

2022 年 10 月発行

2022 年度上半期 少額短期ほけん相談室レポート（第 24 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）を受けた中立・公正な紛争解決機関として、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。

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、2022 年度上半期（2022 年 4 月～2022 年 9 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い合わせに対し、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、業者は原則 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。

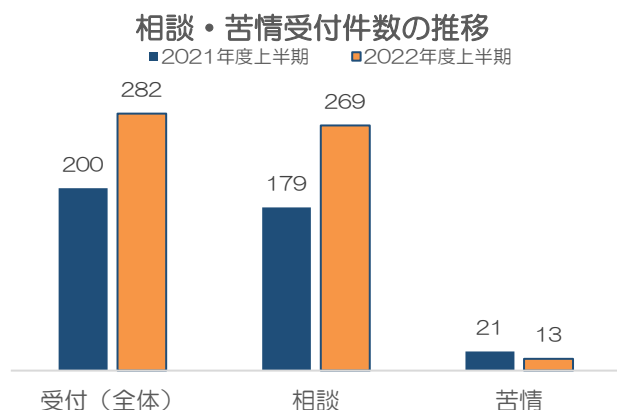
（業務規程第 36 条 2 項より）

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	うち相談	
		うち相談	うち苦情
2022 年度上半期	282	269	13
2021 年度	378	348	30
うち上半期	200	179	21



POINT

2022 年度上半期の相談・苦情の受付件数は 282 件で前年度上半期比 40%増となりました。相談件数が 269 件と急増 (同比+50%増) した一方、苦情受付件数は 13 件と大きく減少 (同比△38%減) しています。

相談受付件数急増の要因は新型コロナに関連した保険金請求・契約保全に係る相談 (46 件) 及び行政処分あったペット保険会社に係る相談 (49 件) であり、これら特殊要因を除いた受付件数は 174 件と前年度同水準となります。

(2) 相談・苦情案件の受付状況

①—1 申し出内容別の相談受付件数

内容	2022 年度上半期		2021 年度上半期	
	件数 (件)	割合	件数 (件)	割合
① 募集関連	10	4%	12	7%
② 契約保全関連 (継続・解約手続等)	65	24%	23	13%
③ 保険金支払関連 (可否・請求手続等)	156	58%	108	60%
④ 不適切な対応	20	7%	21	12%
⑤ その他	18	7%	15	8%
計	269	100%	179	100%

①—2 販売商品別の相談受付件数

	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2022 年度上半期	77 (29%)	78 (29%)	85 (31%)	29 (11%)	269
2021 年度	163 (47%)	56 (16%)	82 (24%)	47 (13%)	348
うち上半期	92 (51%)	27 (15%)	35 (20%)	25 (14%)	179

POINT

- 相談が大幅増 (対前年同期比+90 件) となった原因は既述の要因から生保・医療 (同+51 件)、ペット (同+50 件) が急増したことにあります。
- 相談内容別割合では「保険金支払関連」が全体の 58% を占め前年度上半期と同水準の状況にあります。また連絡遅延等「不適切な対応」の相対的な割合はやや減少傾向にあります。一方、「契約保全関連」の割合 (24%) が大きく増加しておりますが、上記 (1) 記載の特殊要因における契約継続に関する相談 (19 件) に加え、クレジットカードに係るトラブル (カード有効期限切れによる保険料未収納等) に関する相談 (13 件) の増加が主な要因となっております。

②-1 申し出内容別の苦情受付件数 (件)

内容	2022 年度上半期		2021 年度上半期	
	件数	割合	件数	割合
①契約引受関係	1	0%	0	0%
②手続遅延・放置	0	0%	1	4%
③説明不足・誤り	0	0%	0	0%
④不適切な対応	0	0%	2	10%
⑤保険金の支払額	1	8%	5	24%
⑥ 保険金支払の可否	10	76%	13	62%
⑦ その他保険金支払い	1	8%	0	0%
⑧ その他	0	8%	0	0%
計	13	100%	21	100%

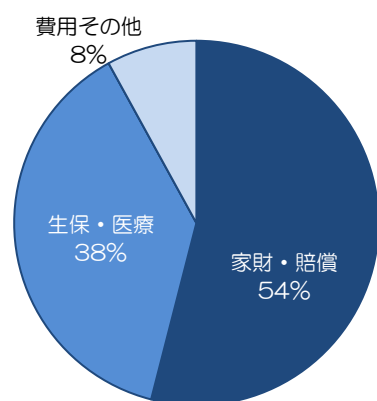
POINT

- ・2022 年度上半期の苦情件数は 13 件と前年度上半期比△38%減となりました。
- ・苦情申出内容で最も多いのが「保険金支払関連」(⑤+⑥+⑦) で 12 件と全体の 92%を占めております。
- ・「①契約引受関係」は、生保契約の成立時期(保険金請求事由発生日との先後争い)に関するものです。

②-2 販売商品別の苦情受付件数 (件)

	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2022 年度上半期	7 (54%)	5 (38%)	0 (0%)	1 (8%)	13
2021 年度	11 (37%)	11 (37%)	5 (16%)	3 (10%)	30
うち上半期	9 (43%)	7 (33%)	4 (19%)	1 (5%)	21

* () 内は苦情受付件数の商品別割合



2022 年度上半期

＜参考＞2021 年度末 保有契約件数

	件数	占率
家財	835 万件	79%
生保・医療	71 万件	7%
ペット	71 万件	7%
費用	76 万件	7%
合計	1,054 万件	100%

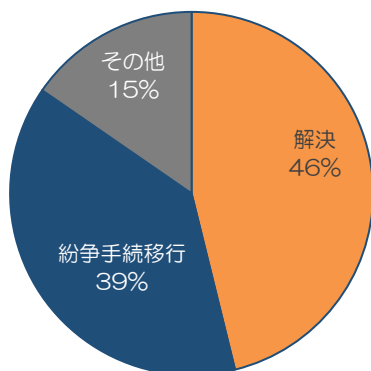
POINT

- ・2021 年度上半期と比較すると費用保険を除く全ての商品分野で件数が減少(費用保険は横ばい)し「ペット」は 2011 年度の苦情統計開始以来 初めて半期単位の受付件数がゼロとなりました。
- ・販売商品別の割合では、「家財/賠償」が前年度に比べやや増加する状況にありますが、「生保/医療」は保有契約件数割合(7%)に比較し突出して高い状況が続き合計件数の約 4 割を占めるに至っております。

(3) 苦情処理手続の終了状況

(件)

	解決	紛争手続移行	その他	合計
2022 年度上半期	6 (46%)	5 (39%)	2 (15%)	13
2021 年度	10 (31%)	19 (60%)	3 (9%)	32
うち上半期	8 (44%)	10 (56%)	0	18



