

2022年5月発行

「2021年度下半期 少額短期ほけん相談室レポート（第23号）」

一般社団法人 日本少額短期保険協会
少額短期ほけん相談室

1. はじめに

一般社団法人日本少額短期保険協会では、「指定紛争解決機関」（＝「指定ADR機関」）の指定（金融庁）を受け「少額短期ほけん相談室」が、ご契約者様をはじめ一般消費者の皆様から少額短期保険全般に関するご相談・苦情対応および紛争解決業務を行っております。

その実態をご契約者様・一般消費者様のご理解をいただきより気軽にご利用いただくため、「少額短期ほけん相談室レポート」を毎年半期ごとに提供させていただいております。

今回の「少額短期ほけん相談室レポート」では、2021年度下半期（2021年10月～2022年3月）の相談・苦情・紛争解決手続の運営状況と事例を開示しております。

【本レポートに記載される業務の内容についての説明】

本レポートに記載されている、「相談」「苦情処理手続」「紛争解決手続」に関するほけん相談室の業務内容をご説明いたします。

<相談業務>

少額短期保険についての一般的なお問合わせに対し、説明・助言等を行います。

<苦情処理手続業務>

お客様と少額短期保険会社（※以下、「業者」とします）との間で発生したトラブルについて、不満足の内容をお客様から少額短期ほけん相談室にお申出された場合、その内容を業者へ連携し解決を要請します。少額短期ほけん相談室では、中立・公正な立場で（お客様と業者との話し合い）解決までサポートを行います。

<紛争解決手続業務>

苦情処理手続後、お客様と業者との話し合いが原則1か月を経過しても解決の見通しが立たない場合は、紛争解決手続の申立を行うことができます。当事者双方よりの書類提出を受け、「裁定委員会※」が双方からの提出書類をもとに審議を行い、和解案の提示を行います。

※裁定委員会とは

紛争解決手続の開始に伴い「裁定委員会」が組織されます。裁定委員として委嘱を受けた中立・公正な第三者複数名（弁護士・学識経験者・消費生活相談員等の中から5名以内）から構成されております。裁定委員会では、申立に係る適格性の審査を行い、申立を受理した場合は、当事者双方より提出された書類をもとに審議の上、和解案を双方に提示をします。

原則、業者は和解案を速やかに履行しなければならない決まりとなっております。

（業務規程第36条2項より）

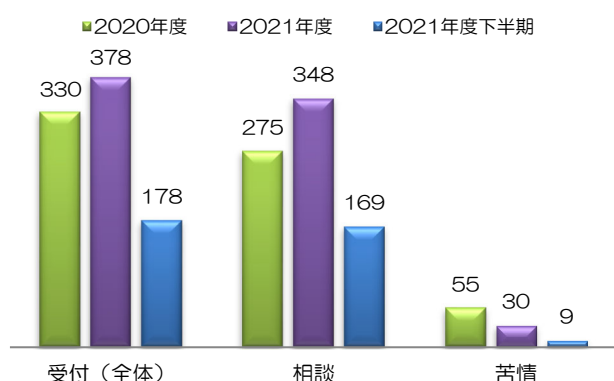
2. 相談・苦情の受付・手続終了状況

(1) 相談・苦情受付件数の推移

(件)

期間	受付件数	相談	苦情
2021年度	378	348	30
うち下半期	178	169	9
2020年度	330	275	55

相談・苦情受付件数の推移



POINT

- ・2021年度の相談・苦情の受付件数は378件で前年度比15%増となりました。相談受付件数が348件と急増(同比+27%増)した一方、苦情受付件数は30件(同比△45%減)と大幅に減少しております。
- ・下半期の相談受付件数は169件と上半期(179件)から横ばいの高い水準となっておりますが、苦情受付件数は9件と上半期(21件)から半減しております。

(2) 相談・苦情案件の受付状況

①-1 申出内容別の相談受付件数

内容	2021年度下半期		2021年度(年間)		2020年度(年間)	
	件数(件)	割合	件数(件)	割合	件数(件)	割合
①募集関連	7	4%	19	5%	17	6%
②契約保全関連(継続・解約手続等)	33	20%	56	16%	44	16%
③保険金支払関連(可否・請求手続等)	81	48%	189	54%	158	58%
④不適切な対応	26	15%	47	14%	15	5%
⑤その他	22	13%	37	11%	41	15%
計	169	100%	348	100%	275	100%

①-2 販売商品別の相談受付件数

期間	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2021年度	163(47%)	56(16%)	82(24%)	47(13%)	348
うち下半期	71(42%)	29(17%)	47(28%)	22(13%)	169
2020年度	151(55%)	40(14%)	54(20%)	30(11%)	275

POINT

- ・2021年度の相談内容別割合では、「保険金支払関連」が全体の54%を占めており前年度と比べ微減の状況にあります。一方、連絡遅延等「不適切な対応」に関する相談件数は前年度比で増加傾向にあります。
- ・商品別受付割合では、「ペット保険」の下半期受付件数(47件)が上半期(35件)に比べ大きく増加し、また「生保・医療保険」も下半期受付件数(29件)が上半期(27件)から増加傾向にあります。「費用保険他」の下半期受付件数は22件と、上半期(25件)から減少しましたが年間受付件数は47件と2020年度を大きく上回る結果となりました。

②-1 申出内容別の苦情受付件数 (件)

内容	2021 年度下半期		2021 年度 (年間)		2020 年度 (年間)	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
① 契約引受関係					1	2%
② 手続遅延・放置		-	1	3%	1	2%
③ 説明不足・誤り					4	7%
④ 不適切な対応	1	11%	3	10%	5	9%
⑤ 保険金の支払額	8	89%	5	17%	6	10%
⑥ 保険金支払の可否						
⑦ その他保険金支払い		-			3	6%
⑧ その他					3	6%
計	9	100%	30	100%	55	100%

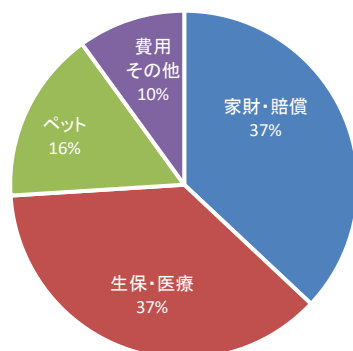
POINT

- ・2021 年度年間の苦情件数は30件で2020 年度 (55 件) から大きく減少しました。苦情申出内容で最も多いのが「保険金支払い関連」(⑤+⑥) で全体の87%を占めております。
- ・また、下半期で見ると「保険金支払の可否」(⑥) が全体の89%と集中する状況となりました。

②-2 販売商品別の苦情受付件数 (件)

期間	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2021 年度	11 (37%)	11 (37%)	5 (16%)	3 (10%)	30
うち下半期	2 (22%)	4 (45%)	1 (11%)	2 (22%)	9
2020 年度	21 (38%)	15 (27%)	9 (17%)	10 (18%)	55

* () 内は苦情受付件数の商品別割合



2021 年度 (年間)

<参考>2020 年度末 保有契約件数の占率

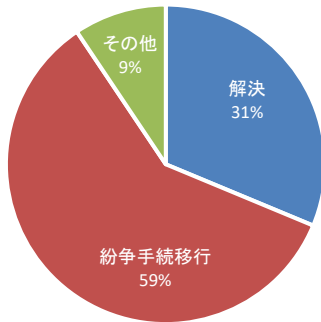
	件数	占率
家財	792 万件	83%
生保・医療	45 万件	5%
ペット	61 万件	6%
費用	57 万件	6%
合計	957 万件	100%

POINT

- ・2020 年度と比較すると、全ての商品分野で苦情件数が減少した一方、販売商品別割合では「生保・医療保険」が「家財・賠償保険」に並び最も高い割合 (37%) を占めるに至り、保有契約件数割合 (5%) に比べ突出した占率となっています。
- ・下半期の特徴としては、①「家財/賠償保険」の苦情件数が大きく減少し、「生保・医療保険」が苦情件数の販売商品別割合で45%と最も高くなったこと、②「ペット」の苦情が1件とやや落ち着いた状況になったことが挙げられます。

(3) 苦情処理手続の終了状況 (下記期間内に苦情処理手続が終了した案件) (件)

期間	解決	紛争手続移行	その他	合計
2021 年度	10 (31%)	19 (60%)	3 (9%)	32
うち下半期	2 (14%)	9 (64%)	3 (22%)	14
2020 年度	20 (36%)	24 (43%)	12 (21%)	56



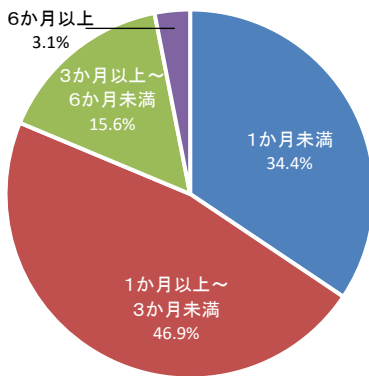
2021 年度 (年間)

POINT

- 2021年度の苦情件数が減少した一方、苦情段階で解決せず紛争解決手続へ移行した割合が年間ベースで60%、下半期においては64%と増加傾向が顕著になっております。
- 「その他」については、「申出人と連絡が付かず返事がないため一旦終了としたもの」「業者が訴訟を提起したもの」等です。

(4) 苦情処理手続終了までの期間 (申出～手続終了までの期間) (件)

期間	1か月未満	1か月以上～ 3か月未満	3か月以上～ 6か月未満	6か月以上	合計	平均所要 日数
2021 年度	11 (34%)	15 (47%)	5 (16%)	1 (3%)	32	54 日
うち下半期	4 (29%)	6 (42%)	4 (29%)		14	54 日
2020 年度	24 (43%)	18 (32%)	13 (23%)	1 (2%)	56	56 日



2021 年度 (年間)

POINT

- 2021 年度における苦情処理手続開始から終了までの平均所要日数は 54 日と 2020 年度とほぼ同水準ですが、3 か月未満の解決率は 2020 年度 (75%) を上回り 81% となっております。
- なお、手続終了までに 6 か月以上を要した案件については、申立人が業者提示の和解案を検討していたが決断までに時間を要し最終的に提案を受け入れず裁定移行したもの (上半期 1 件) となります。

3. 紛争解決手続の実施状況

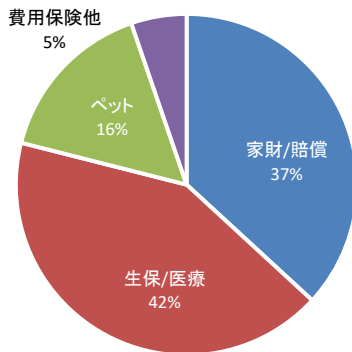
(1) 紛争解決手続の受付件数 (件)

