CNA / HARDY

Q VERSICHERUNG SERVICE

Q D&O by CNA

D&O-Versicherung für Unternehmen bis 250 Mio € Jahresumsatz
Versichern Sie sich wie die Großen.

Dieses Antragsmodel beinhaltet

- Antragsformular
- Allgemeine Vertragsinformationen
- Mitteilung nach §19 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten
- Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
- Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten
- Versicherungsbedingungen Q D&O by CNA 11/2018

Q VERSICHERUNG SERVICE GMBH – QVERSICHERUNG.DE – DO@QVERSICHERUNG.DE – FAX.: 089 550648 44

Highlights Q D&O by CNA

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Mitversicherung vertraglicher Ansprüche
- Mitversicherung operativer Tätigkeit und Verzicht auf Dienstleistungsausschluss
- Optionale 2-fach Maximierung der Versicherungssumme gegen geringen Prämienzuschlag
- Bedingungskontinuität – kein zukünftigen, nachteiligen Änderungen durch den Versicherer möglich
- Innovationsgarantie – kein Risiko mehr aktuelle Bedingungstrends zu verpassen
- Mitversicherung von Ansprüchen nach § 64 GmbHG bzw. §93 Abs. AktG.
- Verzicht auf Schadenfallkündigung
- Eigenschadenbausteine ohne Sublimit
  - Nach rechtlich wirksamer Freistellung
  - Ansprüche nach §31a BGB
- Umfangreicher Kreis versicherter Personen, zusätzlich zu den üblichen auch Schutz für:
  - Interimsmanager
  - Compliance-/Datenschutz-/Geldwäsche-/ Arbeitsschutz-/Sicherheitsbeauftragter und Träger weiterer entsprechender Sonderfunktionen
  - Bestellte Liquidatoren
- Weitgehende Regelungen zur automatischen Mitversicherung von Fremdmandaten
  - Automatische Mitversicherung von Fremdmandaten
  - Mitversicherung von Mandaten in Stiftungen
  - Sublimit 50% der Versicherungssumme
  - Optional: Zukauf einer zusätzlichen Versicherungssumme für Fremdmandate möglich
- Erweiterter Vermögensschadenbegriff
- Mitversicherung von EPL Ansprüchen
- Verzicht auf Rückforderung bereits geleisteter Abwehrkosten
- Kein automatischer Ablauf bei Insolvenz
- Möglichkeit zur vorsorglichen Umstandsmeldung
- Unbegrenzte persönliche Nachmeldefrist für ausgeschiedene Organe
- Mitversicherung von Regressansprüchen aus Verlusten, Strafen, Bußen und Verfall
- Generelle prämienfreie Nachmeldefrist von 72 Monaten – Möglichkeit zur Erweiterung auf 144 Monate gegen geringe Prämienzuschläge

Highlights Q D&O by CNA

- Transparente Regelungen zur Mitversicherung von Tochtergesellschaften:
  - Automatischer Einschluss für hinzukommende Tochterunternehmen bereits in Gründungsphase
  - Mitversicherung von Zweckgesellschaften
  - Kostenlose Rückwärtsdeckung für neu hinzukommende Tochtergesellschaften
  - Optionale Möglichkeit zum Erwerb einer separaten Versicherungssumme für ausscheidende Tochterunternehmen
  - Mitversicherung von Joint Ventures
- Globaler Versicherungsschutz mit Bezügen zu internationalem Recht:
  - Fautes non séparable de fonctions
  - Corporate Manslaughter
  - Corporate Homocide Act 2007“
- Umfangreiche Übernahme der Verteidungskosten:
  - Abwehrkosten bei freier Anwaltswahl
  - Interne Auslagen bis EUR 25.000,00
  - Abwehrkostenzusatzlimit von 20%
  - Persönliches Abwehrkostenzusatzlimit für versicherte Personen von 20%
  - Kosten eines Schiedsgerichtsverfahrens
- Umfassende Übernahme von weiteren Kostenelementen:
  - Kosten zur Minderung des Reputationsschadens
  - Kosten zur Übernahme forensischer Dienstleistungen
  - Auslieferungsrechtsschutz
  - Ermittlungskosten
  - Notfallkosten
  - Arrestverfahren
  - Foreign Corrupt Practice Act
  - Assistance Leistungen
    - Übernahme von Kosten der Schulbildung
    - Übernahme von Wohnkosten/Wohnnebenkosten
    - Übernahme Kosten persönlicher Versicherungen
  - Gehaltsfortzahlung
  - Kosten einer negativen Feststellungsklage
  - Kosten zur Unterstützung bei Zeugenvernehmung
  - Kosten zur Abwehr von Unterlassungsansprüchen
  - Firmenstellungnahme
  - Kosten in Verfahren der Stiftungsaufsicht und bei Aberkennung der Gemeinnützigkeit
  - Untersuchungskosten
- Erweiterte Strafrechtsschutz-Bausteine ohne Sublimit
  - Übernahme von Verteidigungskosten
  - Übernahme der Kosten zur Stellung einer Kaution

D&O Versicherung

Durch zunehmende Regulierung und stetig steigende Haftung kommt es vermehrt zu Schadensersatzforderungen und Inanspruchnahmen der Geschäftsführungs- und Aufsichtsorgane von Unternehmen. Dies trifft nicht nur die Kapitalgesellschaften, auch Privatunternehmen, Vereine und Stiftungen geraten zunehmen in den Fokus. Bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten werden Geschäftsführer bei nahezu jeder zu treffenden Entscheidung mit persönlichen und beruflichen Haftungsrisiken konfrontiert. Die gesamtschuldnerische Haftung bedeutet, dass der Manager nicht nur für seine eigenen Fehler, sondern auch für die Pflichtverletzungen von Kollegen in den Führungsgremien, denen er als Manager angehört, haftet. Manager und Führungsorgane haften für Schäden, die ihrem Unternehmen durch schuldhafte Pflichtverletzungen ihrerseits entstanden sind, mit ihrem privaten Vermögen - unbegrenzt. Das stellt ein enormes finanzielles Risiko dar. Die D&O-Versicherung bietet Schutz für genau diese Risiken..

Über den Versicherer CNA

CNA Hardy ist eines der größten Versicherungsunternehmen für industrielle Sach- und Haftpflichtversicherungen der USA. CNA wurde 1897 gegründet und hat aktuell etwa 7.000 Mitarbeiter, die Unternehmen und Selbstständige in den USA, Kanada, Europa und Asien betreuen. Unser Produkt- und Dienstleistungsportfolio umfasst eine große Auswahl an Versicherungslösungen, die für alle Unternehmensarten geeignet sind.
CNA Hardy ist in Deutschland auf die Absicherung bestimmter Branchen und Produkte fokussiert, wie IT- und Cyberversicherungen, Pharmahaftpflicht, Heilwesenhaftpflicht, Mangerhaftpflicht.

