、告知義務違反を理由とする契約解除は、以下の理由により無効なので、死亡保険金及び遅延損害金を支払ってほしい。

(1)告知義務違反があるとされた平成19年7月のB医院での受診は、単なる胃痛によるものであり、告知を必要とするような事項ではなく、仮に告知を必要とする事項であったとしても、不告知につき悪意、重過失はなかった。

(2)B医院において、継続的に高血圧症で受診している事実は告げているので、告知時点で保険会社が確認を行っていれば、胃痛による通院の事実は把握できたはずである。

(3)告知前に告知義務違反の説明がなされなかったため、保険会社には説明義務違反がある。

<保険会社の主張>

被保険者X（申立人の亡夫）は、本件保険契約の申込みに応じ、約款に規定する告知義務に違反し、また死亡原因と不告知事項との間に因果関係が認められることから、申立人の保険金支払いの請求に応ずることは出来ない。

(1)平成19年7月初旬に腹部膨満と便秘を主訴にB医院を受診、その10日後にB医院を再受診し胃の不調を訴え、A病院での胃内視鏡検査を希望した事実につき、告知されていない。

(2)被保険者の死亡原因は、死亡診断書によれば、胃がんであり、当該死亡事由は、被保険者が平成19年7月初旬に胃の不調を主訴として医師の診察および投薬治療を受けたことに因果関係が認められる。

(3)診査医は、被保険者より高血圧症以外の疾病について告知されておらず、診査医の過失により、当社が不告知の内容を知り得なかったものではない。

<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、下記のとおり、保険会社の契約解除は有効であり年金の支払い義務はなく、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)本件保険約款第〇条は、契約者又は被保険者が会社の求める告知事項につき不告知あるいは虚偽事実の告知をした場合には、告知義務違反として契約を解除し、かつ保険金（本件では年金）を支払わないことができるとしている。

(2)告知書第〇項では、過去5年以内に7日間以上にわたって医師の診察・投薬等を受けた事実があるか否かに、「はい」か「いいえ」で回答することになっており、Xは、平成19年7月初旬及びその10日後にB医院で胃痛により診察を受けているので、当然に「はい」と記載しなければならないのに「いいえ」と回答した。これは客観的に告知事項について、虚偽の事実を告知したことになる。また、医師の質問に対しても、胃痛での受診の事実、及び医師から7月初旬に検査を勧められている事実を告げておらず、これも会社が求める告知事項についての不告知となる。よって、客観的には告知義務に違反していると判断できる。

(3)告知義務違反で解除できる場合とは、契約者又は被保険者が故意又は重大な過失によって告知義務に違反した

場合だが、本件においては、B医院の受診日が告知日の2週間位前であること、その症状も、薬の服用によっても最初の受診から10日経っても改善されず、契約者本人も検査を積極的に受けたいと望むほどのものであること、事実8月初旬の検査では経鼻ファイバーでも十二指腸に挿入できないほど胃の幽門部が癒着しており、翌日には確定診断がなされていて、8月下旬には患部の切除もできない状態であったものであることから推測すると、告知日（8月3日）の時点では、通常の胃痛とは異なり、一般人でも認識できるような異常を感じる事が可能であったと推測できる。以上の事実を踏まえると、告知日の時点においては告知事項に該当する事実を認識していたものと認められ、仮にそうでないとしても容易に認識できたはずであると判断できる。よって、Xは故意または重大な過失により告知義務に違反したと判断せざるを得ない。

- (4)なお、申立人は保険会社が告知時点で調査を行えば通院の事実は容易に判明したのに、これを怠ったのであるから、告知義務違反による解除はできないと主張しているが、保険会社は、必要に応じ告知された事実について調査することがあるとしても、告げられた事実が真実であるかを調査すべき義務はない。
- (5)また、申立人は、告知についての説明義務違反を主張しているが、告知義務があることは、告知書を交付されれば当然に分かることであり、告知義務に違反して真実を告げなかった場合の効果として保険金が支払われないことがあることは説明を待つまでもなく一般に知られていることなので、あえて説明をするべき必要があるとは判断できない。

【事案Ⅱ－4】死亡保険金請求

・平成22年5月26日 裁定終了

＜事案の概要＞

元妻が離婚した時点で被保険者資格を喪失するとの理由により、元妻の死亡を原因とする団体定期保険の死亡保険金が支払われないことを不服として申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成20年1月に離婚した妻が同年8月に死亡した。元妻は、平成5年に、配偶者として私の職場の団体定期保険に加入していたので、死亡保険金を請求したところ、保険約款上、元妻は離婚した時点で被保険者資格を喪失しているとの理由から、死亡保険金が支払われない。下記により、離婚後も本契約は有効であり納得できないので、死亡保険金を支払って欲しい。

- (1)約款が規定する「加入資格」は、加入時の資格を定めたに止まる。パンフレットには、「加入資格は年齢60歳6ヶ月以下の方に限ります」と明記されているが、保険期間は65歳6ヶ月まで有効である。
- (2)約款規定「被保険者の脱退事由」には、「被保険者が退職その他の事由によって被保険者の資格を欠くに至った場合」との記載だけで、「除籍により配偶者でなくなった場合は、被保険者の資格を喪失する」等の記載はない。

＜保険会社の主張＞

下記のとおり、申立人の元配偶者の死亡は、本件保険契約の被保険者資格喪失後であることが明らかであり、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)本件保険約款によれば、被保険者が退職その他の事由によって被保険者の資格を欠くに至ったときには、その日に本件保険契約から脱退するものとし、その場合、会社は、既に払い込まれた保険料の次の未払込保険料の払込期日の前日までの期間後は責任を負わないとされている。そして、上記の内容は、本件保険契約約款に記載されているほか、会社が作成し加入者に交付された本件保険契約に関するパンフレットにも記載されている。
- (2)本件申立人の配偶者として本件保険の被保険者として加入した元配偶者は、平成20年1月に離婚した日（民法第764条、739条）に被保険者の資格を失い、したがって同年8月の死亡時点では被保険者ではなくなっていた。

＜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、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)本保険約款の加入資格について「この保険の被保険者となる者は、その加入する際に正常に就業している団体の所属員または保険会社の定める範囲内の者」と規定している。そして、申立人の所属している団体と相手方との間で締結された協定書において、前記約款の「当会社の定める範囲内の者」に関し、本保険の被保険者となることができる者として、団体所属員とその配偶者を規定している。

また、本保険約款には、本保険の被保険者の脱退事由について、「被保険者が退職その他の事由によって被保険者の資格を欠くに至った場合には、その日にこの保険契約から脱退するものとします」と規定している。

- (2)前配偶者は申立人の配偶者として本保険の被保険者となった後、申立人と前配偶者は離婚し、その後前配偶者が死亡したことが認められる。上記規定によれば、前配偶者は、死亡前に離婚を原因として団体所属員の配偶者としての被保険者資格を欠くに至っており、離婚の日をもって本契約から脱退したことが認められる。よって、申立人は前配偶者の死亡を理由として死亡保険金の支払いを請求することはできないと言わざるを得ない。
- (3)申立人は、約款規定の「加入資格」は加入時の資格を定めたに止まる旨主張するが、約款において、被保険者の資格喪失を脱退事由としているのであるから、加入後も被保険者の資格が満たされる必要があることは明らかである。また、申立人は、約款規定の「被保険者の脱退事由」には、「除籍により配偶者でなくなった場合は、被保険者の資格を喪失する」旨の規定はないと主張するが、同条項は、脱退事由について「退職その他の事由によって被保険者の資格を欠くにいたった場合」と規定しており、「その他の事由」に会員の配偶者でなくなったことが含まれることは明らかである。

【事案Ⅱ－5】高度障害保険金請求

・平成22年6月30日 裁定終了

＜事案の概要＞

両下肢の膝から下の機能回復が望めないと診断されていることから、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申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成11年から団体信用生命保険に加入していたが、20年の年末からギラン・バレー症候群に罹患し起立歩行が不可能な状態となった。平成21年7月に医師から「両下肢の膝から下の機能回復が望めない」と診断され、同年12月にも別の医師から「回復しない」と診断されている。身体障害者手帳（1級）の交付を受けており、約款所定の高度障害状態「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」に該当するので、高度障害保険金を支払ってほしい。

＜保険会社の主張＞

下記理由により、高度障害保険金の支払請求に応ずることはできない。

- (1)申立人の主張する診断書によると「両下肢の膝から下の機能回復はほとんど望めない」と記載されており、「両下肢の膝から下の機能回復は望めない」と記載されているわけではない。また、別の診断書でも「膝から遠位の筋力の回復がほとんど認められていない」と記載されており、「回復しない」と診断されているわけではない。
- (2)約款には、「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動麻痺、または上・下肢においてそれぞれ3大関節（上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節）の完全強直で、回復の見込みのない場合をいうと規定されているところ、申立人が提出した診断書には、また関節、ひざ関節、足関節のいずれについても可動域の記載があるから、「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」に該当しない。

＜裁定の概要＞

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、以下の理由により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を終了した。

- (1)診断書には、股関節伸展度・屈曲度、膝関節伸展度・屈曲度、足関節伸展度・屈曲度の自動運動範囲の記載があり、いずれにおいても、不十分ながら自力による可動範囲が存在することが明らかである。
- (2)約款によれば、股関節、膝関節および足関節が「完全強直」状態にある場合が「下肢の用を全く永久に失ったもの」に該当すると規定されているところ、関節の「完全強直」とは、一般に関節が完全に固まって形態を変えることができなくなった状態を意味するものであるから、申立人の関節、膝関節および足関節はいずれも「完全強直」状態にあるとは言えないことは明らかである。
- (3)申立人は、「足（肢）とは歩くためにあるものであるから、歩行ができなければ両下肢の用を失っていないとはいえない」と主張するが、高度障害保険金に限らず、保険金は、保険契約（約款）に定められた支払事由（保険事故）に該当する事実が発生したときに支払われるものである。

＜参考＞当該団体信用生命保険 普通保険約款別表 高度障害状態

- ①両眼の視力を永久に失ったもの
- 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
- ⑦1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
- ⑧1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〕高度障害保険金・保険料払込免除請求

・平成22年9月29日 裁定終了

＜事案の概要＞

契約前に発病した疾病を原因とする高度障害であるとの理由で、こども保険の育英年金が支払われないこと等を不服とし申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成5年にこども保険に加入していたところ、平成21年1月に「網膜色素変性症」の確定診断を受け、同年5月には、当該疾患を原因として「両眼の視力を全く永久に失った」状態になった。

そこで、こども保険の育英年金の支払事由である高度障害状態に該当するとして、育英年金の支払いと、網膜色素変性症の確定診断を受けた以降の保険料払込免除の請求をしたところ、相手方会社が、網膜色素変性症はこども保険に加入する前の平成3年から既に発病していたものであるとして、育英年金の支払いと保険料払込免除を認めてくれない。しかし、下記理由により納得出来ないため育英年金を支払いと保険料払込免除を認めて欲しい。

- (1)平成3年にA眼科を受診したのはコンタクト処方検査のためで、この時点では網膜色素変性症の臨床学上の自覚症状である夜盲症や視野狭窄もなく、同眼科X医師に話したこともない。当日処方されたアダプチノールは、網膜色素変性症の治療薬ではない。臨床学という網膜色素変性症を発症したのは、平成19年のB眼科クリニックでの確定検査で認められた時点であり、保険加入（責任開始時）前に発症したものではない。
- (2)責任開始時前の原因は不担保とする重要事項について、加入時には説明がなかった。
- (3)営業担当者は、申立契約について、「昨年、保険加入時に書いてもらっているから、告知書の記入や指定医療機関の時間をわざわざ割いてもらう必要はない。」と言った。