2022 年度上半期

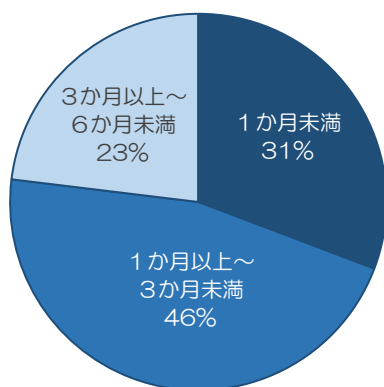
POINT

- 2021 年度では苦情段階で解決せず紛争手続きへ移行する割合が増加し60%を占めるに至りました。2022 年度上半期ではやや減少傾向にありますが苦情の約4割が紛争手続きに移行する状況にあります。
- 「その他」は、「申出人から裁定移行意志が書類で示されないまま長期間が経過したため終了」となった事案等です。

(4) 苦情処理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
2022 年度上半期	4 (31%)	6 (46%)	3 (23%)	0 (0%)	13	61日
2021 年度	11 (34%)	15 (47%)	5 (16%)	1 (3%)	32	54日
うち上半期	7 (38%)	9 (50%)	1 (6%)	1 (6%)	18	54日



2022 年度上半期

POINT

- 2022 年度上半期における苦情処理手続開始～手続終了までの平均所要日数は61日と2021 年度比で若干伸び、また3か月未満の終了割合も77%と悪化しました。これは上記(3)記載の通り申出人の事情により終了までに時間を要した2事案(所要日数160日、162日)が影響しているためです。当該案件を除くと平均所要日数は47日となり前年度に比べ短縮改善傾向にあります。
- また、2022 年度上半期では処理手続きに6か月以上を要した案件がゼロとなりました。

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
2022 年度上半期	5
2021 年度	19
うち上半期	10

(2) 販売商品別 紛争解決手続の受付件数 (件)

	家財/賠償	生保/医療	ペット	費用保険他	合計
2022 年度上半期	0 (0%)	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	5
2021 年度	7 (37%)	8 (42%)	3 (16%)	1 (5%)	19
うち上半期	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0 (0%)	10

* () 内は各年度ごとの苦情受付件数の商品別割合

POINT

- ・2022 年度上半期の紛争解決手続の受付件数は5件と前年度上半期に比べ半減しました。販売商品別にみると「家財/賠償」および「ペット」の受付件数がゼロとなり前年度に比べ大きく減少しました。
- ・一方、「生保/医療」は前年度上半期比で受付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全体の8割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

下記期間内に紛争経穴手続きが終了した案件 (件)

期間	和解	離脱	その他	計
2022 年度上半期	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	5
2021 年度	10 (50%)	0 (0%)	10 (50%)	20
うち上半期	4 (44%)	0 (0%)	5 (56%)	9

【凡例】○和解

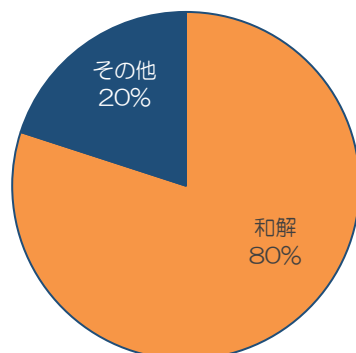
…裁定委員会が提示した和解案により解決したもの

○離脱

…当事者双方が、裁定手続によらず合意により終了、或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)



2022 年度上半期

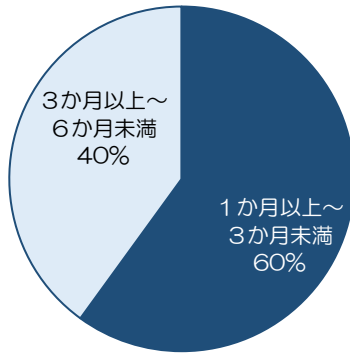
POINT

- ・2022 年度上半期の和解率は 80%となり 2021 年度と比較して大幅にアップしております。
- ・「その他」の 1 件は「裁定委員会が当事者双方に和解案を提示したが、業者側が受諾せず訴訟を提起したもの」となっております。

(4) 紛争解決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
2022年度上半期	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	5	79日
2021年度	0 (0%)	12 (60%)	8 (40%)	0 (0%)	20	83日
うち上半期	0 (0%)	5 (56%)	4 (44%)	0 (0%)	9	85日



2022年度上半期

POINT

2022年度上半期における紛争解決手続の申立～手続終了までの平均所要日数は79日となり2021年度上半期（85日）と比較すると短縮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60%と2021年度上半期（56%）に比べやや増加傾向で推移しております。

4. 苦情（終了案件）の事例

①大雨による家財の被害につき保険金支払いを拒否した事例

申出人は、大雨が降り、上階のベランダから雨水が室内に侵入し、家財が被害を受けたとして加入する保険会社に事故報告をしたところ対象外とのことだった。その後、同事故で大家の建物被害につき保険金が支払われたことを知ったため、再度保険会社に申請したところ、鑑定人による調査が実施された。その後保険会社から支払い対象外との連絡を受けたが、その理由が明示されない。払えない理由はないはずなので保険金を払ってもらいたい。

（経緯・経過）

協会は、苦情の内容を業者に伝えるとともに、業者に事実と事情を確認して、約款と業法に基づいて適切に対応するよう依頼をした。業者は有無責につき再度検討を行い、その結果有責と判断し、申出人に謝罪の上支払い手続きを進めた。

【事例から学ぶこと】

保険会社は、事故の一報があったときは状況を正確に把握するための確認を行うとともに、契約者に適切な指示を行うことが重要。契約者も、業者の回答につき腑に落ちない点などあれば約款などで契約内容を確認めるとともに、業者回答の根拠を確認する必要がある。

②家財の水濡れ被害における保険金支払い手続きが進まないとした事例

申出人は、入居するマンション個室の天井部分から汚水が漏れてきて、オーディオ機器等が水濡れ被害にあった。管理会社などが来て調べていったが原因は不明とのことであった。保険金を請求したが、請求後回答がないため保険会社に連絡すると、都度、こちらから連絡するのではと言われるだけで、状況などの説明がない。適切な対応をいただきたい。

（経緯・経過）

協会は、苦情の内容を業者に伝えるとともに、業者に事実と事情を確認して、約款と業法に基づいて適切に対応するよう依頼をした。業者から、すぐに、近いうちに損害額についてのオファーと説明を行う予定との報告が協会にあった。

協会は業者に、①被害個室の調査はされていないようで、クローゼット等の被害も予想される②管理会社は原因不明と言っている模様なので、このままでは再発の可能性もある③建物が新築であれば配管上の欠陥、古ければ劣化などが考えられ、管理会社の管理上の責任も発生する可能性がある、等事実関係の確認が、申出人の利害関係及び事故再発防止の観点から重要になることを伝えた。その後、申出人から、保険金も支払われ業者による説明もなされた、との報告があった。

【事例から学ぶこと】

水漏れ事故等、複数の関係者に利害関係が及ぶような場合は、契約者は必ず速やかに直接保険会社に連絡をし、その指示に従う事が重要。水濡れ被害は時間とともに拡大することも予想され、対応の遅れは、利害関係者の損失を大きくすることもあり、解決を遅らすことにもなりかねない。