期間	受付件数
2021 年度	19
うち下半期	9
2020 年度	24

(2) 販売商品別の紛争解決手続の受付件数

(件)

期間	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2021 年度	7 (37%)	8 (42%)	3 (16%)	1 (5%)	19
うち下半期	1 (11%)	5 (56%)	2 (22%)	1 (11%)	9
2020 年度	7 (29%)	7 (29%)	5 (21%)	5 (21%)	24



2021 年度 (年間)

POINT

- ・2020 年度に増加した紛争案件 (24 件) は、2021 年度では「ペット保険」「費用保険他」の件数減少により、やや落ち着いた状況になりました。
- ・一方、「生保・医療保険」は 2020 年度に比べ件数が増加したことで合計件数に占める割合が最も高くなり、下期においては全体の 56% を占めるに至っております。

(3) 紛争解決手続案件の手続終了状況

(下記期間内に紛争解決手続が終了した案件)

(件)

期間	和解	離脱	その他	計
2021 年度	10(50%)	0(0%)	10(50%)	20
うち下半期	6(55%)	0(0%)	5(45%)	11
2020 年度	12(43%)	3(11%)	13(46%)	28

【凡例】

○和解

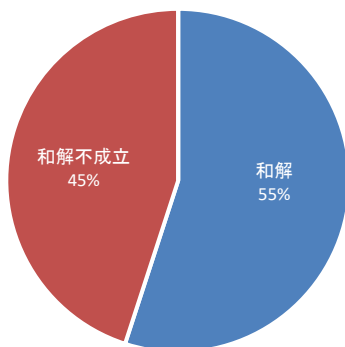
…裁定委員会が提示した和解案により解決したもの

○離脱

…当事者双方が、裁定手続によらず合意により終了、あるいは当事者の一方が申立取下げを行い終了したもの

○その他

…上記いずれにも分類されないもの (不調等)



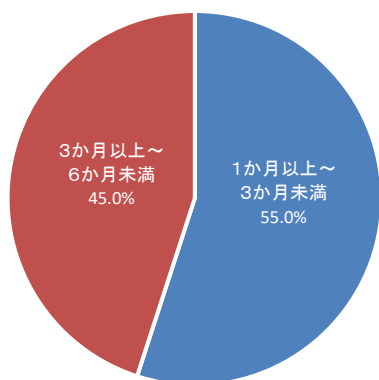
2021 年度 (年間)

POINT

- ・2021 年度年間の和解率は 50%、下期は 55% となり 2020 年度と比較して高い水準を維持しております。
- ・年間の手続き状況で 10 件を占めている「その他」については、「中立公正な観点からみて、顧客申立内容に合理性が認められなかったもの」(8 件)、「裁定委員会 が当事者双方に和解案を提示したが、業者が受諾せず訴訟を提起したもの」(2 件) となっております。

(4) 紛争解決手続終了までの期間 (申立～手続終了までの期間) (件)

	1か月未満	1か月以上～ 3か月未満	3か月以上～ 6か月未満	6か月以上	合計	平均所要日数
2021年度	0	11 (55%)	9 (45%)	0	20	83日
うち下半期	0	6 (55%)	5 (45%)	0	11	81日
2020年度	0	16 (57%)	10 (36%)	2 (7%)	28	101日



2021年度 (年間)

POINT

- ・2020年度における紛争解決手続終了までの平均所要日数は、特殊事情による長期化案件のあった2020年度に比べ大幅に短縮され83日と平均ペースに戻りました。
- ・下半期においては平均所要日数が81日と上半期(85日)から改善傾向にあります。
また、「1か月以上～3か月未満」の割合は55%と上半期(56%)とほぼ同水準で推移しております。

4. 苦情（終了案件）の事例

①暴風による什器被害における、損害調査対応及び支払査定手続き遅延の件

申出人は、4月に発生した暴風によって事務所内の事務用機器が被害を受けたため保険金請求をした。調査会社がきたが、調査員の対応（態度）が悪く、指示に従い被害品リストは提出したが、その後も対応は変わらず、もう3か月を経ようとしているが進展していない、早期に支払ってもらいたい。として苦情を申出た。

（経過・対応結果）

協会は、苦情内容を業者に伝え、調査会社にも事実を確認のうえ、申出人は業者及び鑑定会社に相当の不信感をお持ちのようなので、行き過ぎた点があれば謝罪する等早急な丁寧な対応をとるよう依頼した。その後、業者の指示で鑑定会社が謝罪に申出人を訪問した。業者は保険金査定処理のために、被害品の修理費用見積もりの提出を申出人に要求していたが、修理見積を取るためにはある程度の費用が発生することから、申出人は見積もりを取ることに消極的であった。その後請求意思が示されないまま経過した。協会からの電話にも対応いただけなくなったため、意思確認レターを送付し手続きを一旦終了した。

②個人賠償責任保険において有無責判断を争った事例

申立人は、被保険者である娘が、一人で登園中に通路で、通行中の他家の母親が自身の幼女を激しくしかっているのに遭遇し、それを見てパニック状態になり、幼女の髪を引っ張り、母親の手に噛みついて怪我をさせたとして相手方から損害賠償請求を受けたため、保険会社に保険金の請求をしたところ、有無責の判断がなされず、示談手続きにも支障をきたしている。として苦情を申し入れた。

（経過・対応結果）

協会は、業者に事情を聞いたところ、被保険者（加害者）は精神疾病があるため、現在取り調べを受けており、起訴されるか否かは不明であるが、故意による免責の可能性が大きいとのことであった。協会からは、被保険者が精神疾患を患っているという事実のもとに保険契約しており、そのことと故意との関連が医学的に分析されないままの対応には疑問を感じるとお話しした。その後、業者は不起訴となった場合は有責とするとの考えを申出人に伝えた。協会からは、業者に、被害者が怪我をしていれば、故意・過失にかかわらず警察は傷害事件として扱わざるを得ないのは当然で、起訴されるか否かが、故意を裏付ける証拠とはなりえないと思われるから、警察の処分決定を待つ時間をかけることが適切とは思えない。

申出人が被害者と早く示談ができるようアシストすべきではないかとお話しした。また、申出人には、被害者との示談に傾注するようアドバイスした。その後、被害者との示談が成立し、不起訴処分となり、業者により保険金として示談金及び弁護士費用が支払われた。

③家財保険契約にあたり、代理店の不適切な対応の事例

申出人は、7月末に代理店宛に保険料を他の経費とともに振り込んだ。入居は8/1で、8月中旬に申込書が送られてきた（加入時は名前だけ記載した）が代理店担当者から重説の説明も、クーリングオフの説明もなかった。8月末、9月末に繰り返し代理店に保険証券の交付を求めたが、毎回「翌月には対応する」と先延ばしされている。保険契約が成立しているか、保険事故発生時に請求事務・支払いがきちんとなされるか不安である。10月中の早急な保険証券の送付を求める。として苦情の申出があった。

（経過・対応結果）

協会は、業者に、申出人は8/1に入居しており幸い今まで事故は起こっていないとのことで、代理店から渡された申込書では保険始期は8/1となっているが、保険始期に関する情報などを含め事実を確認いただき適切な対応を取るよう依頼をした。業者は経緯を確認し、次の事実を申出人に説明し、代理店が誤った回答をしたこととお詫びし、保険証券を発送することで了解をいただいた。

代理店はコンビニ払いで申込書を作成、一方契約者は賃料他経費合算で保険料を支払ったため入金を確認できず契約自体が計上に進めなかった。契約者からは2度証券発送時期について問い合わせがあったが、契約内容を確認せず一般論で証券は月末発送と回答したため、納得できず協会に申し出されたもの。

5. 紛争（終了案件）の事例

①賠償損害保険金の請求に対し、支払いを拒否した事例

（終了事由）

裁定和解

（申立内容）

申立人は令和3年1月30日に知人である被害者宅を1歳半の息子と共に訪問した。二人でリビングにいたが、申立人が手洗いに行った際、一人になった息子がサインペンでソファやソファに置いてあった衣類、フローリング、壁などに落書きをした。また、リモコンをテレビに投げつけ、画面を破損した。さらに、帰り支度のためクローゼットから上着を取り出しているときに息子がクローゼットに体当たりするなどしてクローゼットを破損させた。同年2月8日、業者に個人賠償責任の保険金請求のため、本件事故の発生を報告したところ、写真と見積を添えて書類を送るようとの指示を受けた。書類を郵送したところ、業者から見積内容の確認のために見積会社への連絡と被害者宅への訪問の可否について連絡を受けたため、被害者の了解を得て業者に伝えたが、その後被害者宅の訪問調査は行われなかった。

同年3月11日、業者から申立人に対して損害の認定額について連絡があり、被害者に伝えた。なお、クローゼットの破損については対象外とされていた。そのためクローゼットの破損も含めメールで再査定の依頼を行ったところ、同月22日にクローゼットの損害認定を含め損害額合計 673,732 円とする損害調査報告書が提示された。

同年4月13日、業者に対しメールで、認定額に納得できないこと、早期解決のため被害者からの損害金請求額からテレビのレンタル費用を除外した額と、業者の認定額との差額を三等分し、既存の認定額に追加することで和解ができる旨伝えたが、業者から拒絶された。

その後、同月23日、業者から事故の発生状況に不自然な点があること、事故との因果関係を認めがたい損害についても請求されていること、被害者側から出されている見積もりが被害者が経営している会社によって作成されているものであって客観性に欠ける等の理由から本件事故による保険金の支払いは一切できないとのメールでの通知がなされた。

しかし、保険金の不払いは本件保険契約の契約不履行であるから、正当な金額を認定して支払って欲しい。として本裁定に及んだ。

（業者の回答）

（1）事故の発生について

本件事故の発生状況には以下の通り不自然な点がある。

申立人が自宅でもない場所で1歳の子どもを5分間もの間一人でリビングに残していたことは不自然である。5分間の間に、1歳の子どもがテーブルからペンを取り出し、床、壁、衣類、ソファに落書きをすることが可能なのか疑問がある。ソファの上にダウンやジーンズが置いてあるのも不自然である。テレビ画面の破損についても1歳の子どもが画面に届くほど、また、画面を破損するほど力強くリモコンを投げることができるかについても疑問がある。最初の事故報告時にはクローゼットの破損の報告はなかった。また、写真で見える限り、クローゼットの破損状況が1歳の子どもが体当たりして生じる損害とは考えられない。以上から、本件事故の発生が証明されているとはいえ、本件保険契約の約款第4章第10条2項（2）「被保険者の日常生活に起因する偶然な事故」に該当するとの証明が十分でないと判断した。