＜保険会社の主張＞

下記により、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立人が、平成3年にA眼科を受診した際、X医師は申立人の眼底検査を行い、「網膜色素変性症」の所見を認め、「網膜色素変性症」と診断した。申立人も、X医師の問診に対し、「最近視野がせまい」「夜見にくい」と網膜色素変性症の症状を訴えていた。また、X医師は、網膜色素変性症の治療薬であるアダプチノール等を処方した経過からすれば、平成3年時点で、「両眼の視力を永久に失ったもの」という高度障害の原因となる網膜色素変性症があり、申立人が自覚していたことは明らかである。
- (2)申立契約申込み時に、保険事故が明記された「ご契約のしおり・約款」を交付しており、育英年金の支払事由について説明している。
- (3)申立契約は、申立人の記載した告知書の内容により引受可否を判断するものであるが、営業担当者が、申立人の主張(3)に記載するような発言をするはずがない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人の障害状態が約款別表に定める「高度障害状態」に該当することは、当事者間において争いがなく、当該保険約款には、育英年金の支払事由として「保険契約者が責任開始時以後の傷害または疾病を原因として保険期間中に高度障害に該当したとき」との記載があることから、申立人の上記高度障害が責任開始時以後の疾病を原因としているかについて、当事者双方から提出された書類等にもとづいて審理した。

その結果、以下により、本件申立内容は認められないものとし、生命保険相談所規程第44条にもとづいて、裁定書をもってその理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

- (1)申立人がA眼科より開示を受け提出したカルテには、初診時（平成3年）の状態として、「a. 最近視野が狭い、b. 夜見にくい。」との記載があり、同記載については、X医師作成の文書（平成21年7月）において、説明がなされており、「前記a.b.の症状は、小生が眼底検査にて色素変性の所見を認めたために、日常の生活変化の有無の問いに対しての答えと記憶しています。」と記載されている。
- (2)以上の点を総合すると、申立人は、平成3年、コンタクトレンズの処方のためA眼科を訪れ、網膜色素変性が

認められ、X医師が日常生活の変化について申立人に尋ねたところ、申立人は「最近視野が狭い、夜見えにくい」と回答したため、X医師は、網膜色素変性症と診断をしアダプチノールを処方したという事実が認められる。なお、裁定審査会の調査したところによっても、アダプチノールは網膜色素変性症の治療薬であると認められ、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」に照らしてみると、本件においては、契約（責任開始）前である平成3年に網膜色素変性症が存在している。

- (3)申立人は、契約（責任開始）前である平成3年のA眼科初診時において、網膜色素変性症についての受療歴（網膜色素変性症との診断に基づくアダプチノール処方）、症状（視野狭窄及び夜見えにくい。）があったと判断できるので、同協会ガイドライン記載の「高度障害保険金等を支払うべき例外的な事由」には該当しない。生命保険契約は附合契約^(注)であって、その内容は、約款に従って規定されるものであり、本件では、約款に育英年金の支払事由について「保険契約者が責任開始時以後の傷害または疾病を原因として保険期間中に高度障害に該当したとき」と記載されている以上、保険金を支払うべきか否かは、上記申立契約の約款の内容に従って判断されるものであり、申立人の主張(2)及び(3)は、本件の請求の成否には直接関係ないと思料する。

(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。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ー7】 高度障害保険金・保険料払込免除請求

・平成22年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

転倒による頸髄損傷のため不全四肢麻痺となり、医師により両下肢機能全廃と診断され高度障害状態になったとして高度障害保険金の支払い等を求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成20年9月の転倒による頸髄損傷のため不全四肢麻痺となり、関節可動域は多少あるものの感覚鈍麻、異常感覚の状態で行歩不能となった。A病院の医師作成の平成21年1月付身体障害者診断書・意見書（以下、診断書①）によれば、障害状態は両下肢機能全廃とあり、関節可動領域は多少あるものの自らの意思では下肢を動かすことができず歩行できない。そこで、定期付終身保険（平成2年加入）にもとづき高度障害保険金を請求したところ、約款所定の高度障害状態に該当しないとの理由で支払われないが、共済や損保会社においては重度障害と認められており、納得出来ない。

また、相手方会社は保険料払込免除の適用となる障害状態であることを認めるものの、症状固定日については診断書①による平成21年1月ではなく、Bクリニック医師による最新の診断書（以下、診断書②）の同21年9月であるとして、保険料払込免除^(注)の適用時期について平成21年2月でなく同年10月とするが、納得できない。

(注) 被保険者が、不慮の事故で、事故の日からその日を含めて180日以内に両耳の聴力を全く永久に失ったり、一眼の視力を全く永久に失った場合など、約款所定の身体障害状態になると、以後の保険料払込が免除される。

＜保険会社の主張＞

下記理由により、申立人の請求には応じられない。

(1)高度障害保険金の支払いについて

申立契約の約款規定に基づき申立人の身体障害の状況について査定したところ、傷害特約の障害給付金10割の支払いには該当するが、両下肢について一定の関節の運動が可能であり、同約款に定める「完全にその運動機能を失ったもの」には該当しないため、高度障害保険金の支払いには該当しないと判断する。

(2)保険料払込免除の適用時期について

提出された診断書の不備・不明点のため、さらに申立人からの希望により、弊社より何度か主治医に身体障害の状況について確認したが、上記の障害給付金10割の査定とした最終の診断書には、症状固定が「平成21年9月」と記載されている。したがって、保険料払込免除については平成21年10月からの適用と判断する。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、申立人提出の障害診断書等の書類にもとづいて被保険者の障害状態が保険約款に定められている高度障害状態に該当するか否かなどについて審理した結果、以下の理由により、本件申立内容は認められないことから、生命保険相談所規程第44条を適用し、裁定書にその理由を明らかにして、裁定手続きを終了した。

1. 申立人の障害状態が高度障害保険金の支払対象となるか

(1)約款上の高度障害状態の判断時期について

後遺障害は、一般に治療を重ねても、症状の回復が見られない時期である「症状固定時」をもって認定されるところ、申立人は、診断書①で症状固定と診断された平成21年1月の後も、Bクリニックで通院治療を受

け同院の初診時には、「立位・歩行は困難だった」ものが、外来通院リハビリ等の継続により、「立位歩行能力はやや改善が認められ、平行棒内歩行は短距離可能になった」ので、平成21年1月以後も治療効果が上がっていたと考えられ、症状固定の時期は平成21年1月ではなく、実際は同年9月であると考えられる。よって、高度障害保険金の支払い事由があるか否かは、診断書②の記載された平成21年9月の時点の申立人の状態に基づいて判断されるべきである。

(2)高度障害保険金支払事由の該当性について

- 1)「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」の該当性について
診断書②によれば、食物の摂取、排便・排尿について自力で可能等の記載があり、申立人の状態は、「常に介護を要するもの」について、約款の備考において定義される「食物の摂取・排便・排尿・その後始末及び衣服着脱・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」には当たらない。
- 2)「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」の該当性について
約款の備考に記載されている「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」の定義から、申立人の障害状態が、下肢の完全運動麻ひには該当しないことは明らかである。また、関節の「完全強直」の一般の意味するところから、申立人は下肢の自動可動領域が存在しており、その状態は下肢の「完全強直」にも当たらないと判断せざるを得ない。よって、申立人の状態は、「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」にも該当しない。
- 3)したがって、申立人の障害状態が約款上の高度障害に該当するとは認めることができない。なお、申立人は、重度障害であるとの認定に基づき共済金及び損害保険金が支払われたことをもって、本件においても高度障害保険金が支払われるべきであると主張するが、提出された書類等に基づき検討する限り、上記判断とならざるを得ない。

2. 保険料払込免除の時期

約款別表に定める保険料払込免除の対象となる身体障害（9項目）のうち、「脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を永久に残すもの」が申立人の状態に当たると考えられ、備考には「脊柱の著しい奇形」とは、「脊柱の奇形が通常の衣服を着用しても外部からみて明らかにわかる程度のものをいいます。」との記載がある。

申立人は、診断書①を基準に、申立人の症状固定が平成21年1月であり、翌月2月から保険料免除となると主張するが、同診断書には、上記の時点で「脊柱の奇形が外部からみて明らかにわかる程度」とする記載はなく、却って、A病院医師の作成した平成21年5月の診断書（診断書③）には、「通常の衣服を着用しても外部から見てわからない。」との記載があり、1月の時点では保険料免除の状態が発生していないと判断できる。

申立人がこの状態になったのは、診断書②の「18.脊柱障害B変形障害 通常の衣服を着用しても外部から見て明らかにわかる。」状態（平成21年9月頃の時点）であったと認められ、その翌月10月分保険料から保険料払込免除となると判断できる。

<参考>

別表 高度障害保険金の支払対象となる身体障害

- 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・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
- ④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
- ⑤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
- ⑥1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
- ⑦1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

別表 保険料の払込免除の対象となる身体障害

- ①1眼の視力を全く永久に失ったもの
- ②両耳の聴力を全く永久に失ったもの
- ③脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を永久に残すもの
- ④1上肢を手関節以上で失ったもの
- ⑤1下肢を足関節以上で失ったもの
- ⑥1肢の用または3大関節中の2関節の用を永久に失ったもの
- ⑦1手の手指のうち第1指（母指）および第2指（示指）を含む4手指以上を失ったもの
- ⑧両手とも、第1指（母指）および第2指（示指）を含んで3手指以上を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ⑨10足指を失ったもの

Ⅲ. 給付金請求関係

〔事案Ⅲ－１〕入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

約款の定める「入院」に該当しないことを理由に、入院給付金・通院給付金が支払われないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成13年に入院特約付定期保険を締結していたが、平成19年と20年に下記のとおり計3回の入院および通院をしたので、入院給付金および通院給付金を請求したところ、いずれも約款に定める「入院」に該当しないという理由で、全く支払われない。

下記理由により、納得出来ないので、1回当たりの限度日数分の入院給付金・通院給付金を全額支払って欲しい。

(1)入院①は、通勤途中の交通事故によるケガによるもので、病院で診断してもらい全治2週間と診断され、入院しても体調が良くならなかった。

労災認定され、自動車の保険、共済から給付を受けているのに、相手方会社だけから何故支払われないのか。

(2)シェーグレン症候群は、膠原病の一種で国が難病にしている病名で、専門医に診てもらい特定疾患の認定を受けている。

(3)病院の先生が入院を認め入院したのに、何故、保険会社が不支払いとするのか理解できない。

◎入院・通院状況

- | | |
|--------|--------------------------------|
| ①第1回入院 | 平成19年6月から約4ヶ月 |
| 同 通 院 | 通院62日（実通院日数不明） |
| 傷 病 名 | 頸部打撲、腰部打撲、胸部打撲、外傷性左肩関節周囲炎 |
| ②第2回入院 | 平成20年3月から約4ヶ月 |
| 同 通 院 | 実通院日数46日 |
| 傷 病 名 | シェーグレン症候群に伴う関節炎、レイノー現象、肝機能障害併発 |
| ③第3回入院 | 平成20年10月から約2ヶ月 |
| 同 通 院 | 実通院日数46日 |
| 傷 病 名 | シェーグレン症候群、頸椎症 |

<保険会社の主張>

下記のとおり、申立人の第1回～3回の入院とも、いずれも入院特約条項に規定する「入院」の定義に該当しないため、入院給付金、通院給付金の支払請求には応じることは出来ない。

(1)第1回入院について

入手資料及び調査の結果、初診時のレントゲン検査の結果において、骨折などの所見はなく打撲であったこと、入院の2日後には外出をしており安静治療が必要な状態とは認められず、入院期間を通じて一般的に外来で行う理学療法の治療が繰り返されていたにすぎなかった。

(2)第2回入院について

入手資料及び調査の結果、シェーグレン症候群の治療方法として全身性病変が生じ病状が不安定となり予後が大きく左右するような状態でなければ内服薬の投与による外来治療が一般的であるところ、申立人には腺外症状や内臓合併症は生じておらず、入院中も外出、外泊が許可され身の回りの生活に支障はなく、安静治療のための入院が必要とは認められなかった。

(3)第3回入院について

入手資料及び調査の結果、同医院ではシェーグレン症候群の治療は行われておらず、頸椎症の治療として外来でも可能な治療がなされたのみで、入院3日後から外出が許可され、その後も頻繁に外出外泊が繰り返され安静治療のための入院が必要とは認められなかった。

<裁定の概要>

申立書、答弁書等にもとづいて審理を行った結果、下記のとおり、いずれの入院もその必要性を認定するに足りる証拠はなく、これに加えて、いずれの入院もその症状との関係において極めて長期にわたっており、かかる事実は入院当初における入院の必要性の存在自体を疑わせる間接事実となる。