③家財の盗難保険金請求に対し保険金支払いを拒否した事例

申出人は、家の中から家財が盗まれたとして、気付いた日に警察に被害届をし、受理番号を取得した。保険会社の調査員にも事情を説明した。事故報告書を提出し保険金請求をしたが、業者からは連絡がないまま時間が経過し、その後、業者弁護士から、盗難被害あがったと認められないとの通知があったが、納得がいかない。

（経過・経緯）

協会は、業者弁護士からの通知内容を確認するとともに、苦情の内容を業者に伝え、本件に関する調査報告書の提供を依頼した。そのうえで、業者が無責を主張するのであれば、その根拠を保険会社の言葉で丁寧に説明することが重要で、特に申告された被害品についての被害の有無などは立証責任を申出人に求めるだけでなく、保険事業者として支払業務を実施する上で申出人のどのような協力が必要なのか等を丁寧に説明し申出人に寄り添った対応をお願いした。業者は弁護士と相談のうえ、申出人と面談し申立人の話も聞き、事情を説明・理解いただいたうえで、請求保険金の一部を解決金として支払った。その後、申出人から相手弁護士にも十分にこちらのお話も聞いてもらい、ありがとうございましたと連絡があった。

【事例から学ぶこと】

契約者等の被害者は、異変に気が付いた時点で、警察に届け調査を依頼すること、同時に保険会社に連絡し状況の確認などを要請することは以後の犯罪を防ぐという点からも大変重要である。一方保険会社は、事実を証明するという点に比較的困難さが予測される盗難等の事案については、事務的に挙証責任を請求者に求めるのではなく、事故の発生を知らされた時点からお客様に寄り添い、公平な立場で事情や状況を被害者から丁寧に聞き取るとともに、保険金請求に関しては、保険会社として有する知見などに基づき、被害者として提出可能な証拠書類などの提供等につき分かりやすく説明し相談に応じながら進めるなど丁寧な査定手続きをすることが求められる。

5. 紛争（終了案件）の事例**①生命死亡保険金請求を加入条件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）

申立人の夫である被保険者が令和3年9月17日に腓骨部癌のために死亡したことから、申立人が事業者に対して無告知型葬儀保険金の支払請求をしたところ、業者は、保険加入の条件違反を理由に本件保険契約を解除し、保険金の支払を拒否した。申立人はこれを不服として本申立てに及んだ。

（業者の回答）

本件保険の申込においては「緩和ケアの状態ではないこと」「余命宣告されていないこと」という加入条件があるが、被保険者からの保険申込時の申告とは異なって、医療機関の「化学療法すべて終了」「緩和対応を念頭に置いて」という医療照会回答書の記載からわかるように、すでに緩和ケア状態にあり、さらに、余命宣告についても「本人に告知あり」という同回答書の記載があるように宣告はなされていた。そのため、本件保険の普通保険約款9条により加入条件違反による解除をして保険金の支払をしないこととしたのであって、こうした保険会社の対応に誤りはない。

（結果）

裁定委員会は、争点である、被保険者が本件保険を申し込んだ時点で事業者が言うところの緩和ケアの状態にあったか否か、また治療を受けていた医療機関において余命宣告がなされていたか否か、ということにつき、両当事者から裁定委員会に提出された関連医療機関からの被保険者に関する医療情報及び医療照会回答書を審査し、当機関顧問医師の意見をも参考に、業者が本件保険契約を解除し、保険金を支払わないとした判断・対応は誤りであると判断した。

被保険者には、事業者が主張するような加入条件に違反する事実は認められない。

よって、事業者においては、すみやかに申立人の請求どおりの保険金の支払手続をおこなうべきである。と和解案を提示した。

(1) 緩和ケア状態にあったか否かについて

①令和3年8月4日、被保険者はA病院からB付属病院に転院している。一般に大学医学部の付属病院に転院するのは、それまで入院していた病院でおこなえなかった高度治療を受けるためのものであり、本件でもA病院からB付属病院への転院はそうした治療体制の整っている病院への転院に該当すると思われる。単なる緩和治療のために、医療水準の高い大学医学部付属病院に転院することは一般には考えられない。

この点、B付属病院への転院は腹腔内化学療法を受けるための転院であって、未だなお積極的な治療を継続している最中であることは明白である。さらに、A病院からの文書照会回答書に、転院の理由について「御本人の強い希望で化学療法を受けたいとのことだったためです」と回答されていることからすれば、B付属病院で化学療法が実施されることは、患者本人もA病院の担当医師も当然これを認識していたことも明らかである。

②これに対し、A病院からの文書照会回答書では「ターミナルケア状態でしたか」という質問に対して担当医師は「はい」と回答している。さらに同回答書には「化学療法すべて終了し、B付属病院へ転院」という記載がある。しかし、この文意については、転院時点で終了していたのはA病院における化学療法であり、B付属病院における化学療法の実施については全く言及されていないと解釈するのが妥当である。

また、業者が指摘する「2019年1月の膵がん再発時から緩和対応を念頭においていましたが」という文書照会回答書の記載には、そのすぐあとに「『ターミナル』と言える状態になったのは2021/7/29頃からだと思われます」という記載があり、これをみれば、仮に被保険者がある時期以降に緩和ケア状態になっていたとしても、それは本件保険の申込時の2020年11月3日もしくは責任開始日あるいは契約日より後のことである。

これらの事実を踏まえると冒頭で述べた「ターミナルケア状態でしたか」という質問に対して「はい」と回答しているのは、被保険者の病状や治療内容の実態に沿わず、担当医師がなすべき正しい回答とはいえない。それかあらぬか、2021年1月5日付（2022年の誤記と思われる）の同担当医師からの文書照会回答書では従前の回答を訂正する旨の記載がある。自ら作成した回答書の記載を後日改めるという態度は、一面では回答全体の信用性を低からしめるものではあるが、上述したように、被保険者の病状や転院を含めた治療内容に照らすならば、修正後の回答内容こそが実態に沿っている。

以上の結果、本件保険申込の段階はもとより責任開始日や契約締結の時点でも、被保険者は未だ緩和ケア状態にはなっていなかったことが認められる。

よって、この点にかかる事業者の主張は成り立たない。

(2) 余命宣告がなされていたか否かについて

①事業者が、「余命宣告がなされていた」と判断した理由は、A病院からの文書照会回答書においてなされた「膵癌・転移性肝癌について本人もしくはご家族に余命宣告はしましたか」という質問に対し、担当医師が「本人に告知あり」と回答しているからということである。

一方、同じ担当医師が後日になって上記回答書を訂正した文書では、本人にも家族にも告知はされていないと回答されている。

このような回答の撤回や修正がなされた理由は判然とせず、病名の宣告をただけであるという新たな回答についてもにわかに措信しがたいところではあるが、本裁定手続ではこうした文書の真贋や作成者の真意を正確に確かめる方法がないために（手続的に証人尋問などをおこなうことができない）、担当医師の回答内容はしばらく措いて、以下検討を進める。

