

VD & Styrelseansvarsförsäkring

Allmänna uppgifter

Företagets namn och organisationsnummer	
Verksamhet	Vilket år startade verksamheten?
Önskat försäkringsbelopp ☐ 1 MSEK ☐ 2 MSEK ☐ 5 MSEK ☐ 10 MSEK Annat: _____	

Uppgifter om aktieägare i företaget

Om detta framgår av bifogad årsredovisning behövs inte dessa frågor besvaras.

Antal aktieägare:	Totalt antal aktier:
Ange de aktieägare eller grupper aktieägare som har en röstandel överstigande 10 procent:	
Är företaget börsnoterat? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", sedan när?
Bedriver företaget verksamhet i USA och/eller Kanada? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange företagets totala tillgångar i USA/Kanada:
Finns idag kapital i pensionsstiftelser, om ja hur mycket?	
Har några köp eller fusioner skett? Finns det för närvarande några uppköps/fusionsplaner? Om ja förtydliga nedan:	
Ange det totala antalet VD/styrelsemedlemmar?	Har företaget visats förlust någon av de senaste 3 åren? ☐ Ja ☐ Nej
Har revisorerna godkänt de 2 senaste årens resultat- eller balansräkningar utan anmärkning? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Nej", lämna separat redogörelse nedan:
Ange företages budgeterade försäljning:	Ange företagets totala tillgångar innevarande år:
Ange företagets totala skulder innevarande år:	Bifoga ett exemplar av de senaste två årens redovisningar. Written Insurance skall automatiskt tillställas ett exemplar av senaste årsredovisning så länge som försäkringen är i kraft.
Har de någonsin riktats skadeståndsanspråk mot någon person som nu ingår i styrelsen eller VD i egenskap av styrelseledamot, suppleant eller VD i företaget? ☐ Ja ☐ Nej	
Har styrelseledamot, suppleant, VD eller försäkringsansvarig kännedom om handling, misstag eller underlåtenhet vilken kan ge anledning till skadeståndsanspråk under denna försäkring? ☐ Ja ☐ Nej	
Har företaget nekats ny försäkring eller förnyelse av befintlig försäkring:	

Underskrift

Undertecknad(e) som äger teckna företagets firma eller är försäkringsansvarig(a) intygar härmed på heder och samvete att ovanstående frågor besvarats sanningsenligt. Undertecknad är medveten om att falska uppgifter eller undanhållande av information kan leda till att försäkringsskyddet begränsas/helt faller bort.

Ort	Datum	Namn
-----	-------	------