（2）損害について

内装修理見積について、被害者から提出された見積は被害者が経営する会社が作成しており、客観性に欠ける。また、床、壁の落書きについては清掃によってマジックの除去が可能な場合も多く、交換が必要か疑問である。当該戸室は賃貸物件であり、賠償の相手方は被害者ではなく建物所有者であり、建物所有者との示談が必要である。衣類についても洗濯等によってマジックを除去することが可能な場合も多く、損害と言えるか疑問である。テレビのレンタル料については、被害者はテレビを3台所有しており、レンタルの必要性はない。

（3）被害者の過失について

甲と被害者は知り合いであり、親と一緒にあっても1歳の子どもを自宅に招き入れている以上、被害者も子どもがイタズラをする可能性があることを一定許容されていると考えられる。これは被害者の過失に当たるため、過失相殺を主張する。

以上の理由から、保険金の支払には応じられない。

（結果）

保険事故の発生の有無という事実の存否について主張が対立し、申立の内容に事実認定が著しく困難な事項

が含まれている場合は、訴訟の場で事実認定を行う方が適切といえるケースもあり、当裁定委員会の規約でもそのような場合について裁定手続を行わないこととすることができる旨を規定している。

しかし、そのような場合であっても事案の内容や性質、紛争に至る経緯等を総合的に勘案した上で、裁定を行うことが迅速かつ適切な紛争の解決支援に資する場合もあり、また、それが少額短期保険に対する消費者の理解と信頼を深め、保険契約者等の正当な利益の保護に資するという紛争解決等業務の目的に沿うと言うべきである。

申立人が被害状況として提出した写真等の証拠資料に加えて、申立人から提出された保険会社との時系列及び被害者と調査会社とのやり取りの内容を見る限り、これらが不自然であって本件事故の発生を強く疑わせるといった事情は見当たらず、申立人が主張する保険事故の事実がないことが一見して明らかとは言えない。業者も保険金請求の当初は本件事故の発生を争っておらず、申立人との間で専ら被害額の認定についての交渉を行っていたところ、本件事故の報告を受けてから二ヶ月半以上が経過した段階になって突如として事故の発生状況に不自然な点がある等の理由で保険金の支払いを全面的に拒絶するに至っているが、このような判断に至った経過や理由について事前の調査や申立人に対する十分な説明が尽くされているとは到底言えない。この点、業者は本件事故の発生に疑義があるとするが、その客観的な裏付けとなる被害者宅の現地確認を行っておらず、被害者からの事情聴取等も十分に行っていないことが認められる。

なお、業者は、現地確認を行っていない理由として、業者が依頼した鑑定業者から被害者に立会日時について連絡した際、「コロナ禍なので5～10分以内で終わらせて欲しい」「家の中には個人情報がたくさんあるので写真は撮らないで欲しい」「図面も提出しているので寸法は測らないで欲しい」「こちらは被害者なので、訪問調査するのが当たり前のようなアポ取りはやめて欲しい」等の申し出があったために立会を中止したと述べるが、仮に被害者からそのような申し出があったとしても、被害者の立場からの発言としてはやむを得ないとも考えられ、保険会社として保険事故の発生の実事確認や被害額の認定等を適切に行うために必要な作業であることを丁寧かつ十分に説明するなどして被害者の理解と承諾を得る為の努力を行うべきところ、なされておらず、そのような説明を行ったにも関わらず被害者が不当に現地確認を拒絶したという事情は伺われない。

以上のとおり、申立人からの保険金の請求に対し、業者が自己の定める本件保険契約の約款に照らして必要かつ十分な調査を行い、その結果に基づき申立人に対する説明を尽くした上で保険金の請求を謝絶したとは言えず、これが本件紛争の発生を招いたという側面も否定できない。

また、被害額の認定や被害者の過失についても、業者において現地確認等の結果を踏まえて自己の責任と判断で認定すれば足りるところ、その機会を自ら放棄している以上、それによる不利益を申立人に負担させることは保険契約者の保護に欠けるといえるべきである。

少額短期保険業者向けの監督指針が準用する保険会社向けの総合的な監督指針のⅡ-4-4-2において、保険金等の支払可否の判断にあたっては、立証責任が保険会社側にあるか、請求者側にあるかにかかわらず、事実関係の調査・確認を十分に行う態勢となっていること、支払査定後の態勢として、顧客から支払査定の結果に関し苦情申し出があった場合等については、支払可否の判断の根拠となった事実関係等について再度の実事確認を実施する態勢となっていること、例えば支払査定基準に基づき保険金等の算定を行っている場合に支払査定基準の内容に則して説明する等、顧客の問い合わせに応じて保険金等の算定根拠を丁寧かつ分かりやすく説明していること、また、算定根拠が明確なものとなっていること、不払いとなる場合については、約款等の根拠条文の記載を含め不払いの理由となる説明が、顧客に対して丁寧かつ分かりやすいものとなっていること、等が求められていることに鑑みても、本件における業者の対応や態勢がこれらに沿った十分なものであったとは言えないと考える。

以上のとおり、当裁定委員会としては、保険事故の発生についての事実認定を行うことはできないが、事故発生についての業者の実事調査が不十分であり、そのための態勢整備にも問題があり、これが本件紛争を招いた可能性があることを踏まえて、前述の紛争解決等業務の目的にも鑑み、業者から申立人に対し、解決金を支払うことによる本件紛争の解決を提案する。

【事例から学ぶこと】

事故にあった場合は、被害者・加害者どちらの立場になった場合も、必要な処置を行いつつも極力事故時のままの現場状況を保険会社を含む関係者で十分に確認することがスムーズな解決のために重要である。確認が不十分なまま進めると、事実関係も不明になって被害額の認定や責任の所在も明確にされにくくなり、解決が長引くことや解決が不可能になる場合もあります。

②生命死亡保険金請求に対し告知義務違反を争った事例

(終了事由)

裁定和解

(申立内容)

申立人は、被保険者である母親が死亡したとして、死亡保険金を請求したが、加入時に告知義務違反があったとして保険金の支払いを拒否された。本保険の加入時の手続きとしては所定の書類に必要事項を記入の上返送するものであったが、入院歴について申告を失念したことは事実であるが、特に誤魔化したり秘匿する意思はなく、糖尿病の治療中であることは申告していた。また、死亡するまで特に糖尿病が重症化することはなかったし、死亡自体も糖尿病が原因とは考えられないとして、保険金の支払いを求めて裁定に及んだ。

(業者の回答)

保険申し込みにおける告知日は2019年3月3日であるが、被保険者が2016年6月27日から7月9日までの13日間、糖尿病の治療のため入院していたにも拘らず、本件加入時に同入院歴を告知していなかったことが告知義務違反に当たる。上記告知がなされていれば、弊社は当該契約を締結しておらず、契約者は上記入院について告知する義務があることを認識しつつ、それを秘匿して、契約が締結されたものであるから保険金支払いを謝絶した。

(結果)

裁定委員会は申立書、答弁書記載事実及び約款に基づき、解決金として請求保険金額を支払う和解案を提示した。亡被保険者が糖尿病で入院し治療中であったことに争いはないが、被保険者が死亡した2021年5月16日は、本件保険の責任開始日である2019年4月1日から2年以上が経過した後であり、少なくとも同時点まで2年以上に亘り本件保険が有効なものとして継続していたと認めれるところ、本件保険約款には「保険契約が責任開始日から起算して2年を超えて有効に継続したとき」には保険金の支払いは拒絶できないとの規定があることから、業者は最速告知義務違反を主張して保険金の支払いを拒むことはできないと考えられる。また、同告知書の告知事項欄直下の「記入欄」には「糖尿病」「通院」と記載され、「診療中」に〇が付されていることから、業者においては、少なくとも、当時被保険者が糖尿病に罹患し加療を受けていたことは認識し又は認識可能であったものと認められるし、当該「記入欄」は、本来「過去5年以内に継続して7日以上入院」又は「過去5年以内に手術」をした経験がある場合に記入される項目であって、同項目に記入がなされていることをもって通常相当程度業者の注意をひくものと思われる。これらの事情からすれば、告知義務違反については「特に誤魔化したり秘匿する意思はなかった」ものと考えられるし、また「糖尿病の治療中であったことは申告してた」ものと認めることができる。

以上から、被保険者の死因が、従前から罹患していた糖尿病に起因するものであるか否かについては必ずしも明らかではないが、業者による「告知義務違反」(に基づく契約解除)による保険金支払い拒否の主張も、「詐欺による取消しおよび不法取得目的による無効」による保険金支払い拒否の主張もともに理由のあるものと認めることはできない。

尚、本件においては、申立人側に形式的には告知義務違反に該当する事由があったことは否めないものの、意図的になされたものではなく、又、告知書の他の記載を見れば業者において被保険者が従前糖尿病に罹患していたことは容易に認識可能であり、本件契約時に被保険者らに照会することにより事実関係を調査することも容易であったと認められるところ、業者がこれを懈怠したことが本紛争の一因になったものと考えられる。当委員会としては、業者に対し今後かかる問題が再発しないよう改善を強く希望するものである。

【事例から学ぶこと】

生命保険、医療保険では(無告知型と言われる一部の保険を除き)保険申し込み時に、被保険者の健康状態に関する告知(健康告知)が必ず求められます。保険会社はこの告知(告知事項)に基づいて個別の契約の引き受けの可否を決定することになり、保険会社にとってはとても重要な情報です。この告知事項について事実と異なった記述をしたり該当する事実を記述しなかった場合は、告知義務違反とされ、契約を解除されたり保険金の支払を拒否されることがあります。告知事項に正しく答えることが万一の場合保険金を正当に請求する要件となっており重要な事柄です。

③トイレの清掃中に生じた漏水に対し約款免責を主張した事例

(終了事由)

裁定和解

(申立内容)

申立人は、賃貸入居する個室のトイレの給水フィルターの清掃作業をしようとして給水フィルターを取り外した際、給水フィルターが取り付けられていた水道管部分から水が噴出して、その水が室内に浸水したため、自室のフローア及びシステムキッチンが水濡れ被害をこうむり、これらの交換工事代が発生したとして賠償損害保険金の請求をしたところ、約款上補償の対象とならないとして支払いを拒否されたため、これを不服として本裁定に及んだ。

(業者の回答)

本件保険約款第 19 条①（以下、「保険約款」という。）は、「当社は、被保険者が次のいずれかに該当する損害賠償責任を負担することによって被る損害に対して、賠償損害保険金を支払います。

①被保険者が保険契約証記載の住宅の所有者でない場合において、その住宅が被保険者の責めに帰すべき事由に起因する火災、破裂または爆発、盗難もしくは給排水設備に生じた事故に伴う漏水、放水または溢水による水濡れにより損害を受けたため、被保険者がその住宅の貸主に対して負担する法律上の損害賠償責任（借家人賠償責任）」

と記載されており、「給排水設備に生じた事故に伴う漏水」事故を補償の対象とするところ、本件事故のように給排水設備そのものに破損または故障等の事故が生じたものでない場合は、その適用はない。

