

| | | |
|-------|-----------|-----|
| 会社使用欄 | 部課名・コード* | () |
| | 代理店名・コード* | () |

平成 年 月 日

社団法人日本食品衛生協会（共済部） 経由

| |
|------------------------------|
| FAX:03-3403-2734 |
| TEL:03-3403-2115 |
| 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 2-6-1 6F |

三井住友海上火災保険株式会社（広域法人部営業第一課） 御中

生産物品質保険（食協用） 見積依頼書

| | |
|--|----------------------|
| ご住所 貴社名 電話番号 FAX 番号 | 〒 |
| ご担当者名 | |
| 賠償共済加入者 NO. | |
| 賠償共済 「休業補償特約」加入の有無 | (どちらかに○印ください) 有 無 |

「生産物品質保険申告書（食協用）」および「会社案内」を添えて見積もり依頼を行います。

| ご希望コースに ○印ください | () A コース | () B コース |
|-------------------------|--------------|--------------|
| 保険期間中総支払限度額 (期間中限度額) | 1,000 万円 | 2,000 万円 |
| 自己負担額 (免責金額) | 10 万円 | 20 万円 |
| 自己負担額 (縮小支払割合) | 90% | |
| 約定補償期間 | 12 か月 | |
| 支払限度期間 | 12 か月 | |
| 認定期間 | 168 時間 | |

< ご注意 >

- 保険契約成立の場合、別添「生産物品質保険告知事項申告書（食協用）」は告知書として、「生産物品質保険（食協会員用）加入申込票兼委任状」（お見積と併せてお渡しします）とともに、保険証券（保険契約者となる（社）日本食品衛生協会が保管）に添付されます。
- 告知書の内容が事実と相違した場合は、保険金をお支払いできない場合がありますので、すべての項目について正確にご記入願います。
- 別添「生産物品質保険告知事項申告書（食協用）」に必ずご記名・ご捺印をお願いします。

生産物品質保険告知事項申告書(食協用)

三井住友海上火災保険株式会社 宛

- <ご注意> ○ 保険契約が成立した場合、本申告書は、告知書として保険証券に添付されます。
 ○ 申告書には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。
 ○ ★印の項目は大切な項目です。訂正する場合は保険契約者または被保険者の訂正印をお願いします。
 ○ ご契約の際には、本申告書に必ず保険契約者の署名・捺印をお願いします。
 ○ 保険の対象とする生産物には、飼料および肥料は含みません。

1. 会社名

| |
|--|
| |
|--|

2. 本店所在地・従業員数

| | | | | |
|---|---|--|------|---|
| 〒 | - | | 従業員数 | 名 |
|---|---|--|------|---|

3. 事業内容

| | | | | | | | | | | |
|----|-------|---|------|---|-----|---|-------|---|-----|---|
| 業態 | 小売業 | % | 卸売業 | % | 製造業 | % | 原料供給者 | % | その他 | % |
| 業種 | 食品製造 | % | 飲料製造 | % | 製菓業 | % | たばこ製造 | % | | |
| | 化粧品製造 | % | その他 | % | | | | | | |

★※ 4. 直近2か年の各会計年度の国内総売上高および営業利益 (単位:百万円)

| 会計年度 | 国内総売上高 | 経常費 | 国内売上に対する営業利益 |
|------|--------|-----|--------------|
| 年 月期 | | | |
| 年 月期 | | | |

★※ 5. 保険の対象製品 (単位:百万円)

| 商品名 | 商品内容 | 直近2か年の各会計年度の国内総売上高 | |
|-----|------|--------------------|-----|
| | | 年 月 | 年 月 |
| | | | |

★※ 6. 対象製品の製造地域および販売地域の比率

| | 製造地域 | 販売地域 | | 製造地域 | 販売地域 |
|------|------|------|------------|------|------|
| 日本国内 | % | % | 欧州(イギリス以外) | % | % |
| アメリカ | % | % | 豪州 | % | % |
| イギリス | % | % | アジア(中国以外) | % | % |
| 中国 | % | % | その他 | % | % |

★※ 7. 対象製品の販売ルートの概要を記入してください。

| |
|--|
| |
|--|

★※ 8. 製造業者の場合、製品についてお答えください。

(1) 自社製品を他社のブランドで販売しているものはありますか。

| | | | |
|-----|---|----------------------|---|
| はい | ⇒ | (はいの場合:割合を記入してください。) | % |
| いいえ | | | |