また、入院給付金の請求権を認定できない以上、入院特約条項にて認められる入院を前提とする通院給付金の

請求権は認められない。

よって、本件申立内容は認めることが出来ないため、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)本件保険契約の入院特約条項において、「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います。」と規定され、入院給付金の請求をするためには、単に入院の事実が存在するのみでは足りず、入院の必要性が客観的に存在することが必要であり、この必要性は、主治医の指示又は同意の存在のみでは足りず客観的に判断しなければならない。

(2)下記のとおり、入院①～③とも、その必要性を認定するに足りる証拠はない。

◎入院①について

- ・交通事故により頸部等の打撲を受傷したもののだが、記録上では受傷直後において単純レントゲン検査をするも異常所見は記載されておらず、他に特段の検査をした事実も判明しないから、入院の必要性を認めることはできない。
- ・もちろん、特段の事情があれば入院の必要性を認められる場合もあるが、提出された証拠からは入院の必要性を認定できる特段の事情も明らかではなく、また、申立人は当審査会からのカルテの提出要請にも応じていない。
- ・よって、①の入院については、入院の必要性の存在に関する事実の証明がないので、入院給付金の請求は認められない。

◎入院②・③について

- ・シェーグレン症候群という治療が困難という意味での難病であることは事実だが、入院中の治療は投薬、理学療法、安静加療のみで、特に入院をしなければならない治療を施したものではない。
- ・一般的にシェーグレン症候群は、腎障害や、全身の重篤な臓器障害を合併しなければ、通常は入院しなければならない治療はないとされており、本件において特に入院を必要とするべき事情の存在は証拠上認められない。

〔事案Ⅲ－２〕 契約解除取消・入院給付金請求

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

募集人による不告知教唆があったとして、契約解除の取消しと入院給付金の不支払い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5月末、A病院内科を受診しCTにて左副腎腫瘍を指摘され、7月初旬に同病院泌尿器科を受診、7月下旬に5日間同病院内科へ入院して、精査の結果、左副腎腫瘍（クッシング症候群）と診断された。（本件入院について入院給付金を請求し受領済）

その後、9月中旬に同病院泌尿器科に入院し、腹腔鏡下左副腎摘除術を受け、約1週間で退院した。翌10月、入院・手術証明書（診断書）を提出し入院給付金の請求（2回目）を行ったところ、保険会社より、告知義務違反により医療保険（平成20年4月契約）と終身保険（平成20年2月契約）の一方的な契約解除および入院給付金不支払いについて通知を受けた。

しかし、加入時の告知に当たり、保険会社も認めるとおり、営業担当者に帝王切開について不告知教唆があり、保険会社側に落ち度があるため、一方的な契約解除は無効であり、入院給付金を支払うべきである。

<保険会社の主張>

当社の決定（医療保険及び終身保険の契約解除及び入院給付金不支払い）は、下記理由により有効であり、申立人の請求に応ずることは出来ない。

(1)平成20年10月に申立人からなされた「左副腎腫瘍（クッシング症候群）」を原因とする入院給付金請求に対し事実確認を行ったところ、告知前の健康診断（平成19年7月及び20年1月）、において、申立人は高血圧を指摘されていることが判明した。さらに、高血圧に合併することの多い「尿蛋白」の指摘もあったので、持続的な高血圧と考えられる。

(2)医学的に「左副腎腫瘍（クッシング症候群）」は、多くの場合に高血圧を伴うと言われており、本請求の原因である「左副腎腫瘍（クッシング症候群）」と健康診断の指摘（高血圧・尿蛋白）には、密接な因果関係がある。

(3)契約解除及び入院給付金不払は、告知されていない「高血圧」及び「尿蛋白」によるものであり、不適切な告

知取得をした帝王切開は、当社の決定に何ら影響を及ぼしていない。

- (4)入院給付金の請求があった疾病「左副腎腫瘍（クッシング症候群）」は告知されていない「高血圧」及び「尿蛋白」と密接な因果関係があるが、不適切な告知取得をした帝王切開との因果関係はない。
- (5)営業担当者が申立人に対して、帝王切開に関する告知取得についての不適正な発言は行ったものの、営業担当者は、申立人から当社の決定の理由である「高血圧」及び「尿蛋白」については一切聞かされておらず、かつこれらについて不告知を教唆した事実も認められない。

<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検討した結果、下記のとおり、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.告知義務違反による申立契約解除が、有効であるか否かについて

- (1)申立人は、告知日（平成20年2月）の約7ヶ月前である19年7月に行われた健康診断で、「境界域高血圧 経過観察、尿蛋白（+）要再検査」と指摘され、告知日の約1ヶ月前である20年1月の健康診断でも「高血圧 要受診、尿蛋白 要再検査」との指摘を受けており、告知書における当該質問項目に対し、申立人は、その回答は、本来「指摘なし」ではなく、「指摘あり」を丸で囲むべきであった。
- (2)高血圧及び尿蛋白に関する事実は、被保険者の健康状態を示す重要な指標であって、告知義務違反の対象となる重要な事実と言える。そして、申立人が、2回目に健康診断での検査を受けたのが告知日の約1ヶ月余り前であって、その半年前にも指摘を受けていることから、健康診断で高血圧と尿蛋白の異常を指摘されたことは、告知書作成時に、申立人において、通常認識していたと考えられる。もし、そうでなかったとしても、少し考えれば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、少なくとも申立人において「重大な過失」^(注)があったとの判断を免れない。

(注)重大な過失とは、通常人に要求される程度の相当な注意をしないでも、わずかな注意をすればたやすく結果を予見することができた場合であるのに漫然と見過ごしたような著しい注意欠如があることを言う。

- (3)告知義務違反があった場合であっても、募集人において、告知妨害や不告知や不実告知を勧めた事実があるときは、衡平の観点から、保険会社の解除権の行使は、信義則上許されないと解すべきだが、募集人の行為が結果的に告知義務違反に寄与していないのであれば、解除により保険金請求権が消滅したとしても衡平を失しなないと解されるので、保険会社に告知義務違反による解除を認めても差し支えないと考えられる。本件の申立人の主張及び一件記録を検討しても、少なくとも、申立人が告知書の回答をするにあたり、帝王切開に関する不告知教唆が、申立人の回答内容に影響を与えているとの事実は認められない。よって、帝王切開に関する不告知教唆と申立人の告知義務違反との間に因果関係は認められず、帝王切開に関する不告知教唆は、保険会社の告知義務違反による解除を妨げる事情とはなり得ないと解すべきである。

2.入院給付金について

- (1)本件において、申立人の発病した左副腎腫瘍（クッシング症候群）と、申立人が告知しなかった事実（高血圧、尿蛋白）との間に相当因果関係がないと証明されるかの点が問題となるが、この点につき、生命保険協会「保険金等の支払いを適切に行うための対応に関するガイドライン」の中で、「因果関係の有無の判断基準については、保険事故と不告知の事実との間に因果関係が全くないことを必要とし、その間の因果関係を認める余地があるのであれば因果関係がないとはいえないとする理解が判例では定着しており、実務もこれにしたがって運用することが妥当である。」と規定している。
- (2)医学文献等によれば、「高血圧」は、左副腎腫瘍（クッシング症候群）の症状であるコルチゾール過剰によって発生したものであり、「尿蛋白」は、高血圧による糸球体障害の原因により出現したものである可能性があると推認できる。よって、左副腎腫瘍（クッシング症候群）と告知義務違反の対象である高血圧・尿蛋白との間には、因果関係を認めうる余地があり、保険会社の入院給付金の支払拒絶は不当ではない。

[事案Ⅲ－3] 入院給付金請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

交通事故により入院し、災害入院給付金の支払いを求めたところ、入院日数の一部しか支払われなかったため、全日数分の入院給付金の支払い、または受領済みの災害入院給付金の返還と引換えに、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8月の交通事故により、同年10月から翌年1月までの114日間、頸椎捻挫兼外傷性頸腕症候群併発、腰部打撲傷により入院治療を受け、災害特約（平成12年加入）に基づいて災害入院給付金の支払いを求めたところ、入院期間当初の26日分の災害入院給付金しか支払われなかった。必要な書類は提出しているのだから、不支払期間（88日分）に係る災害入院給付金を支払って欲しい。それが出来ないのであれば、受領済の災害入院給付金を返還するので、既払込保険料を全額返還して欲しい。

<保険会社の主張>

本件においては、少なくとも入院開始後27日目以降の入院は、災害入院給付金の支払事由における「入院」に該当する余地がなく、併せて免責事由（原因のいかんを問わず、頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）または腰痛で他覚症状のないもの）に該当することが明白である。したがって、申立人の災害入院給付金の請求には理由がない。また、保険料の返還請求については、かかる請求を基礎付ける原因を欠き、請求自体失当であり、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、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)本件の災害特約約款に規定する「入院」に該当するか否かについては、入院先の担当医師の意見のみに基づいて判断されるものではなく、医療上の見地から客観的・合理的に判断されるべきものである。
- (2)申立人は、平成20年8月の交通事故直後に、A整形外科医院を受診し、頸椎挫傷、腰部捻挫、左手関節挫傷と診断され、同年10月初旬まで、診療実日数34日間の通院治療を受けているが、A医院では、交通事故に起因する異常所見は認められていない。なお、担当医師によれば、10月になり、申立人より、痛みが増悪してきたとして入院の申入れがあったが、通院治療を指示したとのことである。
その後、申立人は、自らの判断でA医院での治療を中止し、B外科医院で受診し、翌日から21年1月までの114日間、入院治療を受け、退院後も通院治療を受けている。
- (3)B外科医院では、申立人の傷病につき、頸椎捻挫兼外傷性頸腕症候群併発、腰部打撲傷と診断している。しかし、保険会社提出の医学実務書によると、事故後1カ月半近くに及ぶ通院治療後の発症、または長期入院の必要性に疑問を抱かざるをえない。従って、この点につき、B医院の担当医の説明を求める必要があるが、同医師は、正当な理由なく保険会社との面談を拒否し、上記疑問を払拭することはできない。
- (4)診断書等や保険会社の調査報告書によれば、本件入院中の具体的な治療内容は、物理療法（電気、マイクロ波）、理学療法（器具による療法）及び薬物療法（内服薬、注射、湿布）がなされているが、いずれも通院治療によっても行なえる治療と言える。仮に、入院を要する特別な事情があったとしても、担当医による説明がなく、入院を必要とする事情を認めることはできない。
- (5)以上からすると、申立人においては、通院治療が可能であり、常に医師の管理下において治療する必要があるとは言えず、本件入院のうち、少なくとも相手方が災害入院給付金を支払っていない期間の入院は、本件災害特約の「入院」には該当しないと言える。したがって、免責事由の有無を判断するまでもなく、申立人の災害入院給付金の請求は認められず、また、災害入院給付金の請求が認められないことが、既払保険料の返還を求める理由となるものではないから、既払込保険料の返還請求も認められない。

[事案Ⅲ－4] 入院給付金請求

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

糖尿病・高血圧により103日間入院したが、39日分の入院給付金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12月～翌年3月まで、糖尿病・高血圧により103日間にわたり入院した。そこで、医療保険（平成18年2月加入）に基づいて入院給付金を請求したところ、保険会社は39日分の入院給付金しか支払わず、残りの64日分の入院については、病状経過・治療内容から通院治療が可能であり「常に医師の管理下において治療に専念」する必要がなかったとして、入院給付金は支払えないと言う。

しかし、当該入院は、一人で暮らしていて食事療法・運動管理が困難であるため、主治医の指示により入院したものであり、納得出来ない。残り64日分の入院についても、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、申立人の入院期間のうち不支払期間（64日分）の入院については、約款上、入院給付金の対象となる入院とは認められず、申立人の要求に応ずることは出来ない。

- (1)一般的な医学的知見において、糖尿病治療は食事、運動、薬物療法を基本として、患者本人による自己管理、医師の指導により日常生活における血糖値を適切にコントロールする通院治療を原則とするものであって、特段の事情なき限り入院治療は必要とされない。
- (2)申立人のHbA1c（赤血球の中に含まれるヘモグロビンにブドウ糖が結合したもの）の数値は、本件の不払期間中「優」「良」で推移しており、合併症もなく、その治療内容（食事療法、運動療法、薬物療法）はいずれも通院治療で足り、入院治療を必要とすべき特段の事情は認められない。
- (3)仮にこれら療法を体験、習得させるための教育入院として勘案するにしても、教育入院は通常2週間程度に留まり、また、過去に同じ医療機関で糖尿病治療を名目とする入院を複数回繰り返しているため、改めて教育入院を実施すべき必要性も乏しい。