(結果)

裁定委員会は、以下の理由から、本件事故は、「保険約款」に定める「給排水設備に生じた事故に伴う漏水」に該当するものであり、本件保険約款に基づく賠償損害保険金を支払うべきものと裁定した。

- (1) 本件事故は、申立人において、トイレの給水フィルターの清掃作業をしようとして給水フィルターを取り外した際、当該給水フィルターが取り付けられていた水道管部分から水が噴出したことによるものであって、かかるトイレの水道管部分は「給排水設備」に該当する。
- (2) 業者は、「保険約款」に定める「給排水設備に生じた事故」を給排水設備そのものに破損または故障等の事故が生じた場合に限定すべきと主張する。しかしながら、本件保険約款は単に「給排水設備に生じた事故」とするだけであって、「事故」の発生原因を限定する文言のないことからして、文言解釈上、これを上記給排水設備そのものに破損または故障が生じた場合に限定して適用すべきとすることは、直ちには困難と言わざるを得ない。
- (3) 本件保険契約の目的（被保険者が、他の所有者から賃貸などして「生活の本拠」として使用する保険契約証記載の住宅につき、日常生活上、被保険者の責めに帰すべき事由に起因する事故により、当該住宅の貸主に対する法律上の賠償責任を負担することによって被る損害に対して、保険会社より「損害賠償金」を支払うことにより損害補填をする）からするとき、「保険約款」にいう「給排水設備に生じた事故」への該当性の検討にあたり、給排水設備そのものに破損または故障等が生じた場合と、そうでなく、被保険者の責めに帰すべき事由（過失）により給排水設備に生じた何らかの事故とを区別することに合理的理由は見出しがたいと考える。
- (4) この点、本件事故は、申立人において、「生活の本拠」とする賃貸個室において、トイレの給水フィルターの清掃作業中、水道管の止水栓が開いて水が噴出することがないようにすべき注意義務があったにもかかわらず、これを怠った過失により発生したものと考えられ、かかる本件事故により浸水したフローア等に関する修繕工事費用につき、申立人は貸主に対して損害賠償責任を負うと解される。それゆえ、申立人が本件事故に基づく借家人賠償責任を負担することによって被ることとなる損害に対し、業者において「賠償損害保険金」を支払うことは、本件保険契約の目的に合致するというべきである。

なお、業者において、本件保険約款 19 条①において、「給排水設備に生じた事故」を給水排水設備そのものに破損または故障等が生じた場合に限定するというのであれば、今後、約款の解釈に疑義が生じることのないように、その旨、保険約款に合理的理由とともに明示することが妥当と考える。

④ペットの歯牙治療費用の有無責を争った事例**(終了事由)**

和解

(申立内容)

申立人は、ペットの口内の化膿がひどく放置すると菌が全身にまわり死に至る可能性があるとの獣医師の診断に従い（診断名は歯肉炎、根尖膿瘍）10歯の抜歯と歯槽縫合処置を受けた。保険金請求を行うと、本件は乳歯及び歯牙に関する処置なので対象外であり、また本処置に係る検査・麻酔等も補償対象外であると業者から文書で支払い拒否を通知された。

今回は歯肉炎、根尖膿瘍の治療が主であり、そのための必要処置上の抜歯であるから業者の説明は当たっていない、かつ検査・麻酔も対象外と言うが約款に記載はない。請求に沿った支払いを行うべきであるとして本裁定に及んだ。

(業者の回答)

- ①申立人は、「処置とは手当ですることであり、本件の抜歯は歯肉炎と根尖膿瘍の手当としての抜糸であり、歯牙に関する手当のためではない」と主張するが、歯牙に対して抜歯など何らかの処置を施したのであれば、それはすなわち歯牙に関する処置である。当社保険約款では「乳歯及び歯牙に関する処置」の目的は定めておらず、口腔内疾病、歯牙の欠損等理由の如何に関わらず補償対象外となるため、申立人の主張は失当である。
- ②また、抜歯が補償対象外である以上、検査・縫合等、抜歯をしなければ行わない診察項目も補償対象外となるのは当然のことである。ちなみに、犬や猫等の小動物へ麻酔を使用することには大きなリスクを伴うため、何らかの治療のために麻酔を使用した際に併せて(ついでに)他の治療を行うことが動物医療ではままあるが、例えば抜歯とその他の(補償対象となる)疾病の治療という2つの目的のために手術を行った場合は、その手術や麻酔、術前検査等は補償対象としている。
- ③なお、診療明細書にて「口腔内縫合等処置」「全身麻酔下にての口腔内処置一式」とあるため、当社としても何らかの補償できる内容の治療が無いが、2021年6月23日に動物病院へ電話にて確認したが、「口腔内縫合処置」は抜歯した部位への縫合処置であり、「全身麻酔下にての口腔内処置一式」は、血液検査、心臓検査、凝固検査、麻酔、点滴、歯石取り等抜歯のための処置のみであったことを付言する。
- ④上述の通り、本件について当社の査定判断に誤りは無かった。しかしながら、当社のご契約者様及びそのご家族様と争いが続くのは当社としても本意ではない。このため、「本件に係る和解金として、当社は請求金額を(当該保険における被保険者)へ支払う。」という和解案を申し入れるものとする。

(結果)

裁定委員会開催前に、申立人が業者答弁書で申し入れた和解案を受け入れ、和解成立となった。

⑤ペットの入院・通院保険金支払額を争った事例

(終了事由)

裁定不適格

(申立内容)

申立人は、加入するペットの医療保険契約に基づき、A 動物病院に支払った入院費用及び B 動物医療センターに支払った通院費用の保険金請求をしたところ、通院費用保険金として1万円、入院費用保険金として10万円の、合計11万円が支払われた。本件保険契約は、通院年間20万円、入院年間60万円の補償となっており、約款に定める保険の補償範囲で補償がされていない。同一被保険者について引き受ける全ての保険契約の合計金額1000万円上限限度で補償されていない。さらに、2021年8月27日に険金請求に先立ち業者オペレーターに電話した際、一旦は窓口でお支払いいただきますが、明細書、領収書、請求書を一緒に送っていただければ診療にかかった治療費は全額支払う旨の案内を受けたものであり、案内と支払額に相違が生じている。として、支払保険金と支払済みの診療費との差額支払いを求めて本裁定に及んだ。

(業者の回答)

- ①年間の補償の範囲で補償がなされていないとの指摘については、支払保険金は本件保険契約に基づき適切に支払われている。
- ②保険金額の合計1000万円を上限として補償されていないとの指摘については、本件保険契約の内容とは全く関係ない内容である。
- ③オペレーターの案内に相違が生じているとの指摘については、本件保険契約締結前の会話を録音したログを引き当てることはできなかったが、オペレーターが保険商品の補償内容で最も重要な支払い限度額・限度日数(回数)の説明を失念するとは考え難く、オペレーターは申立人に一日の限度額を伝えている。また、2021年8月27日のログを確認した結果、保険金支払いに関する質問は受け付けていない。
- ④Webの保険募集については(1)商品内容・補償内容などを明確に表示したホームページ(2)保険申込時の意向確認(3)保険契約申込官僚のメールの送信(4)保険証券への補償内容の記載により、明確な商品内容及び補償内容を表示し、保険契約締結についても確認を取っており、保険募集は適切に行われている。

よって、要求には応じられない。

(結果)

裁定委員会は、申立書、答弁書の内容を吟味し、申立人の要求には理由があるとは認められないとの判断に至った。

本件保険契約の約款等の記載及び保険証券の記載からすれば、業者がB動物医療センターへのペットの通院（1日）にかかる通院費用保険金として、診療費に本件保険契約の約定支払率100%を乗じた額について、保険証券記載の通院1日あたりの支払限度額（1万円）の範囲内で1万円を支払ったこと、及び、A動物病院へのペットの入院（5日間）にかかる入院費用保険金として、診療費合計に本件保険契約の約定支払率100%を乗じた額について、保険証券記載の入院1日あたりの支払限度額（2万円）の範囲内で10万円を支払ったこと、はいずれも本件保険契約の約款等に基づく適正な支払といえる。

この点、申立人は本件保険契約は、通院年間20万円、入院60万円の補償となっており、約款に定める保険の補償範囲で補償がされていないと主張するが、これらの金額は一保険契約の通院及び入院の限度日数に1日あたりの支払限度額を乗じたものであるところ、1日あたりの支払限度額を通院20万円、入院60万円とする規定ではない。また、同一被保険者について引き受ける全ての保険契約の保険金額の合計額1000万円上限限度で補償されていないとの主張についても、業者が指摘するとおり、少額短期保険業者の引受限度を記載したものであり、本件保険契約の1日あたりの支払限度額を画するものではない。なお、本件保険契約の締結前後のオペレーターのご案内（診療費の全額を支払う）と実際の支払額に齟齬が生じているとの申立人の主張については、オペレーターは1日の支払限度額を伝えたとする業者の答弁との間に食い違いがあり、当裁定委員会においていずれの主張が真実かを判断することはできないが、業者が当裁定委員会に提出するホームページや意向確認書、重要事項説明書等の各記載に加えて、前述の本件保険契約の約款等や保険証券には、いずれも1日あたりの支払限度額が明記されていることから、申立人においても本件保険契約の申し込みに当たって、主要な関心部分については相応の注意を払って確認することができる情報を提供していることから、仮に申立人において通院費用保険金及び入院費用保険金について1日の支払限度額に上限がないと考えたとしても、そのことには重大な過失があると言わざるを得ない。よって、当裁定委員会は申立人の主張を容れることはできない。

【事例から学ぶこと】

保険契約では、保険金支払いの限度額が設定されている契約などがあります。加入に当たってはこれらの用語の意味や趣旨を十分に確認したうえで、補償内容がご自身の意向に合っているかを確認したうえで保険を申込みことが求められています。勝手な解釈や先入観にとらわれたまま加入すると、トラブルの原因となり契約者・保険会社双方にとって多大な時間を消費する結果となってしまいます。

⑥賠償損害保険金の請求に対し、支払いを拒否した事例

（終了事由）

裁定不適格

（申立内容）

申立人は、飼い犬（ペット）をリードでつなぎ、知人女性（被害者）と連れ立って歩行中、突然ペットが被害者の足に絡みついてかむなどしたため、被害者が路上に転倒し、両前腕の尺骨骨折等の傷害を被ったので、被害者に対する治療費などを損害賠償金として、自らが加入する保険契約に基づき保険金請求したところ、業者より本件傷害は被害者自身の過失によって生じたものであるとして保険金の支払を拒否されたため、これを不服として本裁定に及んだ。

