



下記の 1 ~ 11 全ての各項目にご記入いただき、そのままFAX願います。必要に応じて裏面もFAX願います。

本書は、リコール保険(生産物回収費用保険)普通保険約款第11条(告知義務)に規定する「保険契約申込書その他の書類」の一部に該当しますので、各項目のご記入は正確をお願いいたします。★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、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。ご加入後に☆が付された事項に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかにご加入の代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります(新規事業等で売上高の見込額を使用する場合は、「左記の年間売上高」欄については本規定を適用しません)。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

●ご加入を希望する条件 各項目希望する条件に○をして下さい。

- (1)支払限度額(1回あたり、保険期間中につき)
(1) 1,000万円(SSタイプ) (2) 2,000万円(Sタイプ)
(3) 3,000万円(Aタイプ) (4) 5,000万円(Bタイプ)
(5) 1億円(Cタイプ) (6) その他()円 ※更新契約に限る
(2)免責金額 (1) 0万円 (2) 10万円
(3)利益担保特約付帯の有無 (1) 有 (2) 無
(4)上記(3)につき有の場合(無の場合は(5)へ)
約定支払期間 (1) 1ヶ月間 (2) 3ヶ月間 (3) 6ヶ月間 (4) 1年間
(5)金券購入費用補償特約付帯の有無 (1) 有 (2) 無
(6)求償権不行使特約付帯の有無
(1) 有 ▶ 対象者数: ①製造業者()社 ②販売業者()社 (2) 無

1 対象生産物と売上高 ☆対象とする生産物 ☆左記の年間売上高 千円

対象とする生産物と保険料算出のための基礎数字を右記のとおり申告します。

【申告数字の対象期間】上記申告数字は右記の「会計年度」の実績数字です。
(※)新規事業等で売上高の見込額を使用する場合は、その期間(1年間)をご記入ください。
年 月 日 ~ 年 月 日

お願い ①この申告書とともに、年間売上高が確認可能な客観的資料・公表資料を添付いただきますようお願いいたします(新規事業等の場合は、年間売上高の見込額をご申告ください)。
②保険料算出のための基礎数字は正しくご申告願います。もし申告数字が誤っていた場合には、後日、保険料の追加請求や返還が必要となる場合や保険金がお支払されないまたは削減される場合があります。
③申告数字が100,000千円のような「丸い数字」の場合には、最近の会計年度等における正確な実績数字を、再度ご確認ください(千円未満を四捨五入し、千円単位で申告してください)。

【左記の年間売上高】の業種・生産物ごとの内訳を下欄に記載してください。(記載しきれない場合は、別紙にご記載のうえ、添付をお願いいたします。)

Table with 6 columns: 業種, 生産物, 年間売上高, 業種, 生産物, 年間売上高. Rows include 食品製造(含む輸入販売), 食品販売.

★ 2 過去10年間の事故歴(リコール)
(1)本保険の対象となる生産物に起因して、過去10年以内に、回収等が実施されたことがありますか。
(2)ご契約者または被保険者は、本保険の対象となる生産物(それを使用する財物を含みます。)に、回収等の原因となる事故またはそのおそれが生じていることを知っていますか。

3 売上高に占める割合
売上高に占める割合が高い方に○印をご記入ください。
食品 食品以外

4 品質管理体制
(1)売上高に占める割合が最も高い製品・商品について、次のいずれかの認証・プログラムを取得・導入していますか?
(2)衛生検査または消費期限・賞味期限その他の品質保持期限の印字間違い・脱漏チェックの実施手順を具体的に定めたマニュアルを作成しており、かつ実施履歴が残されていますか?

5 リコール対応体制
リコール時の対応体制を定めた手順書がありますか?
東京海上日動リスクコンサルティングのリコール対応体制診断など個別のリスクコンサルティングを受けたことがありますか?

売上高に占める割合が最も高い製品・商品について該当するものに○印をご記入ください。

6 トレーサビリティ(出荷管理)
製品出荷の単位 (出荷日単位) (生産ロット単位) (その他) ()

7 製品の製造地
(日本国内のみ) (日本国外を含む) (製造国名:)

8 保存期間
保存期間とは、消費期限、賞味期限、使用期限
その他の品質保持期限をいいます。
(4週間未満) (2ヶ月未満) (4ヶ月未満) (6ヶ月未満) (6ヶ月以上) (設定しない)

9 追加申告事項
(1)過去3年以内における食品衛生監視票の取得有無
(2)上記①における最新の食品衛生監視票の点数
(2)保険契約の対象とする食品のパッケージ (むき出し) (ガラス) (真空パック) (その他)

10 労務管理品質適合割引の有無
Tプロテクトンまたは超Tプロテクトン、および各々の団体契約のいずれかに加入されていますか

11 加入資格の確認
法人会員である業種別団体の構成員 (団体名)
地方会員である地方食品産業協議会の構成員 (都道府県名)
法人会員である企業

上記の申告事項は事実と相違ありません。

貴社名(被保険者):
貴社住所:
役職名:

電話: ()
FAX: ()
ご氏名:



リコール保険(生産物回収費用保険) 事故概要申告書

会社名(被保険者名)

- (1) 本保険の対象となる生産物に起因して、過去10年以内に回収が実施された件数をご記入ください。
(保険金請求をしなかった場合や第三者による回収が行われた場合を含み、PL(生産物)事故は件数に含みません。)

件

(*発生した件単位で記載願います。)

1. 事故の詳細な内容(①いつ②どこで③どのような状況で④事故の原因は何ですか)

2. 賠償金として支払った額または回収に要した費用(内訳も把握可能な範囲でご記入ください。)(リコール事故)

3. 再発防止策

- (2) 本保険の対象となる生産物(それを使用する財物を含みます。)に生じている回収等の原因となる事故またはそのおそれの内容をご記入ください。

事故またはそのおそれの詳細な内容

(代理店・会社使用欄)

保険料算出基礎数字の確認を行うための客観的資料・公表資料の取付けができない場合、その理由(該当するものに)

守秘性が高いため(保険料算出基礎数字が公表されておらず、客観的資料の開示も守秘性の観点から困難であるため)

その他(具体的に記載:)

(代理店 記名・押印欄)

▼必ず確認者の署名または記名・押印を行ってください。

確認者

代理店名

募集人氏名
(フルネーム)

印

お問合せ・お申し込み等ご連絡先

〈募集代理店〉

〈幹事代理店〉

一般財団法人食品産業センターPL共済業務センター
〒107-0052 東京都港区赤坂1丁目9番13号(三会堂ビル3F)
TEL 03-3224-2393 FAX 03-3224-2397
E-mail pl-gyomucenter@shokusan.or.jp