Antrag auf den Abschluss einer D&O Versicherung

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Firma		Straße, Nr.	
PLZ, Ort		Land	
Telefon		E-Mail	

Beginn und Fälligkeit

Beginn (Tag/Monat/Jahr)		Abweichende Hauptfälligkeit (Tag/Monat)	

Versicherungsschutz besteht frei von bekannten Pflichtverletzungen und Versicherungsfällen.

Hinweis zur Bearbeitung des Antragsmodells

Wenn Sie eine oder mehrere der Antragsfragen nicht mit „Ja“ beantworten können, höhere als die aufgeführten Versicherungssummen bzw. Umsätze oder weitere Risikoorte versichern wollen, schicken Sie uns bitte den ausgefüllten Antragsbogen für ein individuelles Angebot an: DO@qversicherung.de oder per Fax an die +49 (0)89 550 648 44

Vermittlerinformationen

Vermittlernummer	
Vermittlername	

D&O- Versicherung

Versicherungssumme	Umsatz pro Jahr (ohne Umsatzsteuer) bis:							
	3 Mio €	5 Mio €	10 Mio €	15 Mio €	25 Mio €	50 Mio €	100 Mio €	250 Mio €
500.000 €	☐ 788 €	☐ 813 €	☐ 825 €	☐ 850 €	☐ 963 €	☐ 1.000 €	☐ 1.607 €	☐ 2.188 €
1.000.000 €	☐ 913 €	☐ 938 €	☐ 950 €	☐ 975 €	☐ 1.063 €	☐ 1.100€	☐ 1.785 €	☐ 2.988 €
2.000.000 €	☐ 1.800 €	☐ 1.825 €	☐ 1.838 €	☐ 1.863 €	☐ 2.125 €	☐ 2.238 €	☐ 2.606 €	☐ 4.300 €
3.000.000 €	-	☐ 2.700 €	☐ 2.738 €	☐ 2.813 €	☐ 3.000 €	☐ 2.963 €	☐ 3.439 €	☐ 6.188 €
4.000.000 €	-	-	☐ 3.513 €	☐ 3.538 €	☐ 3.813 €	☐ 3.913 €	☐ 4.675 €	☐ 7.475 €
5.000.000 €	-	-	☐ 4.338 €	☐ 4.375 €	☐ 4.650 €	☐ 4.510 €	☐ 5.738 €	☐ 8.628 €
2- fach maximiert	☐ +10%	☐ 10%	☐ +10%	☐ +10%	☐ +10%	☐ +10%	☐ +10%	☐ +10%

Alle Preise in der Tabelle sind Nettopreise, exklusive der Versicherungssteuer.

**Zuschläge für	**Zuschläge für
☐ Produzierendes Gewerbe 20% Zuschlag	☐ Bauträger 20% Zuschlag
☐ Hoch- und Tiefbauunternehmen 20% Zuschlag	☐ 20% Zuschlag für USA Umsätze bis 25% des Gesamtumsatzes

		BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN ALS GRUNDLAGE ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ.	Ja
RISIKOFRAGEN	1	Die Versicherungsnehmerin hat Ihren Sitz in der Bundesrepublik Deutschland, ist zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns seit mindestens 24 Monaten im Handelsregister eingetragen und hat mindestens einen Jahresabschluss erstellt	☐
	2	Die Versicherungsnehmerin gehört nicht zu den folgenden unten genannten Branchen: · Krankenhäuser, Kommunen, Politische Parteien · Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Architekten, Bauingenieure · Profisport · Finanzdienstleister (zum Beispiel Banken, Versicherungen, Versicherungsmakler, Fondgesellschaften, Finanzanlagenvermittler, Private Equity oder Venture Capital) · Erneuerbare Energien (zum Beispiel Solarindustrie, Solarmodule, Solaranlagenbau, Photovoltaik, Windkraft, Geothermie) · Emissionshandel, Energieerzeuger, Energieversorger, Minen · Flughafen, Fluggesellschaften, Schifffahrt · Gastronomie, Veranstaltungen und Events · Hotels- und Tourismus · Messe-, Messebauer · Vergnügungsparks, Freizeiteinrichtungen · Jobvermittlung, Zeitarbeit · Theater, Kino · Hochschulen **Produzierendes Gewerbe**** **Hoch- und Tiefbauunternehmen, Bauträger**** ****Mit Zuschlag von 20% möglich**	☐
	3	Es werden **keine** Anteile der Versicherungsnehmerin und/oder einer Tochtergesellschaft an der Börse oder in sonstiger Weise gehandelt und es bestehen **keine** Pläne, einen Börsengang durchzuführen.	☐
	4	Die Versicherungsnehmerin hat keine Tochtergesellschaften außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR).) ****USA bis 25% des Umsatzes möglich mit Prämienzuschlag von 20%**	☐
	5	Das konsolidierte Eigenkapital der Versicherungsnehmerin und aller Tochtergesellschaften ist **positiv**	☐
	6	Die letzten beiden Jahresergebnisse der Versicherungsnehmerin und aller Tochtergesellschaften sind positiv	☐
	7	Der Bestätigungsvermerk des Wirtschaftsprüfers (sofern prüfungspflichtig oder freiwillig geprüft) für das letzte Geschäftsjahr wurde **uneingeschränkt** erteilt	☐
	8	Zum Zeitpunkt der Antragstellung ist für die Versicherungsnehmerin und/oder eine Tochtergesellschaft kein Insolvenzgrund gemäß §§ 16ff. Insolvenzverordnung (Zahlungsunfähigkeit, drohende Zahlungsunfähigkeit, Überschuldung) bekanntt	☐
	9	Durch die Versicherungsnehmerin und/oder eine Tochtergesellschaft wurden in den letzten 2 Jahren keine Firmenübernahmen/Fusionen durchgeführt beziehungsweise die Versicherungsnehmerin und/oder eine Tochtergesellschaft wurden nicht in den letzten 2 Jahren verkauft und es liegen auch keine Planungen hinsichtlich solcher Aktivitäten zum Zeitpunkt der Antragstellung vor	☐
	10	Gegenüber der Versicherungsnehmerin, einer Tochtergesellschaft und/oder zu versichernden Personen wurden während der vergangenen 5 Jahre **keine** Schadenersatzansprüche im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit erhoben oder angedroht und es sind keine Umstände bekannt, die zu einer Inanspruchnahme führen könnten	☐
	11	Die Versicherungsnehmerin oder eine Tochtergesellschaft ist nicht über ein Unternehmen der CNA Hardy Gruppe D&O versichert oder es wurde für die Versicherungsnehmerin oder ein Tochterunternehmen entsprechender D&O Versicherungsschutz seitens CNA Hardy in den letzten 24 Monaten abgelehnt.	☐
	12	Es gibt keine Auswirkungen von COVID-19 auf die finanzielle Situation (insbesondere Liquidität und Eigenkapitalausstattung), die Mitarbeiteranzahl oder die Geschäftsergebnisse	☐
	13	Es wurden keine staatliche Hilfen oder zusätzliche Kredite in Anspruch genommen?	☐