（業者の回答）

本件ペット賠償責任特約では、ペットの偶然的な行為に起因する偶然的な事故により他人の身体の障害等について被保険者が法律上の賠償責任を負担する場合に保険金を支払うと定められているが、本件は、被害者が本件ペットを抱っこして歩行中に路面につまずいて転倒して負傷したものであるから、保険金支払いの要件を満たさない。

（結果）

裁定委員会は、申立書、答弁書の内容を吟味し、さらに両当事者に事故状況に関する求釈明を求め、以下のとおり当事者において早期に別の解決方法への転換を検討してもらうことが望ましいと判断して、保険金請求の可否についての判断や和解案の勧告をすることをせず、裁定手続きを終了した。

1. 本件ペットの行為に起因する偶然的な事故か否かという問題を判断するためには、本件事故の原因が明確になっている必要がある。この点に関し、申立人からは申立人の主張の他、「事故状況詳細」、「救急

出勤報告書」、「患者診療記録」が提出されているが、「事故状況詳細」についてはこれがどのような経緯で作成されたもので、申立人がいかなる趣旨や意図のもとで証拠提出しているのかが判然としない。また、「患者診療記録」については「照会状兼回答書」によって一部内容が訂正されている。等提出された書類の記載内容に疑義を投げざるを得ない結果となっている。業者からは当委員会求めに応じて「調査報告書」が提出されているが、添付されているべき文書が提出されなかったり、一分記述内容が不明瞭である等必ずしも信用性が高いとはいいがたい。したがって、①被害者がいかなる原因で転倒するに至ったのか、②骨折を招来した原因が十分に防御姿勢をとれなかったことにあるとすれば、被害者は転倒の際に本件ペットをどのように扱ったのかという点が重要と思われるが、これらは依然として不明瞭のままである。

2. 一般に保険金請求の基礎となる事故について、このような事故が保険約款で定めた事故に該当するということを主張して証明する責任は保険金請求者側にあるとされている。したがって、本件のように事故状況があいまいなまま推移したならば、申立人の保険金請求は拒否されてしかるべきという結論になる可能性が極めて高い。しかし、他方で、被害者が転倒したのは、本件ペットと無関係に路面につまずいたりよろけたりしたということではなく、なんらかの形で本件ペットの突発的な行為が原因となっているということが言えるとするならば、申立人の具体的な主張内容との整合性や変遷といった問題はあっても、これが「ペットの行為に起因する偶然な事故」に該当するとされる可能性は必ずしも否定できない。最も重要な証拠が今だ提出されていない中で、まったく逆方向の可能性がいずれも認められるという現状を前にして当委員会が直ちに事実関係を特定し認定したうえで保険金請求の可否の判断を下すということは極めて困難である。
3. 本件事故の状況と発生原因に関して、最も身近にこれを観察して詳しく説明できる立場の者は事故の被害者である。もちろん、損害賠償請求できる者としての立場に照らすならば、その説明が絶対的に正しく公平性や信用性が認められると断言することはできない。しかし、「気が付いた時には噛まれて転倒していた」という申立人の観察と記憶の内容、その申立人から聴取したという救急隊員の記録、さらに骨折という重篤な怪我を負っている患者が病院に搬入されたときの申告内容の医師側の記録と比較するならば、被害者本人の説明の信用性の方がはるかに高いと言えよう。そのような重要な関係者からの説明を公明公正に導き出す方法としては、民事裁判の法廷での証言や陳述書の提出などのほうが、当委員会の場に陳述書などを提出してもらうより、圧倒的に適切である。本件は、当初当委員会の審査の対象に適合するとして手続きを開始し、可能な限り求釈明として両当事者に追加で主張や根拠の提出を促したが、当事者からの釈明等によっても、本件事故状況や事故原因に関する事実関係を明確に把握することの困難さは変わらなかった。一方、当委員会としては、被害者からの詳しい説明等はぜひとも入手したいと考えていたが、両当事者にこれを求めることに限界があり、ましてや、直接第三者である被害者にアプローチすることは適切ではないことは明らかであった。

【事例から学ぶこと】

損害賠償責任を対象とする保険では、加害者に法律上の損害賠償責任が発生することが保険金支払いの前提になっています。損害賠償責任の有無、程度の判定のためには、加害者・被害者双方に事故発生時の状況を事実に基づいて正確に確認しておくことが基本となります。そのため、事故発生時には警察・消防等の第三者機関への通報や、近隣の人々などの協力を得て客観的に事実関係が確認できることが求められます。状況説明があやふやだったり、事実を示す証拠が希薄であったり、事実の認定が不可能な場合は賠償関係の存否を判断するためには、裁判などの事実確認を厳格に行う手続きによる解決が必要になります。

⑦生命死亡保険金請求に対し始期前発症を理由に支払い拒否した事例

(終了事由)

裁定和解

(申立内容)

申立人は、保険契約者である被保険者が肺炎で死亡したとして、加入していた1年更新定期保険に基づき、死亡保険金を請求したが、業者は、被保険者の死因は、本件保険加入前に発症・罹患していた肺疾患であり保険金を支払うことはできないと通知したため、これを不服として本裁定に及んだ。

(業者の回答)

本保険契約の申し込みは2013年2月であり、この時点ですでに「気管支拡張症」と「慢性閉塞性肺疾患」を患っていたことは明らかであり、2021年7月の被保険者の死亡は、かかる既往症である「気管支拡張症」と「慢性閉塞性肺疾患」が、肺炎をきっかけに重篤化したことによるものである。したがって、本件保険約款上「責任開始期前の疾病・・・を原因とする場合」に該当するので、本件死亡保険金を支払うことはできない。

(結果)

裁定委員会は、申立書、答弁書及び業者より提示された死亡診断書、担当医師の業者照会に対する回答書を吟味し、協会顧問医師の意見を参考に、被保険者の死因は本件保険約款上の「責任開始期前の疾病・・・を原因とする」に該当するということができないので、申立人に対し本件保険契約に基づく死亡保険金を支払うべきである、と裁定した。

1. 死亡診断書において、直接死因は「肺炎」と診断され、かかる肺炎の「発症から・・・死亡までの期間は「2日」とされており、直接死亡とされる「肺炎」をもって、本件保険約款上、保険金が支払われない場合とされる「責任開始期前の疾病・・・を原因とする」死亡とすることはできない。また、「気管支拡張症」は「直接死亡に関係しないが1欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等」とされるにとどまり、また「慢性閉塞性肺疾患」の記載はない。
2. 業者は死亡診断書を作成した医師が、業者の文書照会に対して「今回の肺炎が死亡に至るほど重篤になったのは、上記既往症（気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患）があったこと関連があると思われる。」と回答したことを根拠としているが、この回答の趣旨は「肺炎が死に至るほど重篤になった」という文理からして、死亡原因は肺炎であると診断する前提での回答ととらえるのが妥当である。当医師は同じく業者の「死亡した根本的な原因となるのは既往症の『気管支拡張症』、『慢性閉塞性肺疾患』と言えますか」との質問に対して「不詳」と回答している。

【事例から学ぶこと】

生命保険では、保険加入前に発症していた傷病が原因で保険加入後の保険金支払い事由が発生した場合は保険金は支払われません。加入前に発生していた傷病と加入後に発生した死因となった傷病との因果関係を見極めることは極めて高度な医学的な専門知識が必要となります。このような状況に至った場合は解決のために専門医師等への照会をすることは重要です。

⑧生命死亡保険金請求に対し告知義務違反を理由に支払い拒否した事例

(終了事由)

裁定和解

(申立内容)

申立人は、2021年2月24日 父親を被保険者とする生命保険契約を締結した。被保険者が同年7月9日に死去したため、本件保険契約に基づき死亡保険金の支払を請求したところ、業者は告知義務違反の事実があるとして、本件保険契約を解除し、死亡保険金の支払いを拒絶した。申立人は、2021年2月24日頃、本件保険契約の申込みフォームへの入力に当たり、被保険者は業者担当者から電話で健康状態の確認を受けた際、胃がんの手術の件はもとより、時々近所の医院で血圧の薬をもらっていることや、不整脈があると言われていることを伝えたところ、その程度であれば問題ないと言われたため、直近5年間に手術を受けたか、7日以上通院、治療を受けたかの問いに「いいえ」と答えたものであり、申立人や被保険者には故意に告知違反をしたという意味はなかった。したがって、告知義務違反による解除は認められないため、本件保険契約に基づく

死亡保険金を支払うよう要求して、本裁定に及んだ。

(業者の回答)

以下の事実及び理由により、本件保険契約の約款に基づき、本件保険契約を解除した。よって、保険金の支払義務はない。

- ・被保険者は本件保険契約の告知書（2021年2月24日入力）において、被保険者の直近3ヶ月以内の医師の診察、検査、治療、投薬の有無についての質問に対し、被保険者が同月20日に医療センターに認知症等の検査が目的で受診した事実を告知しなかった。
- ・また、同告知書において、被保険者の過去5年以内の傷病で、業者が指定する傷病で医師による診察、治療、投薬を受けたことがあるかとの質問、及び業者が指定する傷病以外で、医師の診察、治療、投薬を受けてから全治するまでの期間が7日間以上になったことがあるかとの質問に対し、2020年2月3日より同年11月20日まで胃腸内科医院に通院し「高血圧症、胃切除後症候群」にて治療・投薬を受けていた事実を告知しなかった。
- ・被保険者には本件保険契約の告知義務違反が存するが、仮にこれらの告知が正しく行われていれば本件保険契約を締結していなかった。また、2021年2月25日に当社担当者が確認ヒアリングのため被保険者に電話で状況確認をした際、10年前に胃がんの切除をしたと告知され、その後の経過観察もないこと、健康診断もここ最近を受けていないとの回答があったが、それ以上の説明はなかった。よって、当社担当者には告知書入力を含め保険募集上の問題は存在しない。

(結果)

裁定委員会は、申立書、答弁書の内容を吟味し、顧問医師の助言も得て、告知義務違反による本件保険契約の解除を認めるが、解除の原因と死亡保険金の支払事由との因果関係は認められないとして、保険金支払いに應ずるよう裁定した。

1. 告知義務違反について

医療センターでの認知症等の受診歴及び、胃腸科内科医院での高血圧症での治療、投薬歴の不告知については申立人に自覚があったといえ、故意または重過失による不告知があったと判断せざるを得ない。

①告知義務の対象は、「重要な事実」（危険測定に必要な事実で保険会社はその事実を知ったならば契約に応じなかったか少なくとも同一条件で契約を締結しなかったと客観的に考えられる事情）のうち、保険会社が告知を求めたものに限られる（保険法37条、66条）。業者が本件で告知義務違反として指摘する告知事項のうち、医療センターを認知症等の検査が目的で受診した事実の不告知は、告知事項の不告知に該当する。

