

## Ansökningsformulär StyrelseAkademiens VD- &amp; Styrelseansvarsförsäkring för företag

Formuläret ifylles och undertecknas av behörig firmatecknare. Vid flervalsoalternativ, vänligen markera korrekt alternativ.  
Kompletterad ansökan sänds till [styrelseakademien@soderbergpartners.se](mailto:styrelseakademien@soderbergpartners.se)

Företagets namn:	
Organisationsnummer:	
Utdelningsadress:	
Postnummer:	
Postort:	
Hemsida:	
Årsomsättning senaste året:	
Önskat försäkringsbelopp:	5 MSEK / 10 MSEK / 25 MSEK / Annat:.....

Är företaget noterat på någon börs? Om ja, vilken?	Ja / Nej	Börs:
Har skadeståndsanspråk framställts mot någon före detta eller nuvarande VD, styrelseledamot eller annan person som omfattas av försäkringen?	Ja / Nej	Om Ja, vänligen beskriv i bilaga till denna ansökan:
Är försäkringstagarens huvudsakliga affärsverksamhet bank, kreditgivning, leasing, finansiell förvaltning eller rådgivning, försäkring och/eller annan verksamhet som kräver finansiell tillsynsmyndighets eller motsvarandes tillstånd?	Ja / Nej	Huvudsaklig verksamhet:
Var finns försäkringstagarens verksamhetsställen?	Skandinavien / Norden Europa USA och Kanada Övriga världen	
Har försäkringstagaren lämnat reviderad årsredovisning de senaste två verksamhetsåren?	Ja / Nej	
Har försäkringstagaren enligt de senaste två årsboksluten redovisat en soliditet understigande 20% eller negativt resultat?	Ja / Nej	

**Fullmakt:** Genom undertecknande av denna ansökan befullmäktigas Söderberg & Partners Insurance Consulting AB, organisationsnummer: 556707-7648, ("Söderberg & Partners") att såsom vår försäkringsförmedlare inhämta offert avseende VD/Styrelseansvarsförsäkring och om sådan offert accepteras med ensamrätt därefter företräda oss i alla frågor rörande denna försäkring. Fullmakten gäller till dess den skriftligen återkallas eller ersätts med annan fullmakt.

**Försäkran:** Undertecknad som äger teckna företagets firma intygar efter förfrågan att inga händelser eller omständigheter föreligger som kan antas leda till att krav framställs under försäkringen, att ovanstående frågor har besvarats sanningsenligt och att inga fakta förvrängts eller undanhållits. Företaget förbinder sig att informera försäkringsgivaren om väsentlig förändring av ovanstående uppgifter före försäkringens ikraftträdande.

Datum:	
Firmatecknares underskrift:	
Namnförtydligande:	
Telefonnummer:	
e-post:	