SEPA Lastschrift Mandat	Die Lastschrift erfolgt durch die Q Versicherung Service GmbH, Fraunhoferstraße 9-11, 85737 Ismaning bei München Gläubiger-Identifikationsnummer DE35ZZZ00001717209 Mandatsreferenz wird mit der Rechnung mitgeteilt Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Q Versicherung Service GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Q Versicherung Service GmbH, auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
	Name, Vorname (Kontoinhaber)	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort, Land
	Bankleitzahl	Kontonummer	Name des Kreditinstitut
	_ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |_ _ _ _ |_ _ _ _ |_ _		_ _ _ _ _ _ _ _ |_ _ _
	IBAN		BIC
	Ort, Datum	Unterschrift	
Versicherungssteuer	Derzeit beläuft sich die Versicherungssteuer in Deutschland auf 19 %, in Österreich auf 11 %. Die Jahresnettoprämie erhöht sich um den Betrag der Versicherungssteuer		
Allgemeine Vereinbarungen	Wir dürfen Sie erneut auf den gesonderten Hinweis zur Belehrung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten auf Seite 11 aufmerksam machen. Mit der/den Unterschrift(en) wird bestätigt, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind und dass Änderungen, die sich vor oder nach dem Abschluss des Vertrages ergeben, unverzüglich dem Versicherer mitgeteilt werden. Dieser ausgefüllte Fragebogen und die eventuellen Anlagen sind die Basis der Versicherung und werden deshalb ein Bestandteil des Versicherungsvertrages sein. Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, gelten die in diesem Fragebogen und eventuellen Anlagen gemachten Angaben als vorvertragliche Angaben im Sinne der §§ 19 ff Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die gemachten Angaben vollständig und richtig sind und dass Sie folgende Dokumente rechtzeitig vor Antragsstellung erhalten und zur Kenntnis genommen haben: • Belehrungen über das Widerrufsrecht • Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht gemäß § 19 VVG • datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung • Merkblatt zur Datenverarbeitung		
	D&O Versicherung: • Versicherungsbedingungen Q D&O by CNA • Rahmenvereinbarung der Q Versicherung Service GmbH • Produktinformationsblatt		
	Ort, Datum	Unterschrift und Firmenstempel des Antragstellers oder des bevollmächtigten Versicherungsvermittlers	

ALLGEMEINE VERTRAGSINFORMATIONEN

Versicherer	CNA Insurance Company (Europe) S.A.
Adresse	Direktion für Deutschland, Im Mediapark 8, D-50670 Köln (zugleich ladungsfähige Anschrift)
Telefon	+49-(0)221-949986-0
Telefax	+49-(0)221-949986-99

Hauptbevollmächtigter, ständiger Vertreter	Hauptbevollmächtigte für die Bundesrepublik Deutschland: Monique Kooijman
Eingetragener Hauptsitz	CNA Insurance Company (Europe) S.A., 35F Avenue John F. Kennedy, L-1855, Luxembourg Website: www.cnaeurope.com
Aufsichtsbehörden	CNA Insurance Company (Europe) S.A. ist zugelassen und reguliert von der Commissariat aux Assurances. Für die Direktion für Deutschland besteht zusätzlich die eingeschränkte Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Bei der BaFin wird die CNA Insurance (Europe) S.A., Direktion für Deutschland unter der Registernummer 5047 geführt Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn Telefon: +49 (0) 228 207 0, Telefax: +49 (0) 228 207 7494, Website: www.bafin.de

Umsatzsteuernehmer	CNA Insurance (Europe) S.A.
Umsatzsteuernummer	667557779
Versicherungssteuernummer	817 / V20000033848
Registergericht, HRB	Amtsgericht Köln, HRB 63197

Vorstände der Gesellschaft (Mitglieder des Verwaltungsrates)	David John Stevens	Carl Anthony Kearney
	John Li (Directors)	David John Brosnan (Chairman)
Hauptgeschäftstätigkeit	Industrieversicherer	

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Für das vorliegende Versicherungsverhältnis gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Q D&O by CNA Stand 11/2018
Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung	Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers richten sich nach dem jeweiligen Versicherungsvertrag und den gesetzlichen Vorschriften. Insbesondere gilt (soweit nicht anders vereinbart): § 14 VVG – Fälligkeit der Geldleistung 1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. 2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können. 3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam. § 106 VVG - Fälligkeit der Versicherungsleistung Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen von dem Zeitpunkt an, zu dem der Anspruch des Dritten mit bindender Wirkung für den Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist, vom Anspruch des Dritten freizustellen. Ist der Dritte von dem Versicherungsnehmer mit bindender Wirkung für den Versicherer befriedigt worden, hat der Versicherer die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen nach der Befriedigung des Dritten an den Versicherungsnehmer zu zahlen. Kosten, die nach § 101 zu ersetzen sind, hat der Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach der Mitteilung der Berechnung zu zahlen.
Gesamtpreis, Einzelheiten zur Zahlung	Den Gesamtpreis, einschließlich Steuern und sonstige Preisbestandteile entnehmen Sie bitte dem individuellen Angebot. Dies gilt auch für Einzelheiten zur Zahlungsweise der Prämien.
Einzelheiten zur Rechtzeitigkeit der Zahlung	Soweit nicht anders vereinbart, gilt: Die Versicherungsnehmerin hat die erste Prämie innerhalb von drei Wochen nach dem Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen..
Hinweis auf Rechtsfolgen bei nicht rechtzeitiger Zahlung	Solange die erste Prämie (bei Ratenzahlungen die erste Rate) nicht gezahlt ist, besteht kein Versicherungsschutz für einen eingetretenen Versicherungsfall. Dies gilt nur dann nicht, d.h. trotz Nichtzahlung besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Tritt ein Versicherungsfall vor Zahlung der ersten Prämie ein, besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistungen jedoch dann, wenn der Versicherungsnehmer die Erstprämie (bei Ratenzahlung die erste Rate) innerhalb der vereinbarten Frist an den Versicherer zahlt.