②一般に、がん患者に対する余命宣告ないし余命告知というものがおこなわれるのは、患者に対する積極的な治療が終了し、緩和ケアや在宅ホスピスなどに転換する時期であって、積極的な治療が継続している間にはおこなわれていない。

これを本件についてみれば、膵癌や転移性肝癌について患者本人が転院をして化学的治療を受けることを強く希望しているのであるから、そうした希望を損なうような余命宣告がなされたということは通常では考えられない。医師が告知したのは患者の膵癌や転移性肝癌の存在と症状に関するものや、同疾患の統計学的な予後についての情報にとどまるのであって、被保険者の具体的な余命がいかほどあるかということは告げられていないと思われる。言うまでもなく、本件保険契約で加入条件とされているのは、この後者の意味での「余命宣告あり」ということである。

前述したように、2021年7月の時点までは化学療法が継続していたのであるから、仮にこの後者の意味での余命宣告がなされていたことがあったとしても、それはこの時期以降のことであり、保険加入等の時期以前ではない。

よって、本件保険加入の段階で、余命宣告がなされていたとするのは事実と相違し、したがって、この点をとらえて被保険者の加入条件違反とすることは妥当でない。

【事例から学ぶこと】

「余命宣告」等、個人の受けとめと医学的な専門家の受けとめとが異なる可能性ある極めてセンシティブな問題を保険金支払い判断の事由とする場合には、保険会社は、まず医師の意見および真意を十分に確認するとともに契約者の置かれた事情を十分に考慮する必要がある。

②生命死亡保険金請求を告知義務違反を理由に支払い拒否した事例

(終了事由)

業者の不受諾

(申立内容)

申立人は、被保険者であり保険契約者である父親が死亡したとして、亡き父親（以下、「契約者」という。）の加入する保険契約に基づき、保険金の支払い請求を行ったところ、業者は本件保険契約に関し告知義務違反があったため保険金の支払いはできないが既払込保険料は返還したいと通知してきた。

契約者は、本件保険契約時、生命保険募集人から契約申込書及び健康状態告知（以下「契約申込書等」という）の記載事項を読んで聞かされたり、保険内容の説明を受けたりすることなく、また、身体状態等を事情聴取されることもなく、単に「読んで記入してください」と言われて本件契約申込書等を渡されただけであった。

また、契約者は左目がほとんど見えないなど、本件保険契約に際して申告すべき事項を十分に理解できなかったものであって、業者において、適正な募集方法をとっていなかったものであるから、契約者につき告知義務違反を問うことはできない。として、保険金の全額支払いを求めて本申し立てに及んだ。

(業者の回答)

①本件保険契約の申込時、生命保険募集人は、本件契約申込書等を手渡すに際し、商品概要、商品説明をした。掛け捨ての保険であること、毎年の更新毎に保険料が増加することなどを説明した。

②告知義務違反について

医療調査の結果によると、契約者においては、平成29年5月ころまで、脳幹梗塞及び陳旧性下壁心筋梗塞等の傷病名で病院に定期的に通院し、投薬を受けていたことが確認されたものであり、これは、本件保険契約申込の2017年（平成29年）6月17日より「過去5年以内」に該当する。

また、「陳旧性下壁心筋梗塞」は、「心臓疾患」に該当し、脳幹梗塞は「脳疾患」に該当する。それゆえ、契約者においては、本件保険申込の際の健康状態告知書における「過去5年以内に……『脳疾患』又は『心臓疾患』で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか？」との質問に対し「はい」と回答して、これを告知すべき義務があった。

ところが、契約者は、かかる質問に対し「いいえ」と回答して、かかる告知義務を怠ったものであるから、業者は、本件保険約款（告知義務違反による解除）により、本件保険契約を解除するものであり、本件死亡保険金を支払う義務を負わない。

(結果)

裁定委員会は、本件保険申込時の契約者の申告内容につき下記理由により告知義務違反を問うべき事情（故意又は重過失）はなく、業者より申立人に対し、本件保険契約に基づく死亡保険金を支払うべきものと裁定した。

以下、理由。

- ①業者より提出された医師の回答書によると、契約者は、医師により、平成20年2月4日、「脳幹梗塞」と診断され、平成22年4月21日には「陳旧性下壁心筋梗塞」と診断されて治療を受けた。医師の回答書によると、診療期間は、「初診 平成20年2月4日」であり、終診「令和3年6月21日」とあるので、この間、通院を継続していたとみることができる。通院状況としては、1か月ないしは2か月に1回、通院して薬の処方を受けるという保存的治療であったとみられ、症状の経過につき「特段の変化なく経過していた」とある。
- ②上記契約者に診断された「脳幹梗塞」は「脳疾患」の一種であり、「陳旧性下壁心筋梗塞」は、「心臓疾患」の一種である。そして、本件保険契約の申し込みにあたって、「健康状態告知書」には「過去5年以内に……『脳疾患』又は『心臓疾患』で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか？」との質問があるところ、契約者が本件保険契約を申し込んだ2017年（平成29年）6月17日より「過去5年以内」とは、2012年（平成24年）6月17日以降となる。とすると、上記1のとおり、契約者においては、平成24年6月17日以降も「脳幹梗塞」と「陳旧性下壁心筋梗塞」について通院を続け、薬の処方を受けるなどの診療を受けていたものであるから、上記「健康状態告知書」の「過去5年以内に……『脳疾患』又は『心臓疾患』で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか？」の質問に対しては、「はい」と答えて告知すべきであったこととなる（本件保険契約約款（告知義務））。にも拘わらず、「いいえ」と回答しており、事実と相違する申告をなしたこととなる。
- ③もっとも、業者が本件保険契約を解除するためには、本件保険約款（告知義務違反による解除）により、「保険契約者又は被保険者が、前条の規定により会社が告知を求めた事項について、故意又は重大な過失によって、事実を告げなかったか又は不実のことを告げた場合」である必要がある。

そこで、契約者につき、かかる「故意又は重大な過失」があったかが問題になる。

①「故意」について

契約者につき「故意」があったことを裏付ける証拠はない。

②「重大な過失」（僅かな注意を払えば容易に気づき得たのにそうしなかったこと）について

この点、契約者において、平成29年6月17日の本件保険申込時点において、自身の「脳幹梗塞」と陳旧性下壁心筋梗塞が、「健康状態告知書」記載の「脳疾患」又は「心臓疾患」なる概念に該当すると判断することが容易にできたのかについては、以下の理由から、強い疑問があると言わざるを得ない。