<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、支払対象外と判断された申立人の入院期間にかかる入院に、入院の必要性・相当性があつたかについて検討した結果、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)申立人の入院が、約款上の「入院」にあたるかどうかの判断にあたっては、主治医の診断のみならず、入院時の医学水準・医療的常識に照らして、客観的、合理的に必要な入院に限られると解するべきである。（札幌地裁平成13年1月17日、札幌高裁平成13年6月13日判決）
- (2)医療文献及び当裁定審査会の調査したところによれば、糖尿病で入院が必要とされるのは、一般的に、糖尿病ケトンアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡などの急性の合併症が発症する危険のある場合、腎症、網膜症、冠動脈疾患などの合併症が悪化した場合などであるとされ、それ以外の治療は、通常、通院で行なうものとされている。病気の知識の習得や血糖コントロールが不良な場合等には、教育入院をすることもあるが、その期間については、2週間程度とされている。
- (3)記録から認定される申立人の入院中の状況からすると、申立人の糖尿病は合併症もなく、その治療の内容からしても、本来通院でも十分可能な治療であつたと認められる。申立人が主張するように、「独身で、意志が弱く、食事療法などが難しく運動も家では全然しない。」等の理由から、教育入院に準じて入院という処置をとつたとしても、一般的な教育入院の期間が2週間程度であること、申立人の血糖値が入院後順調に改善し、平成21年1月xx日以降は血糖検査の頻度が落ちていること、20年12月yy日以降は、外泊できるような状態であつたことを合わせて考えれば、遅くとも21年1月xx日以降は、「自宅等の治療が困難であり」、「常に医師の管理下において治療に専念する必要性があつた」とは考えられない。

【事案Ⅲ－5】がん給付金請求

・平成22年4月28日 裁定終了

<事案の概要>

妻が胸腺腫にて入院し手術を受けたことに対し、保険約款に定める給付金の支払事由に該当しないことで不払いになったことを不服とし申立てがあつたもの。

<申立人の主張>

妻は平成21年に病院に入院し、胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術を受けた。そこで、がん保険（平成3年加入）にもとづき給付金を請求したところ、保険約款で定める給付金の支払事由を充足していないことを理由に不支払いとされたが、下記理由により納得出来ないため診断給付金、入院給付金を支払って欲しい。

- (1)加入保険は、悪性新生物に対する給付金支払を保障していることから、診断書中の「今後の治療予定」欄の「悪性新生物の治療」に○とマークされている以上、妻の疾病は悪性新生物に該当するので、支払対象とすべきである。
- (2)加入時に、同契約において保障されない「がん」があるとの説明は受けていない。

<保険会社の主張>

下記理由により、給付金の支払いに応ずることはできない。

- (1)申立人の妻の疾病は、診断書中の「病理組織診断名」から、浸潤も無く、組織所見上も明らかな異型もみられないことにより、WHO分類上、悪性新生物ではなく良性新生物に該当する。
- (2)世界保健機関（WHO）分類に基づく全ての悪性新生物を保障しており、説明義務違反はない。

<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. 約款の規定

(1)申立契約の約款には、がんの定義について、「この保険契約において『がん』とは、世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類の基本分類において悪性新生物（がん腫、肉腫および白血病等）に分類されている疾病（別表1）をいいます。」と規定されており、また「がんの診断確定は、日本の医師または歯科医師の資格を持つものによって病理組織学的所見、細胞学的所見、理学的所見（X線、内視鏡等）、臨床学的所見および手術所見の全部またはいずれかによりなされたものでなければなりません。」と規定されている。

(2)そして、同約款「別表1」には、「約款に規定する世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類において、悪性新生物に分類される疾病は世界保健機関（WHO）第8回修正国際疾病、傷害および死因統計分類のうち下記の疾病をいいます。」と規定され、その分類として「その他の内分泌腺の悪性新生物」と規定されている。

2. 胸腺腫の分類

申立契約の約款規定は前述のとおりであるが、そこで援用されている世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類においては、胸腺腫について、悪性新生物として「悪性胸腺腫」、良性新生物として「胸腺腫」に分類している。そして、保険会社の提出資料によれば、世界保健機関（WHO）は、「悪性胸腺腫」といえるためには、①組織所見にかかわらず、局所浸潤、胸膜・心膜播種、転移を伴う進行した病期の胸腺腫、②病期に関わらず、明らかな異型を伴う胸腺上皮性腫瘍（胸腺癌）のいずれかに該当する必要があるとしている。

3. 申立人の妻の疾病が悪性胸腺腫に該当するかについて

悪性胸腺腫といえるためには、前項の①または②の類型に該当する必要がある。そこで、前項①の類型に該当するかであるが、保険会社提出資料及び国立がんセンターのホームページにおけるがん情報サービスによれば、申立人の妻の疾病は、①の類型には該当しない。

次に、前項②の類型に該当するかであるが、保険会社提出資料によれば、世界保健機関（WHO）は、組織所見により、悪性新生物とされる「胸腺癌」と「胸腺腫」とを区別しており、申立人の妻の病理組織診断名は、「胸腺腫」であって「胸腺癌」ではない。よって、申立人の妻の疾病は、②の類型には該当しない。したがって、申立人の妻の疾病は、悪性胸腺腫に該当しないことになる。

4. 申立人の主張について

(1)申立人は、診断書兼入院証明書の「今後の治療予定」の欄において、悪性新生物の治療に○印が付されているとして、申立人の妻の疾病は、悪性新生物であると主張するが、申立契約の約款では、がんの診断確定の方法が定められているから、同証明書の上記記載をもってして、申立人の妻の疾病を悪性新生物と認めることはできない。

(2)契約時に保障されない「がん」があるとの説明は受けていないとして、保険会社の説明義務違反を主張するが、「がん」という言葉の意味自体が一義的でない以上、申立契約の対象となる「がん」について定義することは必要なことといえる。そして、申立契約は、約款において、「がん」の定義を、世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類の基本分類において悪性新生物に分類されている疾病であるとしているが、定義として不相当とはいえない。また、約款において、「がん」について定義されていることは、容易に知りうる場所である。以上からすると、仮に、保障されない「がん」があるとの説明がなかったとしても、保険会社に説明義務違反があったとすることはできない。

【事案Ⅲ－6】入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、入院期間の一部日数しか入院給付金が支払われないことを不服とし申立てがあったもの。

<申立人の主張>

高血圧脂質異常症、更年期障害、びらん性胃炎により、平成21年5月1日から3ヵ月間、医師の指示に従い入

院治療し、特約に基づく入院給付金を請求したところ、相手方会社は、6月、7月の入院は、約款規定の「入院」には該当しないとの理由で、5月31日まで合計31日分の入院給付金しか支払わない。

他社からは同一診断書にて、全期間分の入院給付金が支払われ、また、過去において同一病名で入院した際には全期間分支払われており納得出来ない。入院期間の全日数分の入院給付金を支払ってほしい。

<保険会社の主張>

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)本件入院の原因となっている申立人の疾病は、いずれも外来（通院）治療が基本とされる疾病に過ぎないが、申立人の検査結果や治療内容等に鑑みても、そもそも治療の必要性がないか、仮に必要性が認められたとしても通院による治療が容易なものばかりであり、約款所定の「入院」には該当しない。
- (2)入院先の医師も当初1ヵ月の入院見込みを証明し、かつ、実際に6月1日頃、申立人に対して退院勧告を行っているところ、申立人の希望に基づいて入院が継続となった経緯がある。このような事実等からも同日以降の入院が「入院」の要件に該当しないことは裏付けられる。

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

- (1)申立人の請求が認められるか否かは、申立人の入院が、約款の定義する「入院」に該当するか否かの判断にかかってくるが、保険会社提出の確認報告書によれば、保険会社が、平成21年6月1日以降の入院は、約款所定の「入院」には該当しないとして、同日以降の入院給付金の支払いを拒絶していることは一応の理由がある。
- (2)そこで、当審査会は、検査結果や治療経過の詳細を知ることができる診療録（カルテ）の検討が不可欠と判断し、申立人に対し、入院先の病院からカルテを取り寄せ、提出するように要請したが、申立人からは、医師が拒否しているためカルテの提出ができない旨報告があり、提出されない。
理由はともあれ、カルテを検討することができない以上、当審査会としては、申立人の主張する入院が、約款所定の「入院」に該当するという確信を抱くことはできない。
- (3)申立人は、他社は支払いをしていると主張するが、約款所定の入院給付金の支払事由に当たるか否かの判断は、それぞれが行なうべきものであり、判断に差が生じることはやむを得ない。
また、申立人は、過去の入院（平成19年12月から翌年2月）については、同一疾病で全額支払いがあったと主張するが、入院給付金の支払事由に当たるか否かの判断は、それぞれの入院ごとに個別具体的に判断されるべきものである。

[事案Ⅲ－7] 手術給付金請求

・平成22年6月30日 裁定終了

<事案の概要>

手術給付金を請求したところ、約款所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>

昭和58年に、入院医療特約付の養老保険に加入していたところ、平成19年4月に「左自然気胸」と診断され、A病院に即日入院のうえ、トロッカー挿入により胸腔内の脱気を受けた。2日後、トロッカーを除去して同病院を退院したが、同日気胸再発のため、再入院して再度トロッカー挿入による脱気を受けた。

そこで、保険会社に給付金請求をしたところ、保険会社は、入院医療特約（昭和58年契約締結）の手術には該当しないとして、昭和62年に改訂された新入院医療特約を適用し、初回のみ給付倍率10倍で手術給付金の支払いをしたが、2回目は支払要件に該当しないとして、支払いを拒絶した。

しかし、入院医療特約における「手術」の定義は、「器具を用いて、生体に切開などの操作を加えるもの」であると記載されており、トロッカー挿入は、15mm（申立人によると「15m/m」）の管を通すため、器具（メス）を用いて、生体（胸）に切開を加えるという操作を行うものであり、「手術」に当たり、これらの処置は、医師のみが行える開胸術に当たるので、入院医療特約別表に定める「上記以外開胸術」として、1回目、2回目とも給付倍率20倍での手術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、トロッカー挿入は、入院医療特約の手術給付金の対象となる「開胸術」に該当しないので、申立人の主張する手術給付金の支払い（1回目、2回目のトロッカー挿入について、それぞれ給付倍率20倍の手

術給付金の支払い)の請求に応じることはできない。

- (1)トロッカー挿入は、入院医療特約における「手術」から除外されている「ドレナージ」に該当するため、そもそも「手術」には当たらず、支払対象となる別表で掲げる手術においても「トロッカー挿入」を含む手術は掲げられていない。したがって、トロッカー挿入はそもそも手術給付金の支払対象となる手術に該当せず、2回実施されたトロッカー挿入のいずれにも、手術給付金の支払事由に該当しない。
- (2)一方、昭和62年4月に制定された新入院医療特約によれば、申立人が施術を受けたトロッカー挿入自体は、「87.ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器手術(検査・処置は含まない。施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。)」に該当し、支払対象手術となる。本件保険契約に関し新特約が当然に遡及して適用されるものではないものの、新特約制定前の入院医療特約についても支払対象手術が拡大されている新特約の取り扱いに準じて適用する扱いとして、初回のみ給付倍率10倍で給付金を支払ったが、他方、2回目のトロッカー挿入については、「施術の開始日から60日の間に1回の給付を限度とする。」との規定により、支払要件を欠くことになる。