Widerrufsrecht	Sie können Ihre Vertragserklärung gemäß § 8 VVG innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: CNA Insurance Company (Europe) S.A. Direktion von Deutschland Mediapark 8, D-50670 Köln
Widerrufsfolgen	Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe des 360igsten Teils der ausgewiesenen Jahresprämie, multipliziert mit der Anzahl der Tage bis zum Zugang des Widerrufs. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
Besondere Hinweise	Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen a. über ein Großrisiko im Sinne des § 210 VVG, b. über vorläufige Deckung, c. mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat, d. bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. Ende der Widerrufsbelehrung
Vertragslaufzeit	Die Vertragslaufzeit, Versicherungsperiode und Kündigungsregelungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein bzw. den Vertragsunterlagen.

Zustandekommen des Vertrages	Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme Ihres Antrags erfolgt mit Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen.
Anwendbares Recht	Auf die Versicherungsverträge ist jeweils deutsches Recht anwendbar. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den einzelnen AVB.
Sprache	Die Vertragssprache ist Deutsch. Dies gilt auch für die laufende Kommunikation.

Beschwerden

Wir möchten Ihnen einen erstklassigen Service bieten. Wenn Sie der Ansicht sind, dass wir dieses Ziel nicht erreicht haben, teilen Sie uns dies bitte mit. Sie können sich hierzu an ihren betreuenden Vermittler wenden oder Sie wenden sich an

Manager der Schadenabteilung
CNA Insurance Company (Europe) S.A.
Direktion von Deutschland
Mediapark 8, D-50670 Köln

Bitte geben Sie bei Ihrer Beschwerde die folgenden Daten an:

1. Die Policen- und Schadensnummer
2. den Namen der Personen oder Unternehmen, mit denen Sie im Rahmen der Schadenbearbeitung zu tun hatten und deren ggf. gesondertes Bearbeitungszeichen sowie
3. den Grund Ihrer Beschwerde.

Wir bestätigen Ihnen den Erhalt Ihrer Beschwerde schriftlich innerhalb von 5 Werktagen nach deren Erhalt und übersenden Ihnen einen Zeitplan für die Maßnahmen, die wir zur Untersuchung bzw. Bearbeitung Ihrer Beschwerde vornehmen.

Sollten Sie mit unserer Antwort oder dem Ergebnis der Bearbeitung Ihrer Beschwerde nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte schriftlich an

Head of Legal & Compliance Services
CNA Insurance Company (Europe) S.A
35F, Avenue John. F. Kennedy
L-1855 Luxembourg

Mit Beschwerden können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BAFin), Sektor Versicherungsaufsicht, wenden.

Die BaFin ist wie folgt zu erreichen:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: +49 (0) 228-207-0
Fax: +49 (0) 228-207-7494
Website: www.bafin.de

Wir sind zudem Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sofern Sie mit einer Entscheidung von uns nicht einverstanden sind, haben Sie die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung durch Einschalten des neutralen Ombudsmanns. Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher und Kleingewerbetreibende kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass uns zunächst die Möglichkeit gegeben wurde, die eigene Entscheidung zu überprüfen. Die Schlichtung ist bis zu einem Beschwerdewert von EUR 50.000 möglich.

Der Ombudsmann der Versicherungen ist wie folgt zu erreichen:
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Aus dem deutschen Telefonnetz unter der Rufnummer:
Telefon: 0800 369-6000 (gebührenfrei)
Fax: 0800 369-9000 (gebührenfrei)

Aus dem Ausland unter der gebührenpflichtigen Rufnummer:
Telefon: +49 (0)30 206058-99
Fax: +49 (0)30 206058-98
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Website: www.versicherungsombudsmann.de

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, von den vorstehenden Beschwerdemöglichkeiten unberührt bleibt.

Mitteilung nach § 19 VVG über die Folgen einer Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten

Ihre Angaben sind maßgeblich für unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag abzuschließen. Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht ist in § 19 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) geregelt. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Sollten Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Unser Recht, vom Vertrag zurückzutreten, ist ausgeschlossen, wenn Sie Ihre Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten. Diese anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Der **Versicherungsnehmer** willigt ein, dass der **Versicherer** im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (z. B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder den GDV (Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Der **Versicherungsnehmer** willigt ferner ein, dass der **Versicherer**, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an seine Vertreter weitergeben darf.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Um die Einwilligung zu widerrufen oder eine Löschung oder eine Kopie Ihrer persönlichen Daten zu beantragen oder für sonstige individuelle Anfragen zu Daten kontaktieren Sie: datenschutz@cnahardy.com.

Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet (erhoben, verarbeitet oder genutzt) werden

1.
   a. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
   b. zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung des Versicherungsvertrages dient;

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen von CNA Hardy Unternehmen (die im Internet unter www.cnahardy.com einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen).

   Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung und ggf. Speicherung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie - sofern erforderlich - ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;

5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der CNA Hardy Unternehmen, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung

Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;

6. zur Nutzung des Hinweis- und Informationssystems für die Versicherungswirtschaft (HIS) der informa IRFP GmbH, das eine genauere Risiko- und Leistungsfalleinschätzung bezweckt.
   Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:
   Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH
   Rheinstraße 99
   76532 Baden-Baden
   Eine Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informairfp.de

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch

   a. den Versicherer, andere Unternehmen von CNA Hardy und den für mich zuständigen Vermittler sowie zur Datenverarbeitung durch den von diesem Vermittler zur ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungs- und Finanzangelegenheiten ggf. eingeschalteten Maklerpool bzw. technischen Dienstleister (Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen) oder sonstigen Dienstleister, den ich bei meinem Vermittler erfragen kann;

   b. Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.cnahardy.com einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/ Vereinen Vorteilskonditionen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/ Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;

Contents

1. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN 16

1. Gegenstand der Versicherung 16
2. Versicherte Personen, Gesellschaften und versicherte Tätigkeit, Fremdmandate 17
3. Vermögensschäden 20
4. Tochtergesellschaften 21
5. Fautes non séparable 21

2. ZEITLICHE BESTIMMUNGEN DER VERSICHERUNG 22

1. Beginn des Versicherungsschutzes 22
2. Vertragsdauer, Kündigung 22
3. Rückwärtsversicherung 22
4. Nachmeldefrist 23
5. Vorsorgliche Umstandsmeldemöglichkeit 23
6. Fusion/ Neubeherrschung/ Liquidation der Versicherungsnehmerin 24
7. Insolvenz der versicherten Gesellschaften 24
8. Neue Tochtergesellschaften/ Personen 24
9. Rückwärtsdeckung für neu hinzukommende Tochtergesellschaften 25
10. Verlust der Leitung oder Kontrolle von Tochtergesellschaften 25
11. Gesonderte Nachmeldefrist mit separater Versicherungssumme für ehemalige Tochtergesellschaften (Run-off-Deckung) 26

