

Frågeblankett VD & Styrelseansvarsförsäkring

1	Företagets namn	Försäkringsnr		
2	Org nr	Besöksadress		
3	Postnr	Ort		
4	Telefon	Kontaktnamn		
5	Verksamhet	Internet hemsida		
6	Önskat försäkringsbelopp	Alt 1	Alt 2	Alt 3
7	När startade företaget sin verksamhet?	Är företaget börsnoterat? Om svaret är ja sedan när då?		
8	Uppgifter om aktieägare i företaget <input type="checkbox"/> Framgår av årsredovisningen — om ej skall nedanstående frågor besvaras A Ange antalet aktieägare ca B Ange totala antalet aktier ca C Ange de aktieägare eller grupper av aktieägare som har en röstandel överstigande 10 procent			
9	Ange total antalet VD:ar och styrelsemedlemmar (inklusive suppleanter och personalrepresentanter) i moderbolag och dotterbolag < 40 ange antal: ≥ 40 <input type="checkbox"/>			
10	Har företaget visat förlust något av de 3 senaste åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
11	Beviljades ansvarsfrihet på senaste bolagsstämman? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
12	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)			
13	Ange företagets budgeterade försäljning			
14	Ange företagets totala tillgångar innevarande år			
15	Ange företagets totala skulder innevarande år			
16	Bifoga två exemplar av de senaste två årens årsredovisningar. Trygg-Hansa skall automatiskt tillställas två exemplar av senaste årsredovisning så länge denna försäkring är i kraft.			
17	Har det någonsin riktats skadeståndsanspråk mot någon person som nu ingår i styrelsen eller VD i vederbörande egenskap av styrelseledamot, suppleant eller VD i företaget? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</div>			
18	Har styrelseledamot, suppleant, VD eller försäkringsansvarig någon kunskap om handling, misstag eller underlåtenhet vilken kan ge anledning till skadeståndsanspråk under denna försäkring? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</div>			
19	Övriga upplysningar			

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
-----	-------	------