

FULLMAKT

FULLMAKTSGIVARE

Namn/Firma	Personbeteckning/FO-nummer
------------	----------------------------

FULLMAKTSTAGARE

Namn	Personbeteckning
------	------------------

Fullmaktstagaren har rätt att företräda fullmaktsgivaren och utöva rösträtten vid **Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolags ordinarie bolagsstämma 2024**, måndagen den 29 april 2024, i Mariehamn.

UNDERSKRIFT

_____ / _____ 2024	_____
Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande

Om delägaren är en juridisk person skall behörig företrädare underteckna fullmakten och kopia av registerutdrag eller annan behörighetshandling bifogas.

Observera att fullmakten inte gäller som anmälan om deltagande i bolagsstämman. Närmare anvisningar för anmälan till bolagsstämman framgår av kallelsen.

Vänligen lämna en kopia av fullmakten, och annan eventuell handling som berör företräddandet, till Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag så att handlingarna är bolaget tillhanda före utgången av anmälnings-tiden för bolagsstämman.

Handlingar kan bifogas som filer i det digitala anmälningsformuläret till bolagsstämman, på bolagets hemsida www.omsen.ax.

Handlingar kan även skickas per post till:

Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag
PB 64
AX-22 101 MARIEHAMN

Fullmakt och annan handling som berör företräddandet samt fullmaktstagarens identitetshandling skall kunna uppvisas i original på bolagsstämman.

HANTERING AV PERSONUPPGIFTER

Ålands Ömsesidiga Försäkringsbolag, (Ömsen), behandlar personuppgifter i enlighet med vid varje tidpunkt gällande dataskyddslagstiftning och ser i sin verksamhet till att integritetsskyddet och försäkringssekretessen iakttas.

En närmare beskrivning av behandlingen av personuppgifter med anledning av bolagsstämman kan läsas i sin helhet på bolagets hemsida www.omsen.ax/bolagsstamma.