3. UMFANG DER VERSICHERUNG 26

1. Abwehr und Befriedigung 26
2. Allokation 27
3. Versicherungssumme 28
4. Abwehrkostenzusatzlimit 29
5. Serienschäden 29
6. Selbstbehalt 29
7. Strafrechtsschutz 29
8. Subsidiarität 30
9. Zahlungsreihenfolge 30
10. Kumulklausel 31
11. Vorläufige Übernahme der Abwehrkosten 31
12. Anspruchserhebung mit gesellschaftsrechtlichen Maßnahmen 31
13. Drohende Ansprüche 31
14. Kosten zur Minderung des Reputationsschadens 32
15. Forensische Dienstleistungen 33
16. Auslieferungsrechtsschutz 33
17. Ermittlungskosten 33
18. Notfallkosten 33

19. Arrestverfahren 33
20. Foreign Corrupt Practices Act bzw. analoge Rechtsnormen 33
21. Assistance Leistungen 34
22. Kontinuität 34
23. Gehaltsfortzahlung 34
24. Kosten einer negativen Feststellungsklage 35
25. Unterstützung bei Zeugenvernehmung 35
26. Abwehr von Unterlassungsansprüchen 35
27. Firmenstellungnahme 35
28. Unterstützung in Verfahren der Stiftungsaufsicht und bei Aberkennung der Gemeinnützigkeit 36
29. Untersuchungskosten 36

4. AUSSCHLÜSSE 36

1. Vorsatz und wissentliche Pflichtverletzung 36
2. Bekannte Pflichtverletzungen und Verfahren 37
3. USA, USA Umwelt 37
4. Innenansprüche / EPL Ansprüche USA 38
5. Anfechtung und Rücktritt 38
6. Sanktionsausschlussklausel 39

5. OBLIEGENHEITEN, VERHALTEN IM VERSICHERUNGSFALL 39

1. Anzeigepflicht des Versicherungsfalles 39
2. Schadenminderungspflicht 39
3. Anerkenntnis und Vergleich 39
4. Abtretung des Versicherungsanspruchs und Regressansprüche 39
5. Rechtsfolgen einer Obliegenheitsverletzung 40

6. GEFAHRERHÖHUNGEN 40

7. VERSICHERUNG FÜR FREMDE RECHNUNG 41

8. WISSENSZURECHNUNG / REPRÄSENTANTEN 41

9. ANFECHTUNG UND RÜCKTRITT 41

10. FREMDWÄHRUNGSUMRECHNUNG 42

11. VERSEHENSKLAUSEL 42

12. GOOD LOCAL STANDARD CLAUSE 42

13. SCHIEDSGERICHTSKLAUSEL 43

14. SCHLICHTUNGSKLAUSEL 43

15. MAKLERKLAUSEL 44

16. GERICHTSSTAND UND ANWENDBARES RECHT 44

17. (TEIL-)NICHTIGKEIT 44

18. DATENSCHUTZHINWEIS 44

Die CNA bestätigt hiermit ausschließlicher Verwender der vorliegenden Bedingungen zu sein. Die Bedingungen unterliegen somit einer uneingeschränkten Inhaltskontrolle gemäß §§ 305 ff BGB. Die CNA bestätigt weiterhin, dass die vorliegenden Bedingungen, soweit sie von den Allgemeinen Bedingungen - Allgemeine Bedingungen zur Vermögensschadenhaftpflichtversicherung für Unternehmensleiter CNA 9/2008:01 – abweichen, insoweit ausschließlich Besserstellungen beinhalten.

Hinweis: Diese Versicherung gewährt Versicherungsschutz auf Basis des Ansprucherhebungsprinzips (Claims Made). Dies bedeutet, dass nur solche Ansprüche versichert sind, die innerhalb der Versicherungsperiode oder einer sich daran anschließenden vertraglich vereinbarten Nachhaftungsperiode geltend gemacht werden.

1. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

1.1 Der Versicherer gewährt weltweit Versicherungsschutz für den Fall, dass gegen eine versicherte Person wegen einer bei Ausübung der versicherten Tätigkeit begangenen Pflichtverletzung ein Anspruch auf Ersatz eines Vermögensschadens erhoben wird.

Vertragliche Ansprüche sind vom Versicherungsschutz umfasst, sofern der Ersatzanspruch im gleichen Umfang auch aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen besteht.

Soweit in diesen Bedingungen von Pflichtverletzungen die Rede ist, ist hiermit eine begangene oder behauptete Handlung oder Unterlassung einer versicherten Gesellschaft oder versicherten Person zu verstehen, die einen Vermögensschaden zur Folge haben könnte.

Eine Pflichtverletzung durch Unterlassen gilt im Zweifel als an dem Tag begangen, an welchem die versäumte oder unterlassenen Handlung spätestens hätte vorgenommen werden müssen, um den Eintritt des Vermögensschadens abzuwenden.

Als Schadenersatzansprüche gelten klarstellend auch Ansprüche aus

- §§ 34, 69 Abgabenordnung (AO),
- § 64 GmbHG bzw. §93 Abs. 2 und 3 Nr. 6 i.V.m. § 92 Abs. 2 AktG.

1.2 Der Versicherer gewährt Versicherungsschutz für die versicherten Gesellschaften für den Fall, dass die versicherte Gesellschaft eine versicherte Person für einen Anspruch in rechtlich zulässiger Weise freigestellt hat. In diesem Fall geht der Anspruch auf Versicherungsleistung aus diesem Vertrag im Umfang der Freistellung auf die versicherte Gesellschaft über.

1.3 In Ergänzung zu § 1 Ziffer 1 liegt ein Versicherungsfall auch dann vor, wenn eine versicherte Person in ihrer Funktion als Mitglied des Vorstands von der Versicherungsnehmerin oder einem Tochterunternehmen wegen einer bei der versicherten Tätigkeit begangenen Pflichtverletzung nur deshalb nicht auf Ersatz eines Vermögensschadens in Anspruch genommen werden kann, weil diese versicherte Person gemäß § 31 a BGB für diesen Schaden nicht haftet, und ansonsten die Voraussetzungen eines gedeckten Versicherungsfalls erfüllt sind.

Der Versicherer ersetzt der Versicherungsnehmerin oder einem Tochterunternehmen den von der versicherten Person verursachten Vermögensschaden in dem Umfang, in dem sie – bestünde die Haftungsregelung des § 31 a BGB nicht – die versicherte Personen gemäß den vorliegenden Bedingungen von dem Schadenersatzanspruch der Versicherungsnehmerin oder des Tochterunternehmens freistellen müsste.