すなわち、

- ①契約者は、当時、79歳の高齢者であり、社会一般的にみて、理解力、判断力等にかかる意思能力が低下していた可能性が高く、かかる意思能力の程度を確認する必要性が高かったと考えられる。
- ②契約者は、医学的知識に乏しい一般人であったとみられる上、本件保険契約申込の時期（平成29年6月16日）は、契約者が医師より「脳幹梗塞」と診断され告知された平成20年2月4日から8年4か月以上が、また、「陳旧性下壁心筋梗塞」と診断され告知された平成22年4月21日からは7年以上という長期の年月が経過していた。
しかも、契約者の長期の通院期間中、契約者につき「脳幹梗塞」等による特段の症状悪化といった事態はなく、経過観察に終始していたとみられることからすると、本件保険契約申込時点において、契約者において、自身の病名を正確に覚えており、なおかつ、その内容・状態等を正確

に把握し理解していたかは直ちに断定しがたくこれを確認する必要性は高かったと考えられる。

- ③そして、以上の契約者の状況からする時、本件保険申込時点において、契約者が自身の病名、病気の内容・状態等を正確に把握しており、正常な意思能力に基づいて契約の申し込み行為をすることができるのかの確認は、業者においては、業者から委託を受け、なおかつ、契約者に直接、相対した生命保険募集人において、本件保険契約内容を説明する際の説明義務の一貫としてなすべきことであったと考えることが妥当である。

ところが、本件保険契約申込時、担当の生命保険募集人においては、契約者宅を訪問した際、契約者に対し、本件保険契約申込書、及び、健康状態告知書につき、これを「読んで記入してくださいね」と言って手渡しただけであったというのであり、その場でこれらを読んで聞かせるなどして内容を説明し、契約者の理解を確認することはなく、また、契約者の身体状態等を聴取することもなかったとされる（申立書）。

- ④この点、業者は、答弁書において、生命保険募集人は、保険契約の締結の媒介を行なうもので、保険契約締結の代理権や告知受領権はなく、健康に関する情報は取っても、加入の可否については一切答えられないとした上で、当時の契約者の健康告知の申告状況については、「脳疾患」「心臓疾患」のあるなしを問う設問を含め、回答が全て「いいえ」であったことから、生命保険募集人は「問題なし」と判断して、「特に何も聞かなかつた。」旨を答弁する。

しかしながら、上記（２）の契約者の状況からすると、本件保険内容を熟知している生命保険募集人においては、本件保険契約に関する説明義務の履行として、契約者に対し、各設問のひとつひとつを読んで聞かせながら当該設問の意味内容を十分に説明すべきであったものであり、なおかつ、契約者が、かかる説明を十分に理解したことを確認してから回答させるべき注意義務があったというべきであって、これをしなかつた生命保険募集人には説明義務の懈怠があったといわねばならない。

- ⑤以上よりするとき、契約者については、本件保険契約申込時、自身の病名、病気の内容・状態等を正確に把握し、かつ、「健康状態告知書」の質問内容を正確に理解して回答することができたのかについては疑問が残る上、これに関して、生命保険募集人には説明義務の懈怠があったとみるべきことからして、契約者において、「健康状態告知書」の「過去５年以内に……『脳疾患』又は『心臓疾患』で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか？」の質問に対して、事実と反して「いいえ」と回答したことにつき、「重大な過失」（本件保険約款第7条1項）があったとは認めがたい。

したがって、業者においては、本件保険契約の解除要件を欠き、本件保険金の支払い義務を免れることはできない。

【事例から学ぶこと】

高齢者自らが被保険者となり保険加入をする場合には、親族が同席し重要事項（告知事項、主な保障内容、主な責事項等）を双方で確認しながら事実を正確に記載して申し込む等トラブル未然防止に向けた対応を行うことが求められる。また、申込書の控はもちろん申込の日時・場所・方法、同席者氏名、申込動機等、書面で残し大切に保管しておく等も必要になる。

契約は1年ごとの継続であるが契約者は年々年老いていくことになり、契約時の状況を正確に認識し続けているとは限らない。

保険会社は、告知義務違反での契約の解除を主張する場合は告知義務違反があったこと（告知事項が適正に告知されておらず、そのことに申込者の故意・重過失があった事）を証明することが求められており、また保険金支払いを拒否するためには保険金請求事由と告知義務違反事由に因果関係が存在することを明らかにしなければならない。医学的調査に基づく担当医師の所見等詳細な被保険者に対する医療記録の収集などによる因果関係の証明が不可欠になる。

③医療費請求につき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、2021年(令和3年)12月9日(右眼)及び同月16日(左眼)の二度、両者人性初発 白内障(以下、「本件疾病」という。)を原因とする水晶体再建術の手術を受けた(以下、同二度の手術を個別に又は総称して「本件手術」という。)ため、2014年(平成26年)10月1日を責任開始日として加入した医療保険契約に基づく手術保険金の請求を行ったところ、業者は、本件疾病の診断日は2014年3月6日であり、(本件疾病の発病は)本件保険の責任開始日である2014年10月1日よりも前であるから、支払事由に該当しないとして、上記手術保険金の支払いを拒否した。

業者が本件疾病の診断日が2014年3月6日であると主張する根拠が不明である(根拠書類の提出を求めても相手方は拒否している)し、申立人が主治医に確認したところ、本件疾病の診断日は申立人に手術の必要を告知した2021年10月18日であるとのことであり、これは本件保険の責任期間内である。したがって、業者が上記のとおり主張し、本件保険に基づく手術保険金の支払を拒むことは不当であるとして、二度の本件手術に関する手術保険金の支払いを求めて、本申し立てに及んだ。

(業者の回答)

申立人の請求に対し、二度にわたり、医療機関への照会を実施し事実確認を行った結果、申立人が受けた本件手術の対象である本件疾病の診断日は、平成26(2014)年3月6日であり、本件保険の責任開始日以前であることが判明した。

したがって、申立人による手術保険金の請求は、本件保険上の給付要件を満たさないから、申立人の同保険金請求には理由がない。

(結果)

裁定委員会は、以下理由に記載の事情を総合的に判断し、本件申立事件については、業者が申立人に対し、申立人が支払いを求める保険金の1/4に相当する解決金を支払うべきことが実情に即した妥当な解決方法であるとして、和解案を提示した。

以下、理由

本件保険に関する「医療保険普通保険約款」(以下、「本件保険約款」という。)によれば、手術保険金は、「責任開始後に発病した疾病・・を直接の原因とした手術」を対象として支払われるものとされており、申立人が本件疾病を原因として2021年(令和3年)12月9日(右眼)及び同月16日(左眼)に本件手術を受けている点に争いはないものと思われるから、本件における争点は、専ら本件疾病が本件保険の責任開始日である2014年10月1日以後に発生したものであるか否かという点にあるものと考えられる。

①この点、業者は、答弁書において、「二度にわたって医療機関への照会を実施し事実確認を行った」結果、「白内障の診断日は平成26(2014)年3月6日であり、本保険契約の責任開始日以前である」と主張し、証拠として申立人の主治医に対する書面による照会状の回答を提出している。

そして、同照会状回答には、主治医の自署によるとと思われる「② 診断日：2014年3月6日」との記載が確認できる。

かかる事情からすれば、2014年3月6日の時点で、同主治医が、少なくとも申立人に白内障が疑われる所見が存在することを確認していたことを否定することはできないというべきである。