<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類等に基づき、申立人が受けた「トロッカー挿入による脱気」が、申立契約の「入院医療特約」約款上の「手術」に該当するかについて検討した結果、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)申立契約(入院医療特約)の約款においては、「手術」とは、「機械、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、ドレナージ、穿刺および神経ブロックは除きます。」と定義されている。
- (2)約款の文言の解釈においては、一般的、標準的な医学的定義を基準にして解釈すべきであるが、医学的には、トロッカー挿入による脱気は、胸腔ドレナージの方法の一種であり、自然気胸に対する胸腔内ドレナージは、「ドレナージ」の代表的な方法として分類されることが明らかである。それゆえ、申立人が2回にわたって受けた自然気胸に対する「トロッカー挿入による脱気」は、約款の「手術」の定義において、除外事由である「ドレナージ」に該当する。よって、トロッカー挿入による脱気が、申立契約の約款上の「手術」に該当しないと相手方会社の判断は、適切である。
- (3)上記のとおり、申立契約の約款によれば、保険会社は、申立人に手術給付金を支払う義務はないが、保険会社が、保険金給付にあたって、保険契約者に有利な取扱いをすることは格別問題のないことであり、保険会社が、申立契約成立後に発売された新入院医療特約を申立人に有利に遡及適用して、「トロッカー挿入による脱気」を「手術番号87:ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器手術」に該当する手術として10倍の手術給付金を支払ったことは不当なことでなく、更に、その支払いを同約款の規定のとおり「施術の開始日から60日の間に1回という限度で」と限定したことも、また不当なことではない。

[事案Ⅲ-8] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

<事案の概要>

約款に定める入院に該当しないとして、入院給付金が支払われないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年5月から「癌疑」との理由で約4カ月間入院(入院①)し、さらに同年9月から「腰椎捻挫」で約2カ月間入院(入院②)したので、10年以上前から加入していた医療保険にもとづいて入院期間中の入院給付金を請求したところ、保険会社は、約款に定める「入院」ではないことを理由にまったく支払ってくれない。他の保険会社が支払っているのだから、同様に入院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

以下のとおり、腎癌疑と腰椎捻挫による入院が申立契約の保険約款に定める入院給付金の支払対象となる「入院」に該当しないため、給付金を支払うことはできない。

- (1)保険約款に定める入院給付金の支払対象となる「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、病院または診療所に入り常に医師の管理下において治療に専念すること」と規定しており、これは、「単に医師が入院を要すると判断しただけでは足りず、入院当時の医学的水準から見て、その病状に照らし、自宅等では治療が困難であって医療機関における治療等を要すると判断することが合理的である入院に限られる」と解釈される。

(2)申立人の腎癌疑と腰椎捻挫については、入院治療を必要とする医学上の理由は認められず、入院中に行われた治療は通院で行うことが可能であるため、給付金の支払対象とならない。

<裁定の概要>

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

(1)申立人の入院が、上記約款上の「入院」にあたるかが問題となるが、その判断にあたっては、主治医の診断のみならず、入院時の医学水準・医療的常識に照らして、客観的、合理的に必要な入院に限られると解するべきであるとするのが、判例・通説である。

(2)下記理由により、入院①、入院②については、「自宅等の治療が困難であり」「常に医師の管理下において治療に専念する必要性があった」と判断することはできず、入院給付金の支払いを拒絶した保険会社の判断は不当であるとは言えない。

◎入院①について

同入院は、「腎癌疑」での入院だが、実際には、腎癌の検査は入院先の病院では行われておらず、腎癌に対する治療もなされていない。同病院における検査内容および治療内容からして、本来、通院でも十分可能な検査・治療であったと認められる。

◎入院②について

1) 同入院は、申立人が強く希望し、翌日も痛みが引かなかったということで入院しているが、看護記録によれば、申立人は、入院の翌日以降、看護師に腰痛を訴えることもなく、入院翌日から院内をうろうろしており、その後も頻回に独歩で歩き回っているようである。

2) 申立人は入院期間中、外で木を切るという活動的な行為も行っており、さらに、外泊や外出したりもしていることから、申立人に入院しなければならないような腰痛があったと認めることは困難である。また、治療内容も、通院で十分可能なものばかりであると考えられる。

[事案Ⅲ－9] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定終了

*本件申立ては、事案Ⅲ－8と同一申立人からの、同一入院に対する、異なる保険会社に対する申立てである。

<事案の概要>

約款に定める入院に該当しないとして、入院給付金および通院給付金が支払われないことを不服として申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成20年5月から「癌疑」との理由で約4カ月間入院（入院①）し、退院後8日間通院した。さらに同年9月から「腰椎捻挫」で約2カ月間入院（入院②）し、退院後32日間通院したので、医療保険（7年以上前に加入）にもとづいて、入院給付金と通院給付金を請求したところ、保険会社は、約款に定める入院給付金支払対象となる「入院」ではないことを理由に、疾病入院給付金、災害入院給付金、通院給付金とも支払ってくれない。他の保険会社が支払っているのだから、入院給付金、通院給付金を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

以下のとおり、申立人の入院①および入院②の入院治療は、申立契約の保険約款に定める「入院」の定義に該当しないため、給付金を支払うことはできない。

(1)入院①については、治療詳細における医師所見内容に不詳な点があったことから、事実確認を実施し、主治医から聴取した内容によると、被保険者本人から入院希望の申出があったこと、また、通院治療での対処が可能であったことが面談時に確認された。

(2)入院②については、傷病名が「腰椎捻挫」、受傷原因として作業中に腰を捻ったとされているが、事故状況の詳細および治療の詳細における医師所見の内容に不詳な点があったことから、事実確認を実施した。主治医から聴取した治療詳細の内容からは、申立人から入院希望の申出があったこと、積極的な処置、治療は実施されておらず、看護記録からは、申立人は入院中、病院内外を頻繁に独歩で移動しており、主訴とされる腰部痛は自制内であったものと判断できた。

<裁定の概要>

裁定審査会では申立書、答弁書等の書面的内容にもとづき審理した結果、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)申立人の入院が、申立契約の約款上の「入院」にあたるかが問題となるが、その判断にあたっては、主治医の診断のみならず、入院時の医学水準・医療的常識に照らして、客観的、合理的に必要な入院に限られると解すべきであるとするのが、判例・通説である。
- (2)入院①、入院②については、下記理由により「自宅等の治療が困難であり」「常に医師の管理下において治療に専念する必要性があった」と判断することはできず、入院給付金の支払いを拒絶した保険会社の判断は不当であるとは言えない。
- ◎入院①について
- 入院①は「癌疑」での入院だが、癌検査は①の入院先病院ではなく別の病院で行なわれ、癌細胞はないとの結果で、癌に対する治療はなされておらず、担当医自身が、入院の必要性はなく、申立人の希望による入院であると言っている。また、検査内容および治療内容からして、本来、通院でも十分可能な検査・治療であったと認められる。
- ◎入院②について
- 入院時、入院中等の状況からすると、入院②の入院期間については申立人が希望し、主治医も痛みがひどいので入院適応と判断して入院としているが、申立人は、入院の翌日以降、看護師に腰痛を訴えることもなく、入院翌日から院内をうろうろしており、その後も頻回に独歩で歩き回っているようである。また、申立人は、入院期間中、外で木を切るという活動的な行為も行っており、更に、外泊や外出したりもしていることから、入院しなければならぬような腰痛があったと認めることは困難である。また、治療内容も通院で十分可能なものばかりであると考えられる。
- (3)なお、申立人は、疾病通院給付金及び災害通院給付金も請求しているが、申立契約の通院特約条項によれば、いずれも入院給付金が給付される入院をし、入院の直接の原因となった疾病または傷害の治療を目的として通院をしたときのみ支払われるものであり、本件における通院は、いずれもその支払条件に該当しない。

[事案Ⅲ-10] 入院給付金請求

・平成22年7月27日 裁定打切り

<事案の概要>

「がんの治療を受けることを直接の目的とした入院」に該当しないとして、がん保険の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>

被保険者である夫は、3つのがん保険契約（保険①：平成12年加入、保険②：平成3年加入、保険③：平成4年加入）を締結していたが、平成20年5月から2ヵ月以上にわたり、「肝細胞がん」の治療を目的に入院治療をした。そこで、それぞれの保険契約に基づき入院給付金、在宅療養給付金、通院給付金を請求したところ、C型肝炎の治療であって、がん治療ではないとの理由で不支払いとされた。下記の理由により納得できないので、各給付金およびこれに対する遅延損害金を支払って欲しい。

- (1)主治医に確認したところ、「肝がんになっているのだから、がん治療は当たり前」と言われた。さらに、主治医は、診断書に追記として「肝がん治療のため」と日付を入れ、捺印した。
- (2)主治医の発行する診断書が最も尊重されるものであり、私自身も肝がん治療であったと自覚している。

<保険会社の主張>

下記のとおり、約款に定める「がんの治療を受けることを直接の目的とした入院」には該当しないため、申立人の請求に応じることは出来ない。

- (1)本件入院における治療のうち、がん治療と評価し得るのは、UFT（抗がん剤）の内服だけであり、その他の治療はいずれも肝臓の炎症、慢性肝疾患といった肝機能障害の改善を目的とした治療であって、がん治療とは評価し得ない。
- (2)このUFT（抗がん剤）の内服に関しては、自宅での治療が可能であり、本件の被保険者も本件入院前から、自宅で内服治療をしていること、また、肝臓がんの症状としても本件入院前から特段変容がないことからすれば、従前継続していた「自宅等での治療が困難」になったとも、また、「常に医師または歯科医師の管理下において治療に専念す」べき状況に変わったものとも評価し得ない。
- (3)従って、本件入院が直接の目的とするのは、C型肝炎（を含む肝機能障害）の治療であり、これに対して、がん治療については、従前より「自宅等での治療」として継続してきたUFTの内服が、たまたま本件入院と時期が重複したものに過ぎない。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では、下記のとおり、当事者双方から提出の書面等に基づき審理したが、本件については記録上不
明な点が多々あり、これが法的判断を左右する可能性もあるが、仮に事実が明らかになったとしても、さらに「主
治医の見解」の相当性あるいは当該治療が「肝がんの治療」として有効であるとの見解の有無、および有効であ
るとの見解がある場合にはこの見解に関する医学的判断の妥当性を検証する必要がある、その判断は、医師の尋
問や鑑定等の厳密な手続きを必要とする。

しかし、裁判外紛争処理機関である当審査会はそのような手続きはなく、本件を明確にするには当審査会では
なく裁判等の手続きに委ね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、裁定手続きを打ち
切ることにした。

1. 検討に当たっての前提

- (1)申立保険契約の保険約款規定によると、本件で各給付金が支払われるか否かの判断は、どの給付金においても、
本件入院が「がんの治療を受けることを直接の目的として入院」したものであるか否かによって判断するこ
とになる。
- (2)入院証明書の記載内容によると、主治医が、本件入院が肝がんの治療を目的としたものであると認めている
ように見えるが、保険金請求要件に該当するか否かという判断は、医学的な見解を前提としつつも、基本的
には約款判断であり、主治医が「癌の治療のため」と言ったとしても、それだけでは給付金の請求要件に該
当するものではなく、あくまでも客観的な判断による。(もちろん保険会社の医師の判断のみに依拠するも
のでもない)。
- (3)がん保険の場合には、一般的にがんの治療として必要な処置をするための入院は支払対象となるが、がんの
治療をするに当たって、その患者特有の疾病を治療しなければならない場合、医療行為としてはがん治療の
前提として当然に必要なだが、がん保険の約款にいう「がんの治療を直接の目的」とすることにはならない。
また、がんの発生を防止する処置も、がんの治療を直接の目的としていない場合には該当しないことになる。

2. 本事案の検討

- (1)被保険者は、平成14年に肝臓がんの手術を受けており、入院証明書(平成20年8月作成)記載の「肝腫瘍」が、
がんであるか否かは不明だが、入院時点で「肝がん」と確定診断がされていない場合には、そもそも約款規
定(支払要件のひとつとして「責任開始日以後に初めてがんと確定診断されていること」という要件がある)
により、支払要件に欠ける。
- (2)肝腫瘍が確定診断でがんと認定されている場合、本件入院時の治療が約款に規定する「がんの治療を直接の
目的とする入院」に該当するか否かが問題となる。本件でがんの治療として認定できるのはUFTの投与だが、
UFTはもともと入院しなくても投与できるように開発された薬剤で、現実に被保険者も入院前から服用さ
れていたから、この服用だけでは本件約款でいう入院に該当しないことは明らかである。
- (3)ミノフィット、ビタミンK等の点滴投与は、肝機能の改善のための薬剤だが、がんの治療との記載はなく、
このような薬剤投与が直ちにがんの治療として評価できるものでないことは明らかである。
- (4)肝機能の改善は、がんの治療を直接の目的とすると言えるか否かは疑問である。審査会では、専門医に意見
を聴取したが、「肝機能の改善の治療をすることはがんの予防となるが、がんの治療そのものではない」と
のことであった。
- (5)本件では、主治医は入院証明書に「癌治療のため」と記載しているが、証拠上からは、どのような理由で「が
ん治療」のために有効なものとして本件治療を選択されたのかは不明である。上記投薬内容について、相手
方会社は肝機能の改善の効果に疑問を呈するが、審査会が意見聴取した前記医師も、インターフェロン等の
投与と異なり、積極的な改善効果については否定的な見解を示した。
- (6)従って、この点でも主治医の見解の根拠が問題となる。あるいは、当該治療が肝臓がんの治療として有効で
あるとする見解がある可能性もあるが、当審査会には不明である。