Der Versicherungsschutz besteht dabei – in den sonstigen Grenzen der Bedingungen – insbesondere § 2 dieser Bedingungen und etwaiger einzelvertraglicher Besonderer Vereinbarungen – nur für Versicherungsfälle aufgrund von Pflichtverletzungen, die bis zum Versicherungsbeginn weder der Versicherungsnehmerin, noch einem Tochterunternehmen, noch der jeweils in Anspruch genommenen versicherten Person bekannt waren.

1.4 Der Versicherungsfall tritt ein, wenn während des versicherten Zeitraums erstmalig in Textform ein Anspruch gegen einen Versicherten - auch im Rahmen einer Aufrechnung gegenüber Leistungsansprüchen - geltend gemacht wird.

1.5 Im Versicherungsfall dürfen die versicherten Personen ohne die vorherige Zustimmung des Versicherers angemessene

Kosten der Verteidigung innerhalb von 14 Tagen ab Eintritt des Versicherungsfalls für unverzüglich erforderliche Maßnahmen auslösen.

2. VERSICHERTE PERSONEN, GESELLSCHAFTEN UND VERSICHERTE TÄTIGKEIT, FREMDMANDATE

Versicherte sind die im Rahmen dieses Versicherungsvertrages jeweils gedeckten versicherten Personen und / oder versicherten Gesellschaften

2.1 Versicherte Personen

Versicherte Personen sind alle ehemaligen, gegenwärtigen und zukünftigen

2.1.1 Mitglieder des Vorstands, Aufsichtsrats, Beirats, Board of Directors, Geschäftsführer und alle Mitglieder sonstiger vergleichbarer geschäftsführender, beratender und/oder beaufsichtigender satzungsgemäßer Organe nach dem für die Gesellschaft jeweils gültigen Recht. Mitversichert ist die gesamte operative Tätigkeit einschließlich mündlicher oder schriftlicher Äußerungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der jeweiligen Stellung als Organmitglied. Nicht versichert sind externe Wirtschaftprüfer;

2.1.2 persönlich haftenden Gesellschafter, berufenen Unternehmensleiter sowie Mitglieder von Aufsichts- und Beratungsorganen von Personenhandelsgesellschaften, es sei denn, es handelt sich um einen Anspruch aus reiner Kapitalhaftung und / oder wegen der Verletzung von Treuepflichten als Gesellschafter;

2.1.3 Stellvertreter der unter 2.1.1 und 2.1.2 dieser Ziffer genannten Personen, soweit sie als Vertreter die Organfunktionen wahrnehmen. Zu den Stellvertretern sind auch diejenigen Arbeitnehmer zu zählen, die zwar nicht offiziell dazu benannt wurden, jedoch in Einzelfällen Funktionen von Leitungs- und Kontrollorganen vertretungsweise wahrnehmen;

2.1.4 Interimsmanager, soweit sie als Organmitglied bestellt sind oder wenn sie faktisch als Organe haften;

2.1.5 bestellter Compliance-, Datenschutz-, Geldwäsche-, Arbeitsschutz- oder Sicherheitsbeauftragter oder Träger einer entsprechenden Sonderfunktion;

2.1.6 Leitende Angestellte, Generalbevollmächtigte, Prokuristen, Officers, Company Secretaries und Senior Accounting Officers gemäß den Vorschriften einer Rechtsordnung des Common Law. Für die Definition der leitenden Angestellten gilt für die Angestellten die im Einzelfall günstigste arbeitsrechtliche oder handelsrechtliche Auslegung.
Soweit der Hausjustiziar persönlich direkt schriftlich in Anspruch genommen wird, sind Abwehrkosten nach § 3 Ziffer 1 der Bedingungen gedeckt. Für den Schadenausgleich sind die von der Rechtssprechung entwickelten Grundsätze zur Arbeitnehmerhaftung maßgebend.

2.1.7 Angestellte,

- soweit sie als faktische Organe haften oder Shadow Directors gemäß des U.K. Companies Act von 2006 bzw. Section 27 of the Companies Act von 1990 (Irland) und diesen nachfolgenden Gesetzen Organfunktion wahrnehmen und/oder
- in ihrer Eigenschaft als „approved person", denen von einer Aufsichtsbehörde die Erlaubnis zur Ausübung einer Kontrollfunktion im Interesse der versicherten Gesellschaft, gemäß Section 59 des „Financial Services and Market Act 2000" des Vereinigten Königreichs Großbritannien oder vergleichbarer Vorschriften erteilt wurde und/oder
- in ihrer Eigenschaft als benannter Compliance Beauftragter der versicherten Gesellschaft oder in ihrer Eigenschaft als besondere Beauftragte zur Sicherstellung der Compliance, z.B. als Datenschutz-, Geldwäsche-, Arbeitsschutz-, Zoll- oder Sicherheitsbeauftragte und/oder
- soweit und solange sie neben sonstigen versicherten Personen gemäß Ziffer 2 dieses Vertrages in Anspruch genommen werden. Hierzu zählen insbesondere Mitarbeiter der Stabsabteilung Versicherung, Revision, Recht

und Treasury.

2.1.8 Bestellte Liquidatoren, sofern die versicherte Gesellschaft nicht in einem Insolvenzverfahren liquidiert wird.

Werden die oben genannten Funktionen von einer juristischen Person ausgeübt, so erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf die natürlichen Personen, welche die besagte juristische Person in den oben genannten Funktionen vertreten.

2.1.9 Versichert sind auch die Ehegatten, Lebenspartner, Angehörige oder Erben und Nachlassverwalter-, Vergleichs- und Insolvenzverwalter einer versicherten Person, soweit gegen diese Ansprüche ausschließlich wegen einer Pflichtverletzung einer versicherten Person geltend gemacht werden.

2.2 Versicherte Gesellschaften

Versicherte Gesellschaften sind die Versicherungsnehmerin gemäß Versicherungsschein/Nachtrag und deren Tochtergesellschaften.

2.3 Fremdmandate

2.3.1 Prämienneutraler Einschluss von Fremdmandaten

Vorbehaltlich Ziffer 2.3.2 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf derzeitige, ehemalige und zukünftige Mandate, die natürliche Personen auf Veranlassung oder im Interesse der Versicherungsnehmerin oder versicherter Tochterunternehmen in Leitungs- oder Kontrollorganen von Gesellschaften und Organisationen, die nicht Tochterunternehmen sind (Fremdmandat) wahrnehmen oder seit Versicherungsbeginn wahrgenommen haben.