②次に、胃腸科内科医院における高血圧症での治療、投薬歴については、告知書に記載の特定の傷病（高血圧）に該当する。一方、胃切除後症候群での治療、投薬歴は、特定の疾病についての告知義務ではなく、告知日から過去5年以内の受診歴等の告知という、包括的な質問に対する回答を求めるものであるが、かかる告知事項に該当する事実全てが客観的に観察して危険選択に影響を及ぼす事項とはいえないところ、胃切除後症候群での受診歴等について、いかなる部分が危険選択に影響を及ぼす「重要な事実」といえるのかについての説明がないため、当裁定委員会として「重要な事実」の不告知があったと言えるか否かについて判断することができない。

③さらに、業者は上記以外にも不整脈、心房細動、中央病院循環器内科での心臓病の治療等の不告知を指摘するが、これらの裏付けとなる医事照会の結果が提出されていないため、当裁定委員会として「重要な事実」の不告知があったと言えるか否かについて判断することができない。

④医療センターでの認知症等の受診歴及び、胃腸科内科医院での高血圧症での治療、当薬歴は「重要な事実」の不告知に該当する可能性があるため、次にこれらの不告知について申立人に故意・重過失が存するかについて検討する。申立人は、令和3年2月20日に認知症の検査が目的で被保険者が医療センターを受診したことを認めた上で、被保険者に認知症の検査目的であることを告げずに高齢者の健康診断という名目で受診したこと、脳の検査と共にX線検査等全身の検査を受けた旨を述べており、同月2

4日の告知書入力時点で申立人及び被保険者がこれらの検査を受けたことについて認識があったといえる。また、胃腸科内科医院での高血圧症での治療、投薬歴についても、申立人が提出する同医院の診療録及び医事照会への回答（令和3年7月30日付）から、これらについての認識があったと考えることが合理的である。なお、申立人は同年2月24日に、被保険者が業者の担当者から直接健康状態の確認を受けた際、（10年前の）胃がんの手術の件や、時々近所の医院で血圧の薬をもらっていること、不整脈があると言われていることを話したところ、その程度であれば問題はないと言われたと主張する。しかし、申立人自身が電話でやり取りをしたものではなく、被保険者に電話を取り次いだ申立人の次男からの伝聞に過ぎず、申立人の主張を事実と認めるに足る確実な裏付けはない。

2. 解除の可否

保険契約の解除の原因（認知症等の受診歴の不告知及び高血圧症の不告知）と死亡保険金の支払事由（急性心臓死）との因果関係を認めることはできない。告知事項の不告知を理由として業者が行った本件保険契約の解除は一応有効と考えることができるが、死亡保険金の支払事由と保険契約の解除の原因に因果関係がない場合、約款上（18条3項）、業者は保険契約の解除の有無にかかわらず死亡保険金の支払いを免れない。

①被保険者の死体検案書には、死亡の原因として（ア）直接死因「急性心臓死」、（イ）（ア）の原因「不整脈」、直接には死因に関係しないが傷病経過に影響を及ぼした傷病名「高血圧症、心房細動、認知症」との記載がある。

②この点、認知症等の検査歴及び高血圧症と死亡との因果関係について、これを裏付ける医事照会の結果は業者から提出されていないが、当裁定委員会の顧問医からは、認知症や高血圧症の影響の程度は被保険者が高齢であることと同程度レベルではないかと推測されること、特に高血圧について血圧の推移は年齢相応のもので特にコントロール不良の高血圧があったことを伺うデータはなく、投薬内容を見ても血圧コントロールは良好であったと考えられるとの見解を得た。また、食欲不振は胃切除後であれば少量頻回で食事をするのが通常で、高齢で活動量が減少すれば食欲も自然に減退すること、過去に慢性アルコール中毒があったようだが、今回はアルコール性肝硬変などの記載はないこと、脳梗塞の疑いでのCT受診も実際の所見は不詳で、本件契約後の2021年6月14日の体調不良時に行ったMRIでは軽微な脳梗塞があったのみであり、死因と関係があると考えするには無理があるとのことであり、医療センターでの検査と死因との因果関係について否定的な見解を得た。

③その他、業者は胃切除後症候群、心房細動、不整脈についても不告知があった旨を指摘するため、これらについても死因との因果関係を当裁定委員会の顧問医に照会した回答を以下に補足する。

「胃切除後症候群は、胃を切除したことで起こる様々な病態をいいますが、被保険者の場合、ビタミンB12が処方されており、胃の切除により、鉄分やビタミンB12が吸収されにくくなるために貧血が起りやすくなるためその予防のための投与を指しているものと思われます。他にも胃切除後に食事の摂取を気を付けないとダンピング症候群などの合併症が起こる可能性があります。胃切除はかなり以前の話であり、食事摂取方法（少量頻回）の工夫により改善が可能のため急性心臓死死因との関連性を考慮する必要はないと思われる。

心房細動は存在したものの、心房細動を抑えるための抗不整脈薬が投与されてはならず、心房細動により心臓内に生じた血栓が脳などに感染として飛ぶことを予防するためリクシアナが投与されていた程度であり、緊急に治療を要する致死的な不整脈に当たらず、急性心臓死の原因としては考えにくい。

不整脈は、記載のあった心房細動も含めたものの総称であり、漠然としすぎている。ただ検案医の見解でこの漠然とした不整脈が起こる背景として考えた場合、食事後の腹痛、下痢が頻繁に生じ脱水になったことから循環不全を生じたのではないかと考えられます。このような状態であれば、もともと体組成上水分が少ない高齢者の場合、循環不全から致死性不整脈も起こると考えられます。ただしこれは心房細動の影響と言うよりも、前日夕の急激な体調変化が影響しているのではないかと考えます。」

以上の通り、当裁定委員会の顧問医の見解は、不告知の告知事由と死因との因果関係はいずれも認められ

ないというものであった。そして、他に解除原因である不告知の傷病と被保険者の死亡との因果関係を肯定すべき積極的な証拠は存在しない（少なくとも当裁定委員会に提出されていない）。

【事例から学ぶこと】

生命保険契約において、業者が告知義務違反を理由に保険契約を解除し保険金支払いを拒否するためには、申込時に契約者（又は被保険者）が告知義務に違反した事実があったこと、かつ保険金請求事由が告知に違反した事実と因果関係があることを業者側が証明しなければならない。ことになっている。

⑨13 歳の子供が壁を叩いて穴をあけた事が故意に当たるとした事例

（終了事由）

裁定不適格

（申立内容）

申立人は、令和2年3月ころ、申立人が子供らと同居するアパートの居室内で当時13歳の子供がイライラして室内の壁を拳でたたいたところ、穴が開いてしまったため、業者に対して借家人賠償責任保険契約に基づき修理費用相当の修理費用保険金の請求をしたが、故意免責を理由に支払いを拒否された。電話での業者の説明には納得ができないので、どうして故意に該当するのかの回答を求めたが、都度電話で同じことを繰り返すのみであるとして、申立人はこれを不服として上記保険金の支払いを求めて本裁定に及んだ。

（業者の回答）

壁に穴をあけた行為者（申立人の子）は当時13歳であるから責任能力が備わっている。保険契約における故意とは積極的に損害を発生させることを意図しておこなっただけでなく、事故が発生するであろうことを知りながら行為に及んだ場合（未必の故意）も含まれる。本件は責任能力のある子供が少なくとも事故が発生するであろうことを知りながら壁を拳で殴打したために穴が開くなどの被害が発生したので、行為者の上記行為は故意によるものである。したがって、本件保険契約の約款42条1項1号により保険者免責となるので、保険金を支払うことはできない。

（結果）

以下のとおり、申立人の子の行為が故意によるものである以上、修理保険金の請求に対して事業者が故意免責を主張することは妥当という結論になり、申立人の本件請求は退けられざるをえないと裁定した。

ただし、これまでの申立人の請求行為と事業者の対応の経過をみると、一言、事業者に対して申し述べておきたいことがある。

本件は、比較的明らかに行為者に故意が認定できるケースであり、本件が仮に保険金請求の民事訴訟に移行したとしても、そこでの裁判所の判断も故意の存在を肯定し、保険金請求を棄却する結論になると思われる。しかし、これまでの業者の申立人に向けた対応等をみれば、これらの回答によって、申立人が故意の有無の判断基準を知り、本件保険の仕組みを理解するであろうことは到底想定することができない。

申立人は、子供が壁を壊そうとしてやったのではない、ということを手を主張し、いわゆる「意欲」を以てしたことではないと主張しているのであるが、こうした主張は法律的な知識を持たない一般人の心情としてはまことに尤もなものというべきである。しかるに、事業者は申立人のこのような主張の受け入れられない理由をわかりやすく説明することもなく、ごく簡単な故意の定義を紹介するだけで請求を退けるという態度をとった。もちろん、その対応に法的な誤りがあったわけではないから、違法を指摘することはできないであろう。しかし、申立人において故意の理解が正確になされておらず、ひいては故意免責という保険の仕組みについて正しい認識が生まれていないことは歴然としているのであるから、事業者がこのような保険契約者の誤解をとき、正確な理解をさせることは、故意免責を主張するものの責務というべきである。

また、本件では、申立人が率直に事故に関する事実経過を報告し、申立人の子の内面にかかる推測までもつまびらかに述べており、それらが奇しくも故意免責を主張するための資料として業者に有益であったという事情がある。そのため、業者においては格別の調査を実施することもなく、確信を以て故意免責を主張して請求を退けることができたというのが実情であった。

このようなとき、すなわち、もっぱら保険金請求者の提供した事実を判断材料として、請求者に不利な結論を提示しようとする場合には、業者の対応は、通常よりもより丁寧で慎重なものが求められ、請求者に誤解や不信を残さないように可能かぎり配慮すべきであった、ということができようであろう。

本件では、このような対応に多少の問題があったため、やむなく本件申立がなされたという側面が否定できないため、あえて付言した次第である。

故意と認定される理由

①故意免責規定における行為者の責任能力

本件で問題となる故意免責は本件保険約款42条に規定されている。同じく、保険法17条でも保険契約上の保険金支払責任に関して、故意による事故等の場合には保険者が免責される旨が定められている。これらの規定は、被保険者の責任能力の有無についてとくに言及していない。

本件では、被保険者のひとりである申立人の子の殴打行為とそれによる壁の損傷が保険事故となっているが、子供の年齢が13歳であるため、その責任能力の有無が問題となる。

未成年者の責任能力に関しては、民法712条が「未成年者は、他人に損害を与えた場合において、自己の行為の責任を弁識するに足りる能力を備えていなかったときは、その行為について賠償の責任を負わない」と定めている。また、本件保険契約の約款には、被保険者に責任無能力者は含まないと規定されている。