【事案Ⅲ－11】 がん診断給付金請求

・平成22年6月30日 裁定終了

＜事案の概要＞

大腸がんで入院・手術し診断給付金を請求したところ、約款規定の「がん」に該当しないため支払拒否された
ことを不服とし、診断給付金の支払いを求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成21年8月、妻が腸がんと診断確定を受けA病院に入院、翌日に内視鏡的大腸ポリープ切除術を受け、その

翌日に退院した。

そこで、がん保険の診断給付金の支払いを請求したところ、妻のがんは約款に定める「がん」に該当しないとして支払いを拒否されたが、下記理由により納得できないので、診断給付金を支払って欲しい。

(1)入院・手術・通院証明書に、「傷病名」として「大腸癌、大腸腺腫」と記載されており、また、「悪性新生物または上皮内新生物の場合」の欄の病理組織診査結果が「有」に丸印が付されており、妻の疾病は悪性新生物に該当する。

(2)契約当時の約款には、保険会社の主張する「上皮内新生物」、「壁深達度」は記載されておらず、診断給付金の支払対象となる「がん」に該当しないことが容易に判断できない。

<保険会社の主張>

申立人の妻の病変は、本件保険契約約款にいう「がん（悪性新生物）」に該当しないので、診断給付金等の支払い請求には応じられない。

(1)本件保険契約において、「がん」とは、世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類の基本分類において悪性新生物（がん腫、肉腫および白血病等）に分類されている疾病を言う。

(2)WHOの分類は、大腸につき、粘膜筋板を超えて粘膜下層への浸潤があるもののみを「悪性新生物」としている。これは、腫瘍が粘膜下層へ浸潤すると、血管・リンパ節を經由した「転移」の可能性が生じて全身の機能破壊による死の危険が生じるのに対し、浸潤が無ければ転移可能性が無いため切除すれば治療として終了することから、治療内容の決定上、粘膜下層への浸潤の有無が最も重要と言えることと、浸潤の有無は病理診断医の間で意見の不一致がおよそ起こらず、診断基準として極めて簡易かつ明確だからである。このようにWHOの分類は、それ自体国際性・公共性が高く、分類基準として最も明確かつ詳細で、客観性・普遍性を有し、さらには悪性新生物の本質にも即する結果、一般消費者のがん・悪性新生物に対する意識・認識に極めて合致するものであって、これに拠ることとする本件約款にも高度の合理性がある。

そして、本件病変は、腫瘍が粘膜内に留まっており（＝粘膜内がん（m））、粘膜下層への浸潤がなく、悪性新生物に該当しない。

(3)「がん保険」のような特定疾病保険は、がんのような特定の疾病に「診断」されたということが必然的・絶対的な給付要件となる。そして、「診断」は、医師による医学的判断そのものなのであるから、その約款規定やあてはめも医学的な表現・議論とならざるを得ない。

<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)申立人の妻の疾病が悪性新生物に該当するかについて

- ・入院・手術・通院証明書によれば、申立人の妻は、入院して内視鏡的大腸ポリープ切除術を受け、退院後に、病理組織診断名として「下行結腸：腺腫内癌（高分化型腺癌）、上行結腸、横行結腸、S状結腸：腺腫」、組織学的壁深達度として「粘膜内癌（m）」、上皮内新生物・浸潤性・非浸潤性について「上皮内新生物」と診断確定された。
- ・保険会社提出の資料によれば、世界保健機関（WHO）は、大腸では、粘膜下層に浸潤した腫瘍のみが悪性新生物とされているが、申立人の妻の疾病は、組織学的壁深達度として「粘膜内癌（m）」と診断確定され、また、「上皮内新生物」と診断確定されていることからすると、腫瘍は粘膜内に止まっており、粘膜下層への浸潤は認められない。
- ・従って、申立人の妻の疾病は、世界保健機関（WHO）の分類上、悪性新生物に分類されず、申立契約の診断給付金の支払対象となる「がん」には該当しないと言わざるを得ない。

(2)申立人の主張について

- ・約款上、がんの診断確定は病理組織学的所見等により行うものとされていることから、傷病名をもってして、申立契約の診断給付金の支払対象となる「がん」に該当するかについて判断することはできないし、病理組織診査結果が「有」とは、検査結果が有るということの意味するに過ぎないため、申立人の主張には理由がないと言わざるを得ない。
- ・「がん」という言葉の意味自体が一義的でない以上、申立契約の対象となる「がん」について、医学的な見地から定義することは必要なことと言える。そして、申立契約は、約款において、「がん」の定義を、世界保健機関（WHO）修正国際疾病、傷害および死因統計分類の基本分類において悪性新生物に分類されている疾病であるとしているが、定義として不相当とは言えない。

IV. その他

【事案Ⅳ－１】配当金請求

・平成22年5月26日 裁定終了

<事案の概要>

加入時に提示された設計書記載の生存祝金額(配当金買増しに生存保険金額)を支払って欲しいと申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成元年に、既契約を転換して終身保険を契約した際、提示された設計書には保険料払込満了時(65歳)に生存祝金(約610万円)が支払われると記載されている。ところが、平成21年に65歳になるので、保険会社に確認したところ、生存祝金は配当金にもとづくもので、28万円余しか支払われなかったと言われた。

加入してからこれまで、何度か歴代の営業所長に保険料払込満了時の金額について確認したが、そのつど支払われると言われ、その言葉を信じて、加入し続けてきた。今になって、設計書記載の金額が支払われないのは納得できないので、設計書記載金額の生存祝金額を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、生存祝金の金額は保証されたものでなく、申立人の請求に応ずることは出来ない。

- (1)申立契約の保険約款に記載のとおり、生存祝金は配当金を一時払保険料とする生存保険の保険金であり、配当金が多ければ生存保険の払込保険料が多くなり、保険金である生存祝金も多くなるが、その逆もあり得る。
- (2)設計書の下部には、「★記載の年金額・生存祝金については、この保険のパンフレットにもご説明のとおり今後変動(上下)することがあります。したがって将来のお支払額をお約束するものではありませんのでご注意ください。」と記載しており、設計書どおりの保険金額を支払うことを約束していない。
- (3)申立人は、「歴代の営業所長は設計書記載の生存祝金の支払いを約束した」と主張しているが、当社が歴代の所長を調査したところ、そのような約束をした営業所長はいなかった。

<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、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)下記のとおり、設計書記載の生存祝金額の支払をすることが申立契約の内容になっていると言うことは出来ない。
 - ①保険契約は、いわゆる「**附合契約**」^[注]で、約款の記載にしたがって契約内容が定められるもので、申立契約の約款によれば、「生存祝金は、社員配当金を一時払保険料とする生存保険の保険金」とされており、配当金の多寡が生存祝金額に影響を与えることになり、確定金額の生存保険金を支払うものとはされていない。

【注】附合契約とは、大量かつ定型的取引において契約当事者の一方が予め定めた契約条項(普通契約約款)を相手方が包括的に承認することによって成立する契約のことです。相手方は約款の各条項の内容を具体的に知らなくても約款に拘束されると解されています。
 - ②設計書にも、設計書記載の金額を支払うことを約する文言はなく、かえって、「★記載の年金額・生存祝金については、この保険のパンフレットにもご説明のとおり今後変動(上下)することがあります。したがって将来のお支払額をお約束するものではありませんのでご注意ください。」との注意文言が記載されている。
- (2)申立人が主張するところの、歴代営業所長の説明が、確定金額として設計書記載の生存祝金額を支払う旨の説明であったことを証明する証拠はなく、申立人の主張を認めることはできない。

【事案Ⅳ－２】保険料払込方法遡及変更請求

・平成22年7月30日 和解成立

<事案の概要>

営業担当者に照会したにもかかわらず、第1回保険料相当額のクレジットカード払いが可能である旨説明がなかったとして、クレジットカードによる保険料の払い直しと損害賠償を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成21年6月、保険料を全期前納して終身保険に加入したが、契約申込みをする際、保険料のクレジットカードでの支払方法の有無を営業担当者に再三確認したが、クレジットカードによる支払方法があったにもかかわらず、営業担当者はクレジットカードによる支払いが可能であることの説明がなかったため、8回にわたり預金を引き出し、現金(約380万円)で支払わざるを得なかった。営業担当者の誤った説明により、クレジットカード

による支払いができなかったことにより、以下の利益を失ってしまったので、損失の補償をして欲しい。

(1)クレジットカードで支払えば得られるポイントを得られなかった。

(2)クレジットカード払いであるならば、第1回保険料相当額を申込日ではなくクレジットカード利用代金の引落日に後払いすることができたことから、その期間の金利を失った。

<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)第1回保険料相当額の払込方法に関する説明は、保険契約を締結するに当たっての重要事項ではないから、その説明をすべき法的義務はない。

(2)後払いによるメリットは、あくまでクレジットカード取引上生じるものに過ぎず、当社が申し込みの勧誘に当たって関知し、予見しうる類のものでもないから、仮に、申立人の主張するような損害が生じているとしても、当社がその損害を賠償すべき責めを負う理由はない。また、保険契約上、当社には、保険契約者に対して、第1回保険料相当額の払い込み方法を選択し直す機会を付与すべき義務もない。

(3)申立人には、クレジットカード払いに関する記載のある「ご契約のしおり・約款」を渡しており、申立人としてはクレジットカード払いが可能であることを認識し得る状態にあった。また、第1回保険料相当額は極めて高額で、通常、クレジットカード払いを想定できる範囲を超えているものであること等を考慮すると、かかる説明を口頭でしなかったとしても、ことさら営業上の配慮を欠いていたとはいえない。

<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、答弁書等の書面の内容にもとづいて審理を行い、裁定審査会としての見解を保険会社に伝えたところ、相手方会社から和解案の提示があった。

審査会において同和解案については審理した結果、妥当なものであると判断し、生命保険相談所規程第41条第1項にもとづき、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Ⅳ－3】配当金・生存給付金積立利息請求

・平成22年5月12日 裁定終了

<事案の概要>

こども保険の満期時受取額が払込保険料総額を下回ったため、満期時受取額と払込保険料との差額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（保険期間18年）に加入し、今年（21年）満期を迎えるが、加入時の設計書には満期時受取額が約350万円と記載されているのに、実際受取額は215万円余であるとの通知が保険会社から届いた。18年間の支払保険料総額は250万円であるので、貯蓄型保険なのに、支払った保険料より受取額が少ないのは納得出来ない。将来受け取る金額が保険料払込額の総額を下回る可能性について、契約時および保険期間中に一切説明がなかったことの非を認め、満期時受取額と払込保険料総額との差額を支払って欲しい。

<保険会社の主張>

下記のとおり、当社としては説明義務に違反していることにならないと判断しており、満期時受取額と払込保険料との差額の返金請求に応ずることはできない。

(1)本件契約は、払込保険料を保障する保険ではなく、契約者の死亡・（高度）障害による育英資金の支払・保険料免除や被保険者の死亡・高度障害に対する保障等の要素もある生命保険で、本件契約の保険料は、育英年金の支払に充当する部分と保障に充当する部分から構成されており、約款では満期時受取額について、既払込保険料相当額を最低保証するものとなっていない。

(2)本件契約の約款で、「育英資金は会社の定める利率による利息をつけて据え置く」とし、育英資金は変動する利率による利息を付する旨規定している。また、配当金については、定款にて剰余金が生じた場合に社員配当準備金を積み立てることとし、本件契約の約款で「社員配当準備金から…社員配当金を割り当てます」と規定し、変動することになっている。そこで、設計書、ご契約のしおり等で育英資金の据置利率や（積立）配当金は変動することを説明している。