②しかしながら、他方、上記照会状回答書においては、「③ 本人に病名を告知した日：2018年3月12日」として、上記「② 診断日」の2014年3月6日から4年以上も経過してから申立人に同病名を告知したものとされている(そして、水晶体再建術の手術を受けたのは同告知日から更に3年9か月ほど後の2021年12月9日及び16日とされている。)ことからすれば、同診断日とされる2014年3月6日に確認された所見はまだ相当程度軽度なものであったと推認され、又、老人性

白内障が、加齢とともに一種の老化現象として大多数の人間に発現し徐々に進行するものであるという特殊性も合わせ考えると、同診断日とされる2014年3月6日の時点で、本件保険約款に規定される「疾病」の「発病」として認識・評価される状況に至っていたか否かについては疑問の余地がないとも言いきれない。

③そして、業者においては、申立人から医療照会に関する同意書を得ていたのであるから、主治医に対し、単に質問状形式の照会状による回答を求めるとどまらず、医療記録を取り寄せ、より客観的に申立人の診察状況を確認することが可能であったと思われ、又、そうすることでより正確且つ客観的に申立人の白内障の発症・進行状況を把握できた可能性も否定できず、この点において、相手方の調査については必ずしも十分なものであったと評価できない。

④生命死亡保険金請求を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、被保険者である夫が死去したため、生命保険契約に基づき死亡保険金の支払を請求したところ、業者は本件保険契約の締結に際して契約者である申立人に告知義務違反（被保険者が1997年1月に急性心筋梗塞を発症し、その後2022年1月まで外来治療を継続していたことの不告知）が存するとして、本件保険契約を解除し、死亡保険金の支払いを拒絶した。

しかし、申立人は2021年1月14日に本件保険契約を申込むに当たって、自宅に来訪した業者の募集人らに対し、24年前の被保険者の病気のことや、薬を飲んでいること、定期的に通院していることなどを伝えたところ、「5年間発病歴がなければ入会できます」との説明を受けた。また、募集人とは5年以上、互助会員として付き合いしており、被保険者の病気や投薬のこと話していた。

よって、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求めて本裁定に及んだ。

(業者の回答)

①告知義務違反

死亡診断書には、Ⅰ（ア）直接死因について「急性心臓死」（約2時間）、さらにⅡ 直接には死因に該当しないがⅠ欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等として「陳旧性心筋梗塞」（約18年）と記載があった。また、総合医療センターへの照会回答書には「①初診年月日1997年1月10日、病名「急性心筋梗塞」②1997年1月10日急性心筋梗塞にて緊急に入院。（中略）以後当科外来にて内服加療開始。2010年12月3日高血圧の診断で内服追加。2012年11月9日より糖尿病の診断で内服追加。以後約3ヶ月毎に当科外来通院中であつたが、日常生活上心症状は無かつた模様。」と記載があった。

しかし、本件保険契約の告知書（2021年1月14日に被保険者が記入）には、高血圧、糖尿病も含め、心筋梗塞にて約3ヶ月毎の外来通院中の告知はなく、告知義務違反がある。

2021年1月14日の申込時に、申立人が業者の保険募集人らに対して被保険者の病気や投薬等の事実を伝えたとの申立人の主張の事実を否認する。募集人は、申立人に対し、告知書の欄の説明、告知に漏れがあると死亡保険金が支払われない事を説明し、「通院、投薬等の事実があれば全ての記入をお願いします。」と伝えた。募集人は被保険者の病歴についても確認したが、申立人は「以前（何十年も前）病気はしたが、それは完治したので、通院も投薬も受けていない。」と述べた。募集人は、定期健診も受けていないのですかと確認したが、申立人は「完治したから受けていない」と断言した。

よって、業者の募集人に保険募集上の問題は存在しない。

②本件保険契約の解除

業者の募集人は申立人に対して告知の重要性について十分な説明をしており、申立人はそのことを十分に理解したうえで「告知該当なし」として申込書を提出した。よって、本件保険契約約款に基づき、本件保険契約を解除した。従って、保険金の支払義務はない。

(結果)

裁定委員会は両当事者から提供された被保険者にかかわる医療情報及び募集時における状況陳述をもとに、医療専門家としての協会顧問医の意見をも踏まえて、以下のように、保険契約の解除の原因（急性心筋梗塞とその後の外来通院歴の不告知）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、として保険金支払いの和解案を提示した。

1. 告知義務違反について

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がその事実を知ったならば契約に應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）。

その上で、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、1997年1月に急性心筋梗塞を発症し、その後2022年1月まで外来治療を継続していた事実の不告知は、告知書に記載の特定の傷病（心筋梗塞）による治療、投薬歴として告知事項の不告知に該当し得る。

また、業者は当裁定委員会からの照会に対し、告知義務違反としての判断は行っていないと回答するが、「2010年12月3日高血圧の診断で内服追加。2012年11月9日より糖尿病の診断で内服追加」との点についても、告知書に記載の特定の傷病（高血圧及び糖尿病）による治療、投薬歴に該当し得る。

②「①」のとおり、総合医療センターでの心筋梗塞の治療、投薬歴及び、高血圧と糖尿病による治療、投薬歴は「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。

前記のとおり、申立人は2021年1月14日、本件保険契約の申込みに当たって、自宅に来訪した業者の担当者らに対し、24年前の被保険者の病気のことや、薬を飲んでいること、定期的に通院していることなどを伝えたと述べていることから、同日の時点で被保険者の心筋梗塞等の治療、投薬歴について認識があったといえる。

申立人は、心筋梗塞等の治療、投薬歴を告知しなかった理由について、募集人から「5年間発病歴がなければ入会できます」との説明を受け、投薬について告知が必要との説明を受けなかったために告知しなかった旨を述べる。

これに対し、業者は、募集人は「通院、投薬等の事実があれば全ての記入をお願いします。」と説明し、病歴についても確認したが、申立人は「以前（何十年も前）病気はしたが、それは完治したので、通院も投薬も受けていない。」と述べた。定期健診も受けていないのですかと確認したが、「完治したから受けていない」と断言したと主張し、申立人と業者の説明は異なっている。

そのため、当裁定委員会として、両当事者の主張のいずれが事実かを判断することはできないが、被保険者が急性心筋梗塞で緊急入院した時期は1997年1月であり、告知日から24年も前であること、高血圧及び糖尿病の診断もそれぞれ2010年12月と2012年11月であり告知日からそれぞれ約10年と約8年前のことであること、外来通院の間隔は3ヶ月毎であり年四回程度とそれほど頻繁というわけではなく、主治医の意見も「日常生活上心症状は無かった模様。」とのことであり、申立人や被保険者において重篤な疾患に対する通院との認識がなかった可能性が高い。また、告知書の記載は「被保険者ご本人の過去5年の健康状態についてお答えください。」として告知日以前5年間の診察、治療、投薬歴を質問するものであるため、申立人が告知書の記載を誤解し、通院や投薬を受けていても5年間何もなければ告知の必要が無いと考えていた可能性も否定できない。