本件はこの規定が適用される場面である。

ところで、上記の民法や約款の条項には責任能力の有無について、当該未成年者の年齢の基準が定められていない。しかし、一般に13歳以上の子が責任能力を備えていることについては下級審の裁判例や多くの学説において確定した解釈であり、異論の余地はない。本件において、子の年齢を示す客観的な証拠は提出されていないが、本件事故当時に13歳の中学生であったことについては間違いのないと思われるので、以後の審議はこれを前提におこなう。

以上のとおり、本件において壁の損壊行為を行った行為者は責任能力を有しており、かつ保険契約者の同居の親族に該当するので被保険者に含まれる。そこで、責任能力者である以上、次の段階として、そうした行為者による壁の損壊行為が故意によるものか過失によるものかを検討することになる。

②壁の損壊行為における故意の有無

申立人の子がアパートの室内の壁を損壊したのは、客観的には一度だけ「グーでパンチした」「こぶしで泣きながらたたいた」ということであり、そうした行為の動機としては、学校への登校をめぐる母親との会話などから「イライラした」気持ちになっていたということである。他方、申立人の主張では、「壁は薄い1cm未満の厚さで、ベニヤも入っていない」ということである。

このこぶしで一回壁を叩いた(パンチした)行為が故意によるものか否かを判断するには、一般に法律上「故意」がどのように解釈されているかということを検討する必要がある。この点、学説上は「認識説」「蓋然性説」「認容説」「動機説」「実現意思説」などの諸説がある。判例は、このうち認容説を基礎にして蓋然性説を一部取り込んでいるとされている(最判昭和23年3月16日。刑集2, 3, 227)。これらの学説をここで詳述することは差し控えるが、ごく簡単にまとめれば次のように言うことができる。すなわち、行為者が「結果の発生の可能性を認識していれば故意がある」という「認識説」がもっぱら行為者の認識の有無を問題とするのに対して、当該結果の発生を認容したかどうか(認容説)、あるいは実現を意欲したかどうか(実現意思説)など、行為者の「意思的要素」を重視するものがある。これらの考え方の違いが学説林立の所以である。

認識のみを問題とすれば、故意の成立範囲は広がり、意思をも加味すれば、故意の成立範囲は狭まる傾向にあるが、それぞれの学説はより実態に即した緻密な検討を加えているので、学説の違いによって結論が大きく異なるということは比較的少ないとされている。そして、現在、結果の発生や実現を意欲することまで必要だという純粋な「意欲説」はほとんど採用されていない。

本件において、申立人の子が壁を損壊することについてどのような認識や意欲やひいては動機を抱いていたのかを知るにあたっては、母親である申立人が当時おこなった「推測」しか手掛かりがない。それによれば、「壊そうとして壊したわけではない」「壊してやれという考えはない」「どのくらいの力でたたけば穴が

開くのか、本人はわかっていない」「予想もつかない」ということである。

グーでパンチするに至った動機の面も考慮すれば、「イライラして、ついこぶしで目の前の壁を叩いたら、予想もしなかったことに壁に穴があいてしまった」という場面は特殊なものではなく、どこの家庭でもおこりうるものであろう。そして、このようなときの子供の心境を考察すれば、母親のいうとおり、壁を壊そうという意欲まではないというのが真相にちがいない。したがって、故意の有無をこうした意欲の存否で判断するという考え方をとれば、本件では故意はなかったという結論になる。

しかるに、前述したように、判例や学説の主流は、意欲の存在を必要としておらず第一に、故意の存在には現在自分のおこなっている行為がどのようなものであるかを認識すれば足りる、という考え方に立つ。

このような考え方をよるならば、本件では「認識」はあったと解釈せざるを得ない。申立人の子は、壁を拳で殴れば、壁に穴が開いたり、へこんだりして一定の損傷が発生するということは十分理解できていたはずであり、そうした理解のもとで、いままさに自分自身が自分の意思で壁をなぐるという行為をおこなっているということを認識していたことは間違いないからである。

この点、壁の近くで、子供がふざけて遊んでいたところ誤って壁に強く拳や足などが当たって壁に穴が開いてしまった、というケースや、掃除をするので家具を移動しようとしたところ、テーブルの角が壁にぶつかって穴が開いてしまった、というケースと本件を比較してみればよい。これらのケースでは、自分の行為が壁に穴をあけるということは想定しておらず、もちろん壁の損傷を認識していたということはない。したがって、このようなケースでは故意の存在は認められず、「過失」によって生じた結果、という判断になる。

次に、壁が損傷を受けるということについての「認容」の有無について検討する。

本件では、申立人の子は自分の意思により拳で壁を殴るということを認識しているが、壁に穴があかないように配慮したという事情は認められない。イライラして、思わず壁を叩いてしまったという場合には、このような配慮が入り込む余地は通常認められないからである。こうした場合には、たしかに壁に穴が開いては困るという気持ちはあったかもしれないが、「そうであれば壁を殴打しない」という選択をしたのではなく、結果として「殴打してしまった」というわけであって、この結果から遡って考えてみると、「壁がなんらかの損傷をうけることになってやむを得ない」という気持ち、すなわち結果発生を「認容」していた、という解釈をすることになる。つまるところ、行為者の故意の有無は本人の内面の問題であり、本人しか真実はわからないそのため刑事や民事の紛争では、こうした事故・事件の結果を含めた外部的諸事情を総合的に勘案して故意の有無を推認するほかないのである。

このような心理状態と殴打行為の状況をみれば、たとえば「誤って・・・をしてしまった」という要素は本件にはまったくなく、したがって、申立人の子の行為を「過失」によるものと認定することはできない。言うまでもなく、本件修理費用保険が一般に支払いの対象としているのは、こうした過失が引き起こした事故による建物等の損傷である。

なお、申立人は壁の薄さや華奢なつくりなどの外部的状況についても言及する。しかし、これまで申立人の借家生活に支障が生ずるほどの脆弱な壁であったという特殊事情があればともかく、賃貸物件の内壁として十分に機能してきた仕様や構造であるならば、この点を行為者の故意を論ずるに際して、なんらかの考慮を施す必要はない（これに対して、過失で損壊したという場合には、いわゆる過失相殺の問題が生ずる可能性はある）。

かくして、当委員会では、本件において申立人の子の行為が故意によるものであるとした事業者の判断に誤りはない、との結論に至った。

【事例から学ぶこと】

成人やある程度の年齢の未成年が、建物、壁、間仕切り、床、建具、家財等を、蹴りつけたり、叩いたり、物をぶつけるなどして破損や汚損被害を与えた場合は故意と認定され損害保険では補償されないという事になります。

◎火災保険金額の争いに係る弁護士費用保険金請求を争った事例

(終了事由)

見込みなし(和解案提示も業者が提訴)

(申立内容)

申立人は、ラブホテル又は民泊等に使用する目的で購入した建物を目的物として、損害保険会社を保険者とする「企業財産総合保険」に加入した。しかしながら、本件物件について、申立人は、旅館業法及び風営法等の法令上の許可を取得することができなかったため、本件物件を自身の住居用として使用することとした。そうしたところ、本件物件において漏水事故が発生し、同漏水による損害を損害保険で填補するため申立人が損害保険会社に保険金請求を行ったところ、保険金の認定額に納得できず、損害保険会社に対する同保険金の請求について弁護士に委任することとなった。申立人が加入する、弁護士費用(着手金)について、申立人が本件保険に基づき保険金請求を行ったところ、業者は本件物件が事業用の物件であり、本弁護士対応事件は「事業上の法律事件」に該当するものとして、本件保険の普通保険約款(以下、「本件保険約款」という。)上、保険金の支払い対象とならないとしてその支払いを拒否した。申立人は、取得後住居用として使用しており、「事業上の法律事件」には該当しないとして本裁定に及んだ。

(業者の回答)

①本弁護士対応事件の対象となっている別件損害保険は、事業を営むに際して生ずるリスクをカバーするため、保有する建物に対して加入する保険である。即ち、同保険は、申立人が本件物件を事業に供するために加入した保険であることは明らかであるから、同別件保険(での保険金の支払)を対象とした本弁護士対応事件は「事業上の法律事件」に該当し、その弁護士費用は本件保険支払いの対象外である。

②又、本件物件は従前ラブホテルとして利用されており、床面積1,062㎡、20室という物件であるから、本件物件の当該仕様に照らしても、居住の有無や実際に事業を行っていたか否かに関わらず、私的な用に供していたとの申立人の主張は、不合理であり事業性を否定する理由とはならない。

以上より、申立人の本件保険に基づく保険金請求には理由がない。

(結果)

裁定委員会は下記事情を総合的に勘案し、和解案を提示した。

①本件申立における申立人の請求の当否は、本件物件が、本件保険約款第3条第(3)項第⑤号アに規定される「業務上の用途に供することを目的として・・所有する・・施設」(以下、同約款の規定に該当する施設を「業務用施設」という。)に該当するか否かにより決せられるものと考えられる。

- ・この点、業者は、申立人は本件物件を事業に供することを前提として別件保険に加入し、その後も同別件保険を維持していた(そして、本件においては、申立人は、正に同別件保険による保険金の支払に関する紛争に対応する弁護士費用の支払いを求めている。)のであるから、本件物件が業務用施設であることは明らかであると主張するものである。
- ・然しながら、建物の所有目的が変更となることは特段奇異なことではないし、又、当該本件物件の実態としての使用用途が、本件に付保された保険の種類・内容により現に制限されるものでもない。
- ・又、そもそも、本件保険約款の第3条第(3)項第⑤号アには、「注2」として、「現在、業務上の用途に供していない場合を含みます。但し、個人の用途に転用している場合を除きます」と規定され、本件物件が当初事業に供することを目的とした業務用施設に該当するものであったとしても、その後「個人の用途に転用」された場合には、業務用施設ではなくなる(即ち、当該建物に関する紛争は「事業上の法律事件」ではなくなり保険金の支払対象となる。)ことを明記しているのであるから、業者反論①には理由がないというべきである。

②次に、確かに業者が主張するとおり、本件物件は、ラブホテルとして使用されることを前提とした仕様を有しており、個人の住居としての使用に適したものとは言い難く、又、そうすることは経済的その他の面でも合理性が乏しいものと思われる。然しながら、(本件物件の具体的且つ詳細な仕様は不明ではあるが)一般的にラブホテルに居住すること自体はさほど困難なことではないと思われるし、同居住が法的に禁じられるものでもない。

又、本件物件が、現に申立人個人の住居として使用されていたのであれば、その限度で、実態として、事業性が否定されることは当然というべきであるし、(本件物件がラブホテルとしての仕様を有しているもの