(3)これらの説明によって、育英資金の据置利率や配当金が相当期間にわたって低水準で推移した場合には、本件契約の保険料は、契約者や被保険者の保障に充当する部分もあることと相俟って、満期時受取額が払込保険料を下回る可能性があることは理解いただける内容となっていると判断している。

<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)申立人の主張の法律上の根拠は不明だが、これを善解するに、本件保険契約が預貯金などと同様に満期時に支払われる金額が支払済保険料を下回ることではないと誤信して契約をしたことを理由に、民法95条による錯誤^(注)であるから、契約は無効であるとするものであると思われる。

(注)民法95条の錯誤とは、契約の要素につき契約時の当事者の認識が事実とは異なっていることであり、要素とは、当該事実の誤信がなければ一般人においても当該契約をしなかったであろう事実を意味する。

(2)申立人は、本件契約は貯蓄型の保険であるから、満期時受取金額が支払済保険料（申立人はこれを元本と表現している）を下回ることではないと認識して契約を締結したと主張するが、申立人提出の書面及び証拠に基づいても、契約当時、申立人がかかる認識を有していたと推認される証拠は無い。更に、満期時の支払金額が支払済保険料を下回るか否かが、前記契約の要素となりうるかという点についても疑問がある。

(3)本件契約は「こども保険」であり、その形態からも明らかとなり、支払われる保険料は保障に充てる資金、及び積立てに充てる資金の両者を包含していることは明らかで、保険である以上、保障に充てる部分は、当該契約者のみならず他の契約者の保障にも使われることは保険制度として当然で、この部分は本来消費されるものである。このように、生命保険においては、そもそも支払保険料の一部が消費されることが前提となる制度であり、元本という概念はなく、また元本の返還を保証するものではない。

(4)こども保険の一般の契約者は、他の保険と異なり、教育資金の積立てを重視することは理解できるが、それとともに子供の成長過程における子供自身あるいは保護者の疾病や傷害による資金不足を補うことをも期待しており、申立人の言う、元本が保証されなければ契約をしないというものではない。従って、支払済保険料全額が満期時に支払われるか否かは契約の要素とは言えない。よって、申立人に契約時に仮に前記誤信が存在したとしても、当該契約を無効とするものではない。

(5)以上のことから、設計書記載の金額の支払いが保証されるものではないことの説明（文書で足りる）が、元本という概念を想定して元本割れをする可能性のある事実を説明する義務があるとは言えない。また、申立人は、貯蓄型の保険であることをもって、元本保証されるのが当然で、そうでなければ説明すべき義務があると言うが、保険が貯金と異なることは当然であり、貯蓄という言葉（積み立てるという意味）から直ちに郵便貯金等と同様に元本が保証されると解することが、一般人において当然の認識であるとは言えない。

[事案Ⅳ－4] 自動振替貸付・失効取消請求

・平成22年5月26日 和解成立

<事案の概要>

保険料振替口座の変更を希望したのに適切に処理されなかったため、一つの契約は自動振替貸付が適用され、他方の契約は失効してしまったとして、自動振替貸付の適用と失効の取消しを求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成17年に終身保険（申立契約①）と医療保険（申立契約②）に加入していたが、給与口座の変更に伴い2つの契約の保険料振替口座の変更依頼を何度も行なった口座変更の手続きがなされなかった。そのため、保険料自動振替貸付適用可能な終身保険は、自動振替貸付が適用（平成20年11月～21年1月分）されて利息が発生した。一方、自動振替貸付が適用されない医療保険は21年3月に失効してしまった。

当方に保険料支払いの意思があったにもかかわらず、口座変更の手続きをせず、対応しないまま通知を送りつけるのは契約者を無視したもので許せない。営業担当者による対応がなかったのは、保険会社の責任であるので、保険料自動振替貸付の適用および失効を取り消して欲しい。

<保険会社の主張>

当該案件は、申立人が「弁護士に相談している」とのことであったので、当社からの対応をあえて控えていた。その最中、裁定審査会への申立てとなったものである。

保険料の自動振替貸付の適用および利息の発生、また失効および復活の取扱いについては、約款規定であり、その規定に則して対応している。

当社としては、約款規定に違反するような対応上の瑕疵はなく、申立内容を受けなければならない理由はないものと判断している。しかし、サービスレベルの問題では、顧客保護の観点からの対応を検討する必要があるのではないかと考えていた。

以下の内容を考慮して、解決案を提示したい。

- ・問題の発生した平成21年1月から3月にかけて、当社担当者は、申立人と新契約の募集他で数回面談していたが、対象契約における未納案内、保険料自動振替貸付適用案内、失効防止案内、復活勧奨案内等を、通知物以外の方法で案内していなかったことは、顧客保護の観点からは配慮に欠けていた点もあったと思われる。

<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解決案が提示された。申立人より一部拒否の連絡があったが、当審査会としては、同和解案は妥当な案であると思料し、生命保険相談所規程第41条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Ⅳ－5】復活保険料返還請求

- ・平成22年6月30日 裁定終了

<事案の概要>

復活不可となったにもかかわらず、復活保険料がまだ返金されていないとして、その返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成6年に失効し、復活の申込みをして復活保険料を支払ったが健康上の理由で復活できなかった。復活保険料を払い込んだ際の保険会社の領収書は手元にあるが、現在まで返金されておらず、保険会社から、復活保険料返金の事実の証拠書類が提出されない。当方には、返金されていない証拠として、預金通帳に入金の記載が存在しないこと、復活保険料の領収書裏面にある「返金受領欄」に私の署名捺印がなされていない。復活が認められなかったのであるから、復活申込みの際に払い込んだ保険料を、法定利息を付けて返還して欲しい。

<保険会社の主張>

下記理由により、復活保険料の返還請求に応ずることは出来ない。

- (1)当社システム上、本件契約が復活延期となった際、本社担当部門から復活保険料を当該支社の保険料返金の仮受金に付替えたという履歴が残っている。当社の事務手順として、付け替えを受けた支社においては、保険料返金の仮受金は、契約者さまに返金して精算することになっていることから、本件においても、付け替えを受けた当該支社では、復活保険料を申立人に返金して精算したものと判断している。
- (2)当社の帳簿書類の保存期間は7年であり、現在は存在しないが、上記の通り、当社としての取引履歴調査、当社事務取扱より、当該保険料を返還したと判断している。
- (3)申立人に対して、復活延期のお知らせ（平成7年3月）をしてから今回のお申出（同21年3月）に至る14年間、申立人から「復活保険料返還請求」がなかったことから、復活保険料は返還されたと考えられる。
- (4)上記などから、申立人に確実に復活保険料が返還されたと判断しているが、帳簿書類の保存期間が超えており確証を示せないことから、商法683条1項にて準用する商法663条（短期時効）の規定により、時効を援用するので、仮に返還をしたことが認められないとしても、返還請求権は時効により消滅する。

<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類等に基づき審理した結果、下記のとおり、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を終了した。

- (1)本来、債務を弁済したこと（復活保険料を返金したこと）は債務者（保険会社）において立証すべき事柄だが、長期間が経過し、弁済を裏付ける証拠が散逸することはやむを得ない事態であり（本件では、申立人による返金要求は復活延期から約14年が経過した平成21年3月になされている）、消滅時効制度の存在理由はそのような事態に陥った債務者を保護する（立証の困難さを救う）ところにあるので、保険会社が、本件で消滅時効を援用するのは無理のないことと考える。
- (2)保険会社の保険料返還義務の消滅時効期間は2年だが（商法683条1項、664条、663条）、その起算点については商法に規定がなく、民法166条1項により、「権利を行使することができる時」と解されます。そして、同条の「権利を行使することができる時」とは、一般的に、債権の行使のための法律上の障害がないことを意味し、債権者が権利を行使することを得ることを知らなくても同じである、と解されている（通説・判例）。
- (3)本件では、保険会社の保険料返還義務の消滅時効の起算点は、復活延期となった平成7年3月1日、どんなに遅くとも、申立人が申立契約を解約し、その返戻金が入金された平成9年9月3日と考えられる。したがって、保険会社の保険料返還義務は、遅くとも平成11年9月3日の経過により、時効により消滅したことになる。仮

に、申立人が、復活保険料が返金されていないことを具体的に知ったのが、申立人の主張するとおり平成21年3月であったとしても、それは消滅時効の完成には影響がない。

【事案Ⅳ－6】告知義務違反解除取消請求

・平成22年9月29日 裁定終了

<事案の概要>

募集人の不告知教唆、告知妨害等を理由に、告知義務違反解除の撤回ないし既払込保険料の全額返還を求め申立てがあったもの。

<申立人の主張>

平成21年5月、B型慢性肝炎と診断され10日間入院した。そこで、20年7月加入の医療保険（申立契約①）に基づき疾病入院給付金の支払いを請求したところ、相手方会社は、告知直前の6月に肝炎専門病院のA病院の診察・検査を受け、かつ、その際に定期的な検査の勧めを受けていたことが告知されていないかつ、同年7月に、同時期に加入した終身保険（申立契約②）、がん保険（申立契約③）を含めた全保険契約の告知義務違反解除を通知してきた。

しかし、加入時において、募集人は、下記のとおり、保険業法の禁止行為に当るような不適切な行為等があったことから納得できるものではなく、告知義務違反による解除の撤回ないしは3つの保険契約の既払込保険料全額の返金を請求する。

- (1)募集人に対し、①B型肝炎ウイルスキャリアであること、②病院で検査を受けたこと、その際に定期的な検査を勧められたことを告げたが、募集人より、告知は不要であると言われた。
- (2)募集人は、対面募集であるにもかかわらず契約者である自分と面接しないまま契約したり、告知等について虚偽の説明をした。

<保険会社の主張>

下記理由により、申立人の請求に応じることはできない。

- (1)募集人が申立人と直接面談していないのは事実であるが、申立人は申立書で加入動機を自ら述べ、自筆にて申込書を記入し、自ら告知義務違反解除の不当性を主張して、給付請求を行っているものである以上、加入意思があったことは明白である。
- (2)「(肝炎ウイルス)キャリアであること」を申告していたのは事実であるが、同キャリアであることは告知事項に該当せず、不告知で問題ない。申立人のその他の主張は事実でなく、申立人の妻が募集人に対して告げていたのは、「病院で、自主的な健康診断を受けており、その結果は全く問題が無い」ということだけであり、このような事実はいずれも告知事項に該当しない以上、これを告知不要としたとしても、解除権が行使できないとは到底解されない。

<裁定の概要>

裁定審査会では、当事者双方から提出された申立書、答弁書等の書面にもとづいて審理した結果、下記のとおり、申立内容を認めるまでの理由がないことから、生命保険相談所規程第44条を適用し、裁定書により理由を明らかにし、裁定手続きを終了した。

1.告知義務違反の有無について

- (1)申立人は、申立契約①～③への加入に当たっての告知書の記載において、加入日前月（平成20年6月）に、A病院の診察・検査を受け、医師から、3カ月ごとに血液検査を受けることを指導されたことについて告知せず、事実と異なる回答をしたと認められる。
- (2)A病院で診察・検査を受けた事実及び同病院医師から、3カ月ごとに血液検査を受けることを指導された事実を、申立人は告知時に認識していたと認めることができること等から、申立人に告知義務違反があったと認められる。

2.告知義務違反解除が無効であるとの主張について

- (1)申立人が、募集人に対しB型肝炎ウイルスキャリアであることを告げたことについては当事者間に争いはないが、当該事項は告知事項とされておらず、従って、募集人が告知不要と述べたとしても何ら不告知教唆または告知妨害とはならない。
- (2)申立人は、「平成20年6月に、生命保険切替えのためにA病院を受診し検査を受け、その際に今後も検査を受けることを勧められた」ことを募集人に対し告げたと主張するが、相手方会社は、申立人より「自主的な健康診断として血液検査をしている」「結果はなんでもなかった」と告げられたと主張し、両者の言い分は食い違っており、申立人の主張を認めることができる証拠は他にない。従って、募集人に不告知教唆または告

知妨害があったとの申立人の主張を認めることはできない。

3. 契約が不成立または無効であるとの主張について

募集人が申立人と面談していなかったことは、当事者間に争いはないが、そのことにより直ちに契約が不成立または無効となるものではなく（但し、契約者と面接することなく行う勧誘は望ましいことではない）、申立人の妻が申立人に代わり面談しても、契約が申立人の意思に添うものであれば、契約は有効に成立する。本件においては、申立人は契約意思を有していたと認めることができ、契約の不成立または無効の主張を認めることはできない。