以上からすると、不告知について申立人に故意や重過失があったと断定することはできない。

- ③解除の可否 申立人の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の効力については、仮に解除を一応有効と考えるとしても、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、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ため、次にこの点を検討する。

2. 解除原因と死亡との因果関係

中央病院の発行に係る被保険者の死亡診断書には、死亡の原因としてⅠ（ア）直接死因「急性心臓死」、Ⅱ直接には死因に関係しないがⅠ欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名「陳旧性心筋梗塞」との記載がある。

申立人の心筋梗塞と急性心臓死との因果関係について、業者は当裁定委員会の照会に対し、同一部位に関わる疾患であること、1997年1月の急性心筋梗塞発症以後、死亡の直前まで定期的に通院していたことから因果関係ありと判断したこと、急性心筋梗塞と死亡診断書に記載のある陳旧性心筋梗塞は同一の傷病と考えていることなどを回答した。また、業者は高血圧と糖尿病を原因に告知義務違反の判断はしていないが、これらの傷病により心疾患の危険性が高くなっていると判断できる旨についても回答した。

しかし、死亡診断書及び総合医療センターに対する照会回答書に1997年1月の急性心筋梗塞及びその後の外来治療と、急性心臓死との因果関係を認める旨の説明はなく、その他、業者の回答を裏付ける医事照会の結果等の資料は提出されていない。

この点、当裁定委員会の顧問医からは、死亡診断書の「急性心臓死」は、死亡に至る原因が特段特定されず経過により心臓死と判断したものであると思われること、心筋梗塞後の経過（陳旧性心筋梗塞）も不明であり、急性心筋梗塞後の心臓のポンプとしての機能がどの程度であったか、心臓病に対してのリスク因子である高血圧や糖尿病の投薬内容が実際にどのようなものであったかなどの情報も不明であり、（業者から提出された資料限り）因果関係を判断することは不可能である、との見解を得た。その上で、死亡診断書記載の医師に対し、外来搬送時の状況を含め（死因として疑われる）ヒートショックなどの可能性を尋ねるとともに、遺族に事故状況や発見時の状態などを確認することが必要と思われるとの意見であった。

また、陳旧性心筋梗塞と死因との因果関係についても、診断だけで、その後の経過で心臓本来の機能低下が著しかった（心不全の状態であった）とか不整脈を合併していたなどの情報もなく、死亡診断書に記載の陳旧性心筋梗塞が急性心臓死と関連するかどうか判断できないとの見解であった。

さらに、外来通院での治療、投薬のヒストリーと死因との関連性については、「高血圧、糖尿病の投薬加療があったようであるが、具体的な投薬内容は現状の資料からは全く不明である。投薬内容が明確にならなければ、ただ漠然としたリスク因子があるだけで、そのリスク因子が死因に深く関与するものか否かは判断できない。また死亡診断書記載のルールから判断すると、陳旧性心筋梗塞は、直接には死因に関係していないが、Ⅰ欄の傷病等の経過に影響を及ぼした傷病名と言うことで記載されたものである。その意味で高血圧や糖尿病も経過に影響を及ぼした可能性は否定しえないが、主治医はそれらを記載していないため、死因には直接影響を及ぼしていないと考えられるし、経過にも影響していないと判断されるような良好なコントロールにあったものと考えられる。」との見解であった。

その他、業者は高血圧と糖尿病により心疾患の危険性が高くなっていると判断できる旨を回答しているが、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ところ、「主治医によれば高血圧も糖尿病（体重からは肥満があるが、HBA1cからは良好なコントロールにあったと思われる）はコントロール良好と思われ、高血圧、糖尿病が急性心臓死を急激に引き起こすことは考えにくいと、発症に直接関係したとは言い難い。」との見解であった。

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

関係を肯認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）。

よって、当裁定委員会としては、保険契約の解除の原因（急性心筋梗塞とその後の外来通院歴の不告知）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。

なお、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、高度な法的判断又は医学的判断を要するものについては、支払管理部門の担当者のみで判断せずに、法務部門・医師等の意見を聞く態勢となっているか。さらに、必要に応じて外部の専門家の見解を求める態勢となっていること、等が求められているところ、業者より提出された答弁書とその添付資料等からは、本件における保険金の支払可否の判断にあたって、業者が医師等の外部の専門家の見解等も踏まえて十分な調査、確認を尽くしたとは言えないと考える。

⑤生命保険金請求において責任開始時期を争った事例

（終了事由）

裁定和解

（申立内容）

申立人の母親は2022年1月23日にホームページから生命保険を申し込んだ。その後、申込における保険料引き去り口座の確認などの事務手続きに時間を要したが、「2022年2月7日付ご案内」という文書で保険会社より「お申込みいただいた保険契約についてはお引き受けさせていただくことになりましたので通知いたします。なお、保障内容については、2月下旬に弊社より発送いたします保険証券に記載いたしますので、ご確認をお願いいたします。」という趣旨の通知が届いた。そのすぐ後の2022年2月10日に保険契約者であり被保険者でもある母親が亡くなったため申立人が死亡保険金の請求をしようとしたところ、被保険者の死亡は本件保険契約に係る責任開始日以前の出来事であり、保険契約は不成立であるとして保険金請求を拒否された。申立人は、本件保険契約は、「2月7日付ご案内」により承諾がなされ、保険会社の責任は開始されたものである、として本裁定に及んだ。

（業者の回答）

業者より亡き被保険者に対し「2月7日付ご案内」を送付したことは事実であるが、本件保険契約約款に記載されているとおり「会社が保険契約のお申込みを承諾した場合は、保険証券を発行することにより承諾の通知に代えます。」などとあることからして、保険証券を発行する前に保険会社が責任を負うことはない。それゆえ、上記「2月7日付ご案内」に「お引き受けさせていただくことになりました」とあるのは、これにより本件保険契約を承諾した趣旨ではなく、続けて「保障内容については、2022年下旬に弊社より発送いたします保険証券に記載します・・・」とあり、この時点では、本件保険契約は、亡き被保険者が送付した書類について、業者にて審査の上、保険証券発行に向けた準備手続に移行する旨を通知したにとどまる。

また、業者作成の2022年2月17日付け「預貯金口座振替依頼書のご提出について」と題する文書において、当時、被保険者が提出した「預貯金口座振替依頼書」につき「印鑑不鮮明・フリガナ不鮮明」を理由に再提出を求めており、被保険者の申し込みに瑕疵があった。

（結果）

裁定委員会は、当事者から提出された当事者間で争いのない事実、及び本件保険契約約款の規定に基づき、下記理由により、亡き被保険者の申し込みに対し、業者は2022年2月7日までには承諾し、以後、責任が開始されていたと認める。よって、業者は申立人の保険金請求を受け付けて、約款に沿ったしるべき手続を進めるよう裁定した。