であったとしても)当該場合に「私的な用に供していた」と主張することは何ら不合理であるとは思われない。

従い、業者反論事由②にも理由がないというべきである。

尤も、ラブホテルとしての仕様を備え、本事業用目的のために申立人が購入した本件物件について、同事業を行うための法令上の許可等の取得が困難であったとしても、これを申立人が個人の住居として使用したとするのが不自然であることは否定できない。又、この点、申立人からは、本件物件を自身の居住に供していたことの証拠として、水道料金の請求書や住民票（以前本件物件を住所地として登録していたとするもの）等が提出されているが、これら証拠によっても、申立人が現に本件物件を自身の住居として使用していた実態があったと積極的に認定することは困難である（他方、当該実態がなかったと認定すべき合理的な根拠もない。）。

⑪バイクで転倒したとしての通院保険金請求を拒否した事例

（終了事由）

裁定不適格

（申立内容）

申立人は、2021年8月1日を責任開始とする医療保険に加入した。2021年11月5日に、2021年8月3日にバイク運転中にスリップして転倒したことにより怪我をし、その治療のために2つの医療機関に計89日通院したため、事故状況報告書及び診断証明書を添えて通院保険金請求をしたところ、事故に関する立証が不十分であるといたうえで、過去5年分の医療費通知書の提出が求められた。自損事故なのでこれ以上の立証は困難である、また、医療費通知書は個人情報なので提出するつもりはないし、怪我なのになぜ医療通知書を要求するのか納得いかない。早く保険金を支払って欲しいと本裁定に及んだ。

（業者の回答）

以下のような事情から、申立人主張の本件事故の発生とそれに起因するものとしての通院加療の事実があったとは認定できない。

- ・申立人に対して、業者は一度加入申し込みを断ったにもかかわらず、別ルートで加入申込み希望をして加入に至った点
- ・申立人が責任開始日を急いでいた点
- ・2021年8月1日責任開始にたいし、同月3日が事故日であり、自損事故であるとして警察に届けをせず交通事故証明がないとする他、同事故の発生に関する客観的な根拠となる資料が存在しない点
- ・災害給付金支払い限度日数が90日であることに對し、89回の通院であり限度日数ギリギリである点
- ・申立人は、2つの医療機関に通院しており、事故日の8月3日に受診したA医療機関の診断では右肘関節打撲とされ、翌日の8月4日に受診したB別医療機関の診断では右尺骨頭骨折であり、診断内容が異なる点
- ・8月4日に右尺骨頭骨折と診断されシーネ固定処理を施されたにもかかわらず、5日には再度A医療機関を受診し、その後も両医療機関への通院を継続しており極めて不自然である。

（結果）

裁定委員会は、両当事者から提出された申立書、答弁書及び添付資料では、事実を認定するには不足しているとして、申立人に求釈明を求め、現状提出されている申立人による説明および各資料からは申立人主張にかかる2021年8月3日の本件事故が現にあったものと合理的に推認するまでには至らないというべきである。

【事例から学ぶこと】

事故が発生した場合は、具体的にどのような状況で、どのようなことが起こったのか、を正確に正しく把握し、そのことを直ちに可能な限り詳細に保険会社に伝える事が重要です。また、交通乗用具での事故であれば自損事故であっても警察に届ける、その時被害が小さいと感じても被害拡大を阻止するため専門業者のサポートを得るなどその場でできる対応を公然とすることが重要です。

6. 保険に加入いただく上での注意事項

保険契約は、保険契約者が保険料を支払い、万一の場合は保険事業者が保険金を支払うことを約束する契約です。納得のいくまで内容を確認してからご契約いただくことが大事であると思われます。ご契約に際してはトラブル未然防止のため以下を参考にしてください。

(1) 契約の成立とは

保険契約は、保険契約者と保険業者との合意によって成立しますが、実務上は、保険契約者が加入意思を保険業者の作成した「保険契約申込書」の所定の事項を記載して契約の「申込み」を行い、保険業者が契約の引き受けを「承諾」することによって成立します。

(2) 契約内容の理解の重要性

保険契約者と保険業者の合意の前提として、契約者が補償（保障）条件・契約上の義務等、契約内容を十分に確認・理解することが極めて重要です。

保険契約が成立した場合は、契約者が契約内容を理解したうえで「申込み」がなされたということになるため、後の争い時に「契約内容につき知らなかった」という主張は通らないということが一般的です。

従って、契約に際しては以下の書類の内容をしっかりと確認しておく必要があります。

① 保険契約申込書

契約者が申込みを行う内容〔補償（保障）内容、保険金額、保険料、払込方法等〕が申込書において契約者意向に合致したのになっているかを確認します。

また、契約に際して契約者・被保険者は、保険業者が求める「告知事項」について事実を告知することが義務付けられていますので、告知内容に不実があった場合は契約を解除されたり、保険金支払を拒否されたりすることがあります。

② 普通保険約款

保険契約の標準的な内容や保険契約者と保険業者との間の意権利・義務について規定しています。

例えば、補償（保障）内容（保険金の支払われる場合、支払われない場合、保険金の種類・算出方法）、契約者の契約締結時の義務（告知義務）や締結後の義務（通知義務）、保険金請求の手続き、などが詳細に記載されています。

③ 特約条項

普通保険約款に定められている内容を修正して補償（保障）内容を追加・変更したり、保険料支払方法を定めたりするための条項で普通保険約款に優先して適用されます。

特約条項も普通保険約款と同様、契約者・保険業者双方を拘束することになりますので、これら内容を理解いただいた上で契約申込みされたとみなされることは普通保険約款と同じです。

②③は、できれば契約申込み前に取得し内容を確認し、不明点あれば保険会社に問い合わせる等の慎重な姿勢が望まれます。また、契約後に補償内容等の再確認を行っておくこともとても重要なことです。

④ パンフレット

お客様に、「どの様なリスクに備えるための保険か、どの様な事故が補償（保障）対象になるか」等の概要を分かりやすく記載したツールです。保険商品の大きな理解には役に立ちますが、一方、詳細な補償（保障）内容等を理解するためには十分ではありません。詳細な内容は、普通保険約款・特約条項をご確認ください。

⑤ 重要事項説明書

お客様に申込みいただく保険商品や補償（保障）内容がニーズに合っているか等の重要事項について確認いただくため、申込みに先立って必ず全てを読み内容を理解いただかなければならない書類です。ただし、記載されている内容は普通保険約款・特約条項と比べるとはるかに少なく、補償（保障）内容や保険金額等、申込みを行おうとする保険契約の内容を十分には反映しておりません。あくまで契約は

普通保険約款・特約条項、及び申込書記載事項に縛られることとなります。

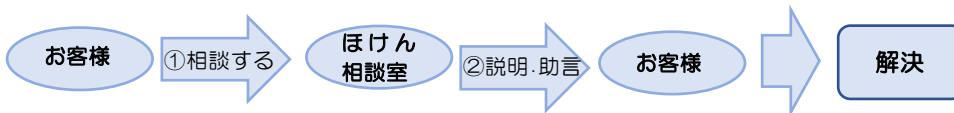
したがって、重要事項説明書は、主要な補償が満たされているかの確認には欠かせない書類として普通保険約款、特約条項で詳細を確認する上でのガイドラインとして必ず内容確認しておかれることをお勧めします。

7. ADR機関（指定紛争解決機関）について

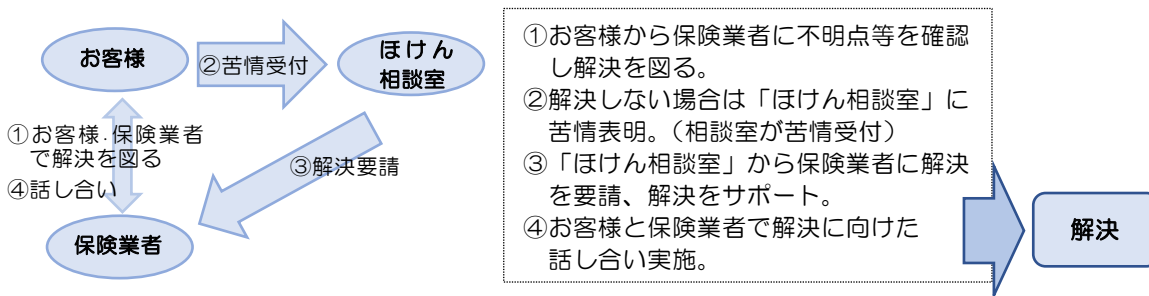
ADRとは、裁判所での訴訟に代わる、あっせん・調停・仲裁等の当事者の合意に基づく解決方法です。お客様と保険業者双方の意思に基づき和解をはかるものであり、双方に互助の精神に基づき手続きに参加していただく必要があります。

「少額短期保険ほけん相談室」は、指定ADR機関として、お客様からの「相談」「苦情」「紛争」に関して中立・公正な立場で、解決のサポートを行います。（本レポート1ページも併せてご確認ください）

<相談>の主な流れ

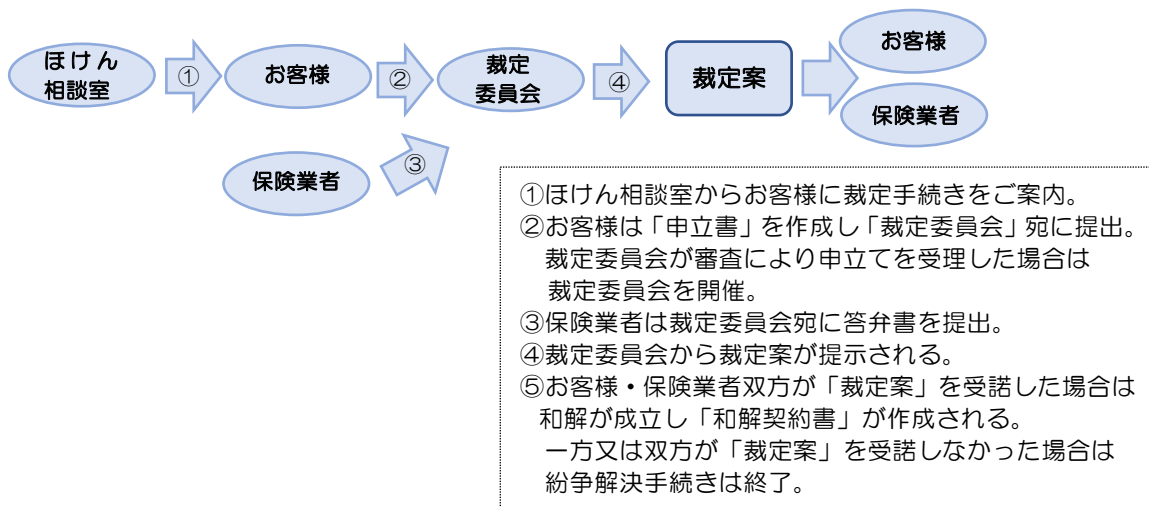


<苦情解決手続>の主な流れ



<紛争解決手続>の主な流れ

上記「苦情解決手続」によって解決しない場合は「紛争解決手続」をご案内します。



以上