(2) 他社製品を自社のラベルで販売しているものはありますか。

| | | | |
|-----|---|----------------------|---|
| はい | ⇒ | (はいの場合:割合を記入してください。) | % |
| いいえ | | | |

★※ 9. 製品には、製造時期が分かるようなロット番号が表示されていますか。

| | | | | | | |
|-----|---|-------|--------|---|--------|---|
| はい | ⇒ | はいの場合 | 時間毎 | % | シフト毎 | % |
| いいえ | | その割合 | 日毎~6か月 | % | その他() | % |

★※ 10. すべての出荷記録が保存されていますか。

| | | | |
|-----|---|-----------------------------|---|
| はい | ⇒ | (はいの場合:出荷記録の保存期間を記入してください。) | 年 |
| いいえ | | | |

★※ 11. 出荷時には検査をしていますか。

| | | |
|-----|---|------------------------|
| はい | ⇒ | (はいの場合:検査方法を記入してください。) |
| いいえ | | |

★※ 12. 消費者の製品クレームを取扱う専門の社内組織はありますか。

| | | |
|-----|---|-----------------------|
| はい | ⇒ | (いいえの場合:理由を記入してください。) |
| いいえ | | |

はいの場合は、そのクレーム記録は保存されていますか。

| | | |
|-----|---|--|
| はい | ⇒ | はいの場合:引受のため保険会社がクレーム記録を評価させていただくことは可能ですか。 |
| いいえ | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

★※ 13. 対象製品が他の製品の部材・原材料となっていますか。

| | | | |
|--------------------------|-----|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：詳細を記入してください。例：〇〇が■の原材料になっている。) |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

★※ 14. ISO9000 シリーズ、HACCP など品質管理の認証を取得していますか。

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | 取得している場合はその内容（いずれかにチェックしてください。※複数選択可） |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | <input type="checkbox"/> ISO9000 <input type="checkbox"/> ISO22000 <input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> SQF |

★※15. 下記の制度を文書で定めていますか。定めている場合は、これらの文書を保管している役職名を列記していただくと共に、写を添付願います。

(1) 事故対策規定

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：保管役職名を記入してください。※複数名記入可) |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

(2) リコール計画

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：保管役職名を記入してください。※複数名記入可) |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

(3) 事故時の広報計画

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：保管役職名を記入してください。※複数名記入可) |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

(4) 品質管理ガイドライン

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：保管役職名を記入してください。※複数名記入可) |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

★※ 16. 過去 10 年間にリコールを行ったことがありますか。

| | | | |
|--------------------------|-----|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | はい | ⇒ | (はいの場合：その件数を記入してください。) _____ 件 |
| <input type="checkbox"/> | いいえ | | |

はいの場合は、その詳細を次の情報を含み別紙に記入のうえ添付ください。

■ 製品名 ■ 回収の理由 ■ 回収に取り掛かった日 ■ 回収にかかった費用 ■ 回収方法
■ 回収にかかった費用以外の損失概算額（利益の喪失を含む）

★※ 17. 製造物責任のクレームを受けたことがありますか。

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | はい |
| <input type="checkbox"/> | いいえ |

はいの場合は、その詳細を次の情報を含み別紙に記入のうえ添付ください。

■ 製品名 ■ クレームの内容 ■ 同じ製品によるクレームの件数

★※ 18. 本保険で補償される事故が発生するのにつながる状況、事実、事情で、現在実際に把握しているものがありますか。

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | はい |
| <input type="checkbox"/> | いいえ |

はいの場合は、その詳細を下記に記入してください。

* 記載した事故およびその事故と原因を同一とする事故については保険の対象となりません。

上記のとおり相違ありません。

記入日 年 月 日

会社名 _____

役職名 _____

氏 名 _____ (印)

添付資料：次の資料を本申告書に添付いただくようお願い致します。

- ① 貴社の会社案内および直近の会計年度の有価証券報告書（写）
- ② 保険対象製品の製品カタログ
- ③ 事故対策規定や品質管理ガイドライン等（写）

本保険契約に関する個人情報について、当社が保険引受の審査および履行のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店を含む）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払に関する関係先、(社)日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等に提供することがあります。詳細については、三井住友海上ホームページ (<http://www.ms-ins.com>) をご覧ください。