以下、理由

1. 被保険者は、業者に対し、2022年1月23日、本件保険を申し込んだ。ただ、その時点では、被保険者に関する口座情報の登録はなかったが、業者からの指摘に応じて2022年2月3日までは口座情報にかかる書類（預貯金口座振替依頼書）を提出して、申込に必要な書類は追完されたと認められる。
2. かかる申込に対し、業者は「2月7日付けご案内」を送付した。ここに、「お引き受けさせていただく」とあるのは、その文理からして、前項の本件保険契約の申し込みに対する承諾と認めることが相当である。したがって、業者は、かかる「2月7日付けご案内」を発送した時点で、本件保険契約にかかる申込を承諾したものであり、翌2月8日から業者の責任は開始されたと認めるのが相当である。
3. これに対し、業者は、本件保険約款を引用するなどして、保険証券を発行する前に保険会社が保険契約上の責任を負うことはない旨、主張する。
 - ①しかしながら、業者が被保険者に「2月7日付けご案内」を発送した時点において、真実、本件保険契約を承諾するか否かが未確定であったというのであれば、「2月7日付けご案内」に「お引き受けさせていただく」とは記載すべきではなかったものであって、例えば、「弊社が承諾するか否かはこれから検討するが、承諾する場合には、後日、保険証券を発行することにより承諾の通知に代えます」旨、本件保険契約約款に則った記載をすべきであったものである。
 - ②そもそも、本件保険契約約款には、「会社が保険契約のお申し込みを承諾した場合は、保険証券を発行することにより承諾の通知に代えます。」と記載されている。「保険証券の発行」は、これに先行してなされた「承諾」を事後的に通知するものと読むことが素直な文理解釈である。
 - ③かかる「承諾」と「保険証券の発行」の先後関係については、業者作成の、利用者向け「ご契約の流れ」にも記載されていて、やはり業者において、まずは保険契約を承諾し、その翌日午前零時より保障は開始され、その後に保険証券等は郵送される旨が説明されていると解される。
 - ④以上の本件保険契約約款の体裁からしても、業者主張にかかる「保険証券を発行する前に保険会社が保険契約上の責任を負うことはない」とすることはできないと言わねばならない。なお、本件保険契約約款には「保険契約は、会社が前項の通知を発した時に成立するものとします。」とあるが、かかる規程は、保険契約の成立日を定めるにとどまり、保険責任の開始日を規定するものではないと解する。
4. また、業者は、当時、被保険者が提出した「預貯金口座振替依頼書」については「印鑑不鮮明・フリガナ不鮮明」であって再提出が必要であった旨、指摘する。しかしながら、被保険者は、2022年2月7日より前に当該「預貯金口座振替依頼書」を業者にたいして提出したものであって、その際、当該「預貯金口座振替依頼書」に必要事項は記入されていたとみられることからして、この時点で、被保険者の本件保険契約申し込みの意思表示は明確になされて、申込の要件は具備したというべきである。その後、金融機関から、「預貯金口座振替依頼書」につき「印鑑不鮮明・フリガナ不鮮明」と指摘されたからといっても、それは、記載上の瑕疵にとどまり、被保険者の本件保険契約申し込みの意思表示自体を無効にするものとは認め難い。

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」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も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事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、保険金支払い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。

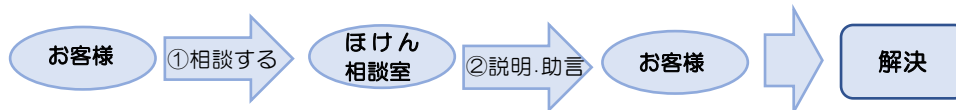
7. ADR機関（指定紛争解決機関）について

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。

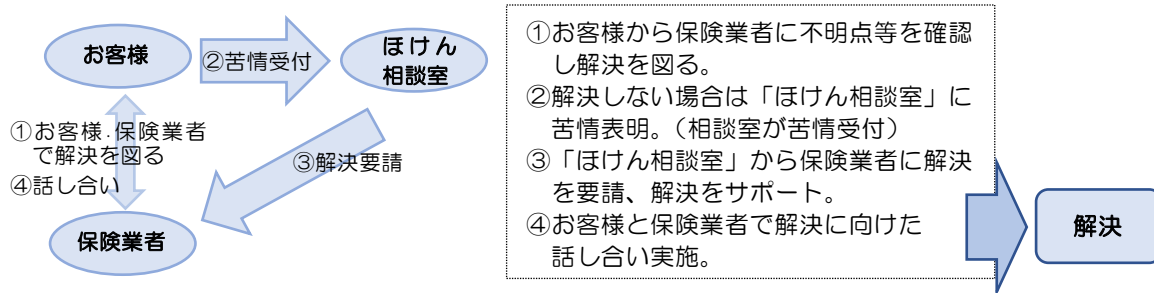
お客様と保険業者双方の意思に基づき和解をはかるものであり、双方に互助の精神に基づき手続きに参加していただく必要があります。

「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

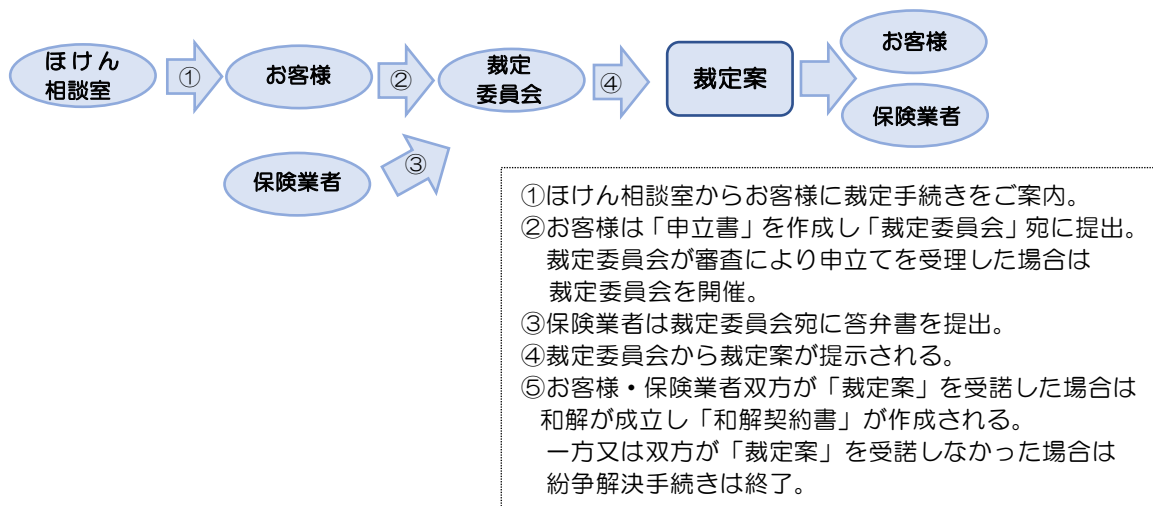


<苦情解決手続>の主な流れ



<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