

FULLMAKTSFORMULÄR / POWER OF ATTORNEY FORM

Nedanstående aktieägare befullmäktigar härmed nedanstående ombud att företräda och rösta för aktieägarens samtliga aktier i Svetax Taxiförsäkring AB (publ), org.nr 556657-1674, vid årsstämma den 25 maj 2026.

The shareholder stated below hereby grants the proxy stated below the right to represent and vote for the shareholder's entire shareholding in Svetax Taxiförsäkring AB (publ), reg. no. 556657-1674, at the annual general meeting on 25 May 2026.

OMBUD / PROXY

Ombudets namn / <i>Name of proxy</i>	Personnummer / <i>Personal identification number</i>
Postadress / <i>Postal adress</i>	
Postnummer och postort / <i>Zip code and city</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>

AKTIEÄGARE / SHAREHOLDER

Aktieägarens namn/ <i>Name of shareholder</i>	Person- eller organisationsnummer / <i>Personal identification number or corporate registration number</i>
Postadress / <i>Postal adress</i>	
Postnummer och postort / <i>Zip code and city</i>	Telefonnummer / <i>Telephone number</i>
Datum och underskrift / <i>Date and signature</i>	Namnförtydligande / <i>Clarification of signature</i>

Om fullmakten ställs ut av en juridisk person ska fullmakten undertecknas av behörig firmatecknare samt kopia av registreringsbevis eller motsvarande behörighetshandling bifogas.

If issued by a legal entity, the power of attorney must be signed by an authorized signatory and be accompanied by a registration certificate or other documents attesting the authority of the signatory.