〔事案Ⅳ－7〕 配当金請求

・平成22年8月31日 裁定終了

＜事案の概要＞

満期時受取額が想定していた金額より少なかったとして、想定していた金額の支払いを求め申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

昭和50年に加入した養老保険が平成17年に満期を迎え、満期保険金、積立配当金（特別配当含む）を受け取ったが、その金額は想定していた金額より少なかった。下記理由により、少なくなった差額を支払って欲しい。

(1)生命保険会社は、保険料の名目で資金を調達し、保険料は責任準備金として満期保険金の支払いに備え積み立てられており、責任準備金の性質は、銀行の預金と同様で、保険契約は消費寄託（民法666条）であり、責任準備金の一部が未払いである。（ただし、申立人が支払われていないと主張する責任準備金額の算出根拠は明らかではない）。

(2)申立契約時に、保険会社は、保険料を予定利率で運用することを約束しており、利息が未払いである。

＜保険会社の主張＞

当社としては、申立人に対し、本件契約の約款に従って契約内容どおりの満期保険金および積立配当金（買増保険金含む）を支払っており、他に何ら債務は残存せず、また、債務不履行や不法行為に該当する行為もなく、申立人の申し出に応ずることは出来ない。

(1)生命保険の仕組みにおいては、毎年決算時に1年間の実績が判明した際に、3つの予定率と実績との差によって生じる損益を集計した結果、利益が生じた場合には配当金を支払うが、逆に利益が生じなかった場合は配当金を支払うことができないため、配当金の支払いについては、商品パンフレットおよび見積書にも記載するように、毎年必ず支払うことを約束したのではない。

(2)本件契約では、4.50%の予定利率を設定しており、平成6年以降は予定利率を上回ることができなかったこともあり、利益が発生しなかったことから、配当金を支払うことができなかった。

(3)申立人が支払いを主張する金額の根拠は、平成7年度の運用実績を元に算出された予想金額から、当社が申立人に対し既に払っている満期保険金と積立配当金を引いた額であると推察するが、あくまで将来を予測したものであり、支払いを確約した金額ではない。平成6年度以降の運用実績が芳しくなかったことなどから、配当金を支払うことができず、申立人の主張される額より少なくなった次第である。

(4)本件契約は平成17年8月に満期を迎えたが、その際に本件契約の約款に基づき、満期保険金と積立配当金（特別配当含む）の合計金額を支払ったことで、本件契約は消滅している。

(5)なお本件契約は、申立人の主張するような消費貸借契約もしくは消費寄託契約ではなく、商法第673条に規定された「生命保険契約」である。

＜裁定の概要＞

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

(1)消費寄託とは、受寄者が目的物を消費し、同種・同等・同量の物を返還することを約して成立する契約であり、申立人が主張するように、申立契約が消費寄託であれば、相手方は申立人が支払った保険料と同額を返還することを約していることになる。しかし、申立契約の満期時受取金は、確定金額の満期保険金と金額が確定していない配当金とされており、既払保険料と同額を返還する契約ではないので、申立契約が消費寄託でないことは明らかである。

よって、責任準備金の一部未払いの申立人の主張を認めることはできない。

(2)申立人の主張は、予定利率による運用の約束がなされており、それに基づく利息を請求するものと理解するが、

満期保険金額は、払い込まれた保険料から事務経費等を差し引いたのち、満期保険金の支払いに充てるため責任準備金として積み立てられたものを予定利率で満期まで運用した金額であり、予定利率相当の利息分は満期保険金に含まれている。また、予定利率を上回る運用益が生じた場合には配当金として支払われる。

よって、利息の未払いの申立人の主張を認めることはできない。

- (3)申立人の想定金額と実際に支払われる金額が乖離していることにより、申立人の老後の生活設計に支障が生じることはよく理解できるが、その主たる原因は、いわゆるバブル経済の崩壊後の予測困難な経済状況の変化にあり、他の多くの生命保険契約においても同様の事態を生じており、これをもって保険会社の法的責任を問うことは困難であると言わざるを得ない。

【事案Ⅳ－8】解約取消請求

・平成22年9月29日 裁定終了

＜事案の概要＞

新契約を申し込むにあたり、既契約を解約したが、新契約が成立しなかったため、解約処理を取消し、契約を元に戻してほしいと申立てがあったもの。

＜申立人の主張＞

平成21年8月、代理店担当者の提案により保険を見直すこととし、新規契約（収入保障保険、医療保険）を申し込む一方、その5日後に従来より加入していた申立契約（平成15年加入の医療保険、同17年加入のガン保険）の解約請求書を提出した。

ところが、新規契約に関して健康状態に係わる告知内容に不備が存在することにより新規契約がなかなか成立せず、相手方会社の職員の私に対する発言や対応が悪く、「売り言葉に買い言葉」で既契約を解約してしまった。結局、新規契約は成立せず、今回の件によって体調を崩し精神的にも不安な状態となってしまった。

もともと、既契約の解約の申し出は、相手方会社の職員とのやり取りの中で「売り言葉に買い言葉」でなされたものであり、解約する意思はなかった。また、それまで加入していた保険を解約したため、現在何も保険がなく今回の通院歴により他の保険に加入することも出来ない。既契約の解約処理を取消し契約を元に戻してほしい。

＜保険会社の主張＞

下記の経緯に鑑み、解約をなかったものとする正当な理由がないことから、申立内容を受け容れることは出来ない。

- (1)当社は、保障が途切れないよう新規契約申込の成立まで既契約の解約処理を留保していたが、本件解約は申立人の意思に基づいて行われ、その際、申立人は新契約が成立していないことを承知のうえで、解約処理を先行して行って欲しいことを要望した。
- (2)新規契約手続きの進行に対する協力を申立人に依頼したが、協力を得られなかったため、新規契約は成立しなかった。

＜裁定の概要＞

裁定審査会では申立書、答弁書の内容にもとづき審理した結果、下記のとおり、本件申立内容は認められず、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)下記の事実を照らすと、相手方会社の行った本件保険契約の解約処理には法律的な瑕疵は存在せず、道義的な問題も見当たらない。
- ①相手方会社は、解約処理を先行すると、新契約が成立するまでの間、保障のない期間が生じてしまうため、新規契約の成立を条件として旧契約（本件保険契約）の解約処理を行うこととし、旧契約の解約処理を留保していた。
- ②ところが、新規契約に関して申立人が行った健康状態に係わる告知内容に不備が存在したため、相手方会社は追加告知を求めたが、申立人がこれに応えず、新規契約の成立は延び延びとなっていた。
- ③申立人は、相手方会社の職員の発言や対応に不満を募らせ、同年9月、「売り言葉に買い言葉」で、本件保険契約の解約処理を先行すれば、保障の空白期間ができ、新規契約が成立しない可能性もあることを承知しながら、本件保険契約の解約処理を先行させ、解約返戻金を早期に支払うように求めた。相手方会社は、申立人の要求に応じて、2日後に、申立契約の解約処理を行い、解約返戻金を支払った。
- (2)なお、申立人には、解約処理を求めた当時、本件保険契約を解約する意思がなかったとすれば、本件保険契約の解約申し入れは「心裡留保」(民法93条)¹⁾に当たることになるが、心裡留保は意思表示（解約申し入れ）の効力を妨げない（解約申し入れは有効である）。また、以上の事実関係に照らすと、相手方会社において、表意者の真意を知り、又は知ることができたとは考えられない（同条ただし書きの適用はない）

【注】心裡留保とは、表示が内心の意思と食い違っているが、そのことを表意者が知っていることで、冗談がその例。

V. 申立不受理

平成22年度上期において、生命保険相談所規程にもとづき『不受理』となった3事案の概要、不受理の理由は下記のとおりである。

[事案V-1] 新契約無効・解約無効請求

・平成22年4月28日 不受理決定

<事案の概要>

平成2年に加入した保険契約は、契約者である自分が知らない間に、妻が契約諸条件等を確認することなく、営業担当者より「契約者はご主人で結構です」と言われ白紙の契約申込書に署名・捺印し契約したもので、告知書も加筆・代筆によるものであり、契約の無効を求める。

また、平成13年における解約についても、契約者貸付との理解のもとで白紙の書類に署名捺印した書面を、相手方が加筆改ざんしたものであり、解約を無かったことにしてほしい。

<不受理の理由>

本件は、平成2年当時の営業担当者と申立人の妻との契約時のやり取りが重要な要素となるが、当時から既に19年以上経過しており、また解約についても解約請求日からは8年以上が経過していることから、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、厳密な証拠調手続き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1項(5)に基づき、申立てを不受理とした。

[事案V-2・3] 契約無効確認・既払込保険料返還請求

*夫婦2名より、同様の事実経過に基づく同一保険会社への申立て

・平成22年6月30日 不受理決定

<事案の概要>

申立人である父Aと母Bは、平成19年2月に銀行預金が満期になるということで、募集人（銀行員）から変額個人年金を強行に勧められ、変動リスクがあることについて十分に説明を受けないまま、変額個人年金に加入した。加入してから半年後、父母の変額個人年金の存在について私（次女）が知り、銀行に対し、80歳になる高齢者にリスク性の保険商品をなぜ勧めるのかと、苦情を申し出たところ、募集人から、5年後の満期時には既払込保険料が全額戻されるとの説明を受けたが、その説明は事実と異なることが分かった。契約を取り消して、既払込保険料を返還して欲しい。

父母とも高齢で、医師から認知症との診断（診断書添付）を受けているので、娘である私（C）が父母の代理人として裁定申立てを行いたい。

<不受理の理由>

本件は、下記のいずれの観点からも、「申立ての内容が、その性質上裁定を行うに適当でないと認められるとき」に該当し、審査会において裁定を行うことは適当でないと判断されるため、生命保険相談所規程32条1項(5)により、申立てを不受理とした。

- (1)本件では、申立人AおよびBから、その次女であるCに対して当裁定審査会への申し立てに関する手続を委任する旨の委任状（平成22年5月）が提出されているが、代理権授与行為も法律行為である以上、代理権授与時に申立人本人AおよびB（委任者）に意思能力（正常な判断能力）が存在することが不可欠であり、意思能力が欠ける者がなした代理権授与行為は無効となる。
- (2)しかし、次女Cから当裁定審査会へ提出された申立人Aに関わる医師作成の診断書には、「病名」として「認知症兼食道癌兼心筋梗塞」と、また、申立人Bに関わる医師作成の診断書には「認知症兼高血圧症」と記載されている。両診断書を見る限り、申立人AおよびBの認知症の程度は決して軽度のものとは思われず、申立人AおよびBに意思能力が存在する状態で代理権授与行為がなされたか疑わしく、申立人AおよびBから次女Cに対してなされた代理権授与行為（具体的には委任状の作成）は無効である可能性がある。
- (3)申立人AおよびBが、「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある」とすれば、家庭裁判所に対して後見開始の審判を申し立て、成年被後見人とし、成年後見人を付した上で、成年後見人が成年被後見人の法定代理人として法律行為をなすべきことになり、当裁定審査会への申立ても成年後見人が行うべきことになる（家庭裁判所に後見開始の審判を申し立てるためには時間と費用がかかります）。
- (4)しかし、仮に後見開始の審判を得て、成年後見人から改めて当裁定審査会への申立てをされたとしても（Cが成年後見人に選任される可能性もあります）、本件では、申立契約の勧誘がなされた当時（平成19年2月）の

状況が問題となるため、申立人AおよびBからの事情聴取が不可欠となるが、前述のような病状にある、申立人AおよびBからの適切な事情聴取は不可能と考えられる

- (5)また、仮に、申立契約の申込み当時（平成19年2月）にも、申立人が現在と同様の症状にあったとすれば、意思能力を欠く状態でなされた保険契約として申立契約が無効と判定される可能性はある（本件申立ての真意はそこにあるようにも思われる）。しかし、そのためには、医療記録等の資料に基づき、医学鑑定等も踏まえながら、平成19年2月当時における申立人の判断能力を判定しなければならないが、（上記診断書だけからではその当時の病状を知ることはできません）、その判定は、厳密な証拠調べ制度を具え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え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られる。