

会社使用欄	部課名・コード	()
	代理店名・コード	()

平成 年 月 日

公益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（役職）	
賠償共済加入者 NO. ※あんしんフード君ご加入の場合は () 内に○印ください	()
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。

見積り依頼内容	プラン	コース
見積り (プランから一つお選び頂き、 ○印してください)	<input type="checkbox"/> エコミープラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> ワイドプラン	<input type="checkbox"/> Aコース (支払限度額 500 万円) <input type="checkbox"/> Bコース (支払限度額 1,000 万円) <input type="checkbox"/> Cコース (支払限度額 2,000 万円)

※自己負担額（免責金額、縮小支払割合）、約定補償期間、支払限度期間、認定期間については、A,B,Cコース共通です。詳細はパンフレットでご確認ください。

<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（日本食品衛生協会会員用）」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ます）とともに、保険証券（保険契約者となる（公社）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（日本食品衛生協会会員用）」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(日本食品衛生協会会員用)

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、ご回答内容が事実と相違する場合は、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(または訂正署名)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記名・捺印(または署名)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まれません。

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 %

★※ 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(消費税込) (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(消費税込)	
		年 月	年 月

★※ 6. 対象生産物の製造地について、いずれかを選択し、○印をつけてください。

日本国内のみ (日本国外を含む場合: 製造地の国名を記入してください。)

日本国外を含む ⇒ _____

★※ 7. 対象製品の販売ルート概要を記入してください。

★※ 8. 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。

<input type="checkbox"/> はい ⇒	はいの場合	時間毎	%	シフト毎	%
<input type="checkbox"/> いいえ	その割合	日毎~6か月	%	その他()	%

★※ 9. 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

★※ 10. 原料検査・出荷検査をしていますか。いずれかに○印をつけてください。

両方実施している

いずれかを実施している

実施していない

★※ 11. 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 いいえ

いいえ

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

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)

いいえ ISO9000 ISO22000 HACCP SQF () その他

★※ 13. 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

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)

いいえ

(2) リコール計画

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)

いいえ

<平成26年2月1日以降保険始期契約用>

(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		

★※ 14. 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）

★※ 15. 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


★※ 16. この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。

この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従い、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(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 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。

代理店 (会社) 確認欄	<input type="checkbox"/> 別紙添付のお客さま内部の資料に記載の「確定数値」と告知書記載の「確定数値」が一致していることを確認した。	確認者印 
	<input type="checkbox"/> 次の理由から、お客さま内部の資料は添付していないが、資料の閲覧等によりお客さま内部の資料に記載の「確定数値」と告知書記載の「確定数値」が一致していることを確認した。(確認した資料(任意): _____)	
	<input type="checkbox"/> 個人情報を含む資料のため、お客さまの社内規定等により外部に提出することができない。	
	<input type="checkbox"/> 保険料算出の基礎数値が記載された資料を、お客さまの社内規定等により外部に提出することができない。	
	<input type="checkbox"/> 資料が膨大であり物理的に提出が不可能である。	
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に記入: _____)	

告知書 証券(変更確認書) 添付要

★※ 17. この保険の保険始期日において有効な総合食品賠償共済(あんしんフード君)(初期対応費用補償)に加入されていますか。


<input type="checkbox"/>	はい	⇒	(はいの場合：総合食品賠償共済(あんしんフード君)の加入者番号を記入ください。)
<input type="checkbox"/>	いいえ		加入者番号: _____

はいの場合は、総合食品賠償共済(あんしんフード君)の加入者証(写)を契約時に添付ください。

上記のとおり相違ありません。

記入日 年 月 日

保険契約者または被保険者



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 保険対象製品の製品カタログ
- ② 事故対策規定や品質管理ガイドライン等(写)

会社 確認欄	部店・課支社	担当者印 
	代理店・仲立人	