Führt die Ausübung eines solchen Mandats zu einer gesamtschuldnerischen Haftung der versicherten Person und anderen, nicht durch den vorliegenden Vertrag versicherten Mitgliedern des Leitungs- oder Kontrollorgans, so besteht Versicherungsschutz für den Gesamtschaden. Ein Regress des Versicherers gemäß § 5 Ziffer 4 der Versicherungsbedingungen bleibt hiervon unberührt.

2.3.2 Prämienpflichtiger Einschluss von Fremdmandaten

Kein Versicherungsschutz unter diesen Bedingungen besteht für Mandatstätigkeiten in Unternehmen,

- bei denen es sich um Finanzdienstleistungsunternehmen handelt, oder
- die Ihren Sitz in den USA haben, oder
- Unternehmen deren Anteile bzw. Wertpapiere an einer Börse gehandelt werden.
  Wertpapiere sind Aktien, Aktien vertretende Zertifikate, Schuldverschreibungen, Genussscheine, Optionsscheine und andere Papiere, die mit Aktien oder Schuldverschreibungen vergleichbar sind, wenn sie an einem Markt gehandelt werden können. Wertpapiere sind auch Anteilsscheine, die von einer Kapitalgesellschaft oder ausländischen Investmentgesellschaft ausgegeben werden.

Die Mitversicherung von Mandaten in den oben ausgeschlossenen Organisationen bedarf einer gesonderten schriftlichen Vereinbarung. Für eine Einbeziehung hat die Versicherungsnehmerin die Mandate dem Versicherer in Textform zu benennen. Der Versicherer hat das Recht weitere Informationen zu verlangen.

2.3.3 Sublimit und Subsidiarität

Der Versicherungsschutz für Fremdmandate ist innerhalb der Versicherungssumme pro Mandat und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 50% der Versicherungssumme begrenzt (Sublimit). Sofern vom Versicherungsnehmer

ausdrücklich gewünscht, ist ein höheres Sublimit individuell vereinbar.

Falls mit dem Versicherer besonders vereinbart, wird für diese Deckung eine gesonderte Versicherungssumme (Zusatzlimit) zur Verfügung gestellt.

Ist der geltend gemachte Schaden auch über eine für die Gesellschaft bzw. Organsiation in der das Fremdmandat ausgeübt wird, bestehende D&O Versicherung für Unternehmensleiter versichert, so steht die Versicherungsleistung dieses Vertrags im Anschluss an die andere Versicherung zur Verfügung.

2.4 Joint-Venture-Regelung

Bereits bei Vertragsschluss existierende und neu während der Vertragsperiode hinzukommende Joint Ventures (50:50-Beteiligungen mit eigener Rechtspersönlichkeit) gelten automatisch mitversichert. Die Mitversicherung bezieht sich auf Pflichtverletzungen von versicherten Personen in ihrer Tätigkeit als Mitglieder der Geschäftsführung, des Vorstandes, des Aufsichts-, Verwaltungs- oder Beirates oder vergleichbarer Organe in diesen Joint Ventures.

Führt die Ausübung eines solchen Mandats zu einer gesamtschuldnerischen Haftung der versicherten Person und anderer, nicht durch den vorliegenden Vertrag versicherter Mitglieder des Leitungs- oder Kontrollorgans, so besteht zu Gunsten der versicherten Person Versicherungsschutz für den Gesamtschaden. Ein Regress des Versicherers gemäß § 5 Ziffer 4 der Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Ist der geltend gemachte Schaden auch über eine für das Joint-Venture-Unternehmen bestehende Vermögensschaden-Haftpflicht-Versicherung für Unternehmensleiter (D&O-Versicherung) versichert, so steht die Versicherungsleistung dieses Vertrags im Anschluss an die andere Versicherung zur Verfügung (inkl. Difference in Condition/Bedingungsdifferenz-Deckung und step down/Summenausschöpfungs-Deckung). Besteht die andere Versicherung bei dem gleichen Versicherer oder einer zu seiner Gruppe gehörenden Gesellschaft wie die vorliegende Versicherung, so ist die maximale Leistung des Versicherers auf insgesamt die höchste seiner summenmäßigen Beteiligungen je Versicherungsfall und Versicherungsperiode begrenzt. Hiervon ausgenommen bleiben Versicherungsverträge, die ausdrücklich als Exzedentenversicherung zu dem vorliegenden Versicherungsvertrag vereinbart sind.

Hat das Joint-Venture-Unternehmen die Mandatsträger gesetzlich oder vertraglich schadlos zu halten, so steht die Versicherungsleistung dieses Vertrages erst im Anschluss an die Verpflichtung zur Haftungsfreistellung zur Verfügung. § 1 Ziffer 1.2 der Bedingungen findet insoweit keine Anwendung.

Demgegenüber besteht kein Versicherungsschutz für diese Tätigkeiten bei Joint Ventures

- mit Sitz in den USA, Kanada oder Australien;
- mit einer konsolidierten Bilanzsumme größer als 100 Mio. €;
- deren Wertpapiere an einer Börse notiert sind;
- die im Bank- oder Versicherungsbereich tätig sind.

Die Leistungspflicht des Versicherers ist dabei pro Versicherungsfall und für alle Versicherungsfälle innerhalb eines Versicherungsjahres zusammen auf ein Sublimit von 10% maximal 1 Mio. € begrenzt, sofern die Versicherungssumme in identischer Höhe besteht. Dieses Sublimit ist Bestandteil der im Versicherungsschein/Nachtrag genannten Deckungssumme.

2.5 Mandate in Stiftungen

Vom Versicherungsschutz erfasst sind auch diejenigen Mitarbeiter und Organmitglieder der versicherten Gesellschaften, die auf Wunsch oder im Interesse der Versicherungsnehmerin Mandate als Organe in Stiftungen und/oder unternehmensbezogenen Verbänden wahrnehmen.

Führt die Ausübung eines solchen Mandats zu einer gesamtschuldnerischen Haftung der versicherten Person und anderer, nicht durch den vorliegenden Vertrag versicherter Mitglieder des Leitungs- oder Kontrollorgans, so besteht Versicherungsschutz für den Gesamtschaden. Ein Regress des Versicherers gemäß § 5 Ziffer 4 der Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Der Versicherungsschutz ist subsidiär zu einer in diesen Gesellschaften eventuell bestehenden Freistellungsverpflichtung der Gesellschaft und zu einem für diese Gesellschaft bestehenden Vermögensschaden-Haftpflichtversicherungsschutz.

Sofern anderweitiger D & O-Versicherungsschutz besteht, wird die Deckungssumme des vorangehenden Vertrages bei der aus diesem Vertrag zur Verfügung stehenden Deckungssumme angerechnet, d. h. die Leistung des Versicherers ist je Versicherungsfall und Versicherungsperiode insgesamt auf die Differenz zwischen dem vorangehenden Vertrag und diesem Vertrag begrenzt.

