

Frågeformulär

VD & Styrelseansvarsförsäkring

Allmänna uppgifter

Företagets namn och organisationsnummer:	
Verksamhet:	Sedan vilket år bedrivs verksamheten?
Önskat försäkringsbelopp: <input type="checkbox"/> 1 MSEK <input type="checkbox"/> 2 MSEK <input type="checkbox"/> 5 MSEK <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är ja sedan när?
Bedriver företaget verksamhet i USA och/eller Kanada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 visat förlust något av de senaste 3 åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har revisorerna godkänt de 2 senaste årens resultat- eller balansräkningar utan anmärkning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	(Om nej lämna separat redogörelse nedan):
Ange företagets budgeterade försäljning:	Ange företagets totala tillgångar innevarande år:
Ange företagets totala skulder innevarande år:	Bifoga ett exemplar av de senaste två årens redovisningar. Gjensidige 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har styrelseledamot, suppleant, VD eller försäkringsansvarig kännedom om handling, misstag eller underlåtenhet vilken kan ge anledning till skadeståndsanspråk under denna försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har företagets nekats ny försäkring eller förnyelse av befintlig försäkring: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Underskrift

Undertecknad(e) som äger teckna företagets firma eller är försäkringsansvarig(a) intygar härmed på heder och samvete att ovanstående frågor besvarats sanningsenligt.

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