Der Versicherungsschutz ist innerhalb der Deckungssumme pro Mandat und insgesamt auf die im Versicherungsschein/ Nachtrag festgelegte Summe limitiert.

Für die Tätigkeit in unternehmensbezogenen Verbänden ist der Versicherungsschutz bei Vorstandsmitgliedern der Versicherungsnehmerin innerhalb der Deckungssumme auf die im Versicherungsschein/Nachtrag festgelegte Summe pro Mandat und insgesamt pro Versicherungsjahr limitiert.

Für den Fall, dass ein entsandtes Organmitglied nicht mehr Mitarbeiter oder Organmitglied der versicherten Gesellschaften ist, besteht Versicherungsschutz nur für solche Pflichtverletzungen, die bis zu diesem Zeitpunkt begangen wurden. Bezüglich der Nachhaftungsregelung gelten die Bestimmungen gemäß § 2 Ziffer 4 der Bedingungen analog.

3. VERMÖGENSSCHÄDEN

Vermögensschäden sind Schäden, die weder Personen- noch Sachschäden sind, noch sich aus solchen Schäden herleiten. Als Sachen gelten auch Geld und geldwerte Zeichen.

In Klarstellung zu Satz 1 gelten insbesondere, aber nicht ausschließlich, auch solche Schäden - auch, wenn sie im Zusammenhang mit Personen- oder Sachschäden stehen - als Vermögensschäden im Sinne dieser Bedingungen:

- Schäden von Anteilseignern wegen Wertverlustes von Anteilen an den versicherten Gesellschaften;
- Mit Sach- oder Personenschäden zusammenhängende Vermögensschäden, soweit die Pflichtverletzung der versicherten Person nicht für die Personen oder Sachschäden, sondern allein für diese Vermögensschaden ursächlich ist;
- Folgeschäden einer versicherten Gesellschaft in Form von entgangenen Gewinnen;
- Entschädigungen für psychische Beeinträchtigungen von Arbeitnehmern durch Verletzung von Vorschriften des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes oder vergleichbarer ausländischer Rechtsvorschriften (EPL). Nicht versichert sind rein physische Beeinträchtigungen, d.h. äußerliche Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit.

Keine Vermögensschäden sind Verluste aus Geldstrafen, Bußgeldern und Vertragsstrafen sowie aus Verfall. Entschädigungen mit Strafcharakter (wie z.B. punitive, multiplied oder exemplary damages) werden entschädigt, sofern deren Einbeziehung in den Versicherungsschutz kein gesetzliches Verbot entgegensteht.

Im Rahmen der Vermögensschäden sind auch Regressansprüche der versicherten Unternehmen gegen versicherte Personen, die aus Verlusten des Unternehmens aus Geldstrafen, Bußgeldern und Vertragsstrafen sowie aus Verfall resultieren, vom Deckungsschutz umfasst, sofern kein gesetzliches Verbot entgegensteht.

4. TOCHTERGESELLSCHAFTEN

Tochtergesellschaften im Sinne dieses Vertrages sind solche juristischen Personen des Privatrechts oder des öffentlichen Rechts oder vergleichbarer ausländischer Gesellschaftsformen, bei denen der Versicherungsnehmerin die Leitung oder Kontrolle direkt oder indirekt durch eine oder mehrere Tochtergesellschaften zusteht, beispielsweise durch

- die Mehrheit der Gesellschaftsanteile oder
- die Mehrheit der Stimmrechte der Gesellschafter oder
- das Recht, die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgans zu bestellen oder abzuberufen, und sie gleichzeitig Gesellschafter ist oder
- das Recht, einen beherrschenden Einfluss aufgrund eines diesem Unternehmen geschlossenen Beherrschungsvertrages oder aufgrund einer Satzungsbestimmung dieses Unternehmens auszuüben.

Dies gilt auch für Gesellschaften, bei denen die Versicherungsnehmerin oder eine Tochtergesellschaft bei wirtschaftlicher Betrachtung die Mehrheit der Risiken und Chancen trägt und die zur Erreichung eines eng begrenzten und genau definierten Ziels des Mutterunternehmens dienen (so genannte Zweckgesellschaften). Auf § 290 HGB (Handelsgesetzbuch) wird hingewiesen. Hierunter fallen auch Gesellschaften, die ausschließlich zum Zwecke der späteren Verschmelzung der Versicherungsnehmerin selbst gegründet wurden

Als Tochterunternehmen gilt auch bereits eine Gesellschaft, die zu einem Tochterunternehmen wird oder werden soll, in der Phase ihrer Gründung.

Dies gilt auch für Kommandit- oder offene Handelsgesellschaften oder vergleichbare ausländische Gesellschaftsformen. Nicht versichert sind in einem solchen Fall die sich aus der reinen Kapitalhaftung der persönlich haftenden Gesellschafter ergebenden Ansprüche.

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf versicherte Personen in Unternehmen, soweit diese für den Versicherungsnehmer oder eines seiner Tochterunternehmen die Funktion der Komplementär GmbH oder der Komplementär AG wahrnimmt oder die Versicherungsnehmerin selbst eine solche Gesellschaft ist.

5. FAUTES NON SÉPARABLE

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz auch für Tochtergesellschaften mit Sitz in Frankreich für den Fall, dass während der Versicherungsperiode oder einer sich daran anschließenden vertraglich vereinbarten Nachmeldefrist erstmalig

- von einem Dritten gegen eine versicherte Person gemäß § 1 dieser Bedingungen dieser Tochtergesellschaften entweder allein oder zusammen gegen sie und gegen die Tochtergesellschaften ein Anspruch geltend gemacht wird und
- mittels rechtskräftiger Gerichtsentscheidung auf Basis französischer Rechtssprechung festgestellt wird, dass der dem Anspruch zugrunde liegende Vermögensschaden ausschließlich auf einer Pflichtverletzung dieser versicherten Person beruht, aber eine persönliche Haftung der versicherten Person ausgeschlossen ist, da die Pflichtverletzung nicht von der Funktion der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen getrennt werden kann („fautes non-séparable"), und der Vermögensschaden daher der Tochtergesellschaft auferlegt wird.

Soweit über den o.a. Absatz Deckung geboten wir, sind in Ergänzung von § 4 dieser Bedingungen nicht versichert Ansprüche:

- Soweit sie ganz oder teilweise auf tatsächlichen oder angeblichen Verstößen gegen eine gesetzlich normierte Pflicht aus einem ehemaligen, bestehenden oder zukünftigen Arbeits- oder Anstellungsverhältnis (Employment Practices Liability) beruhen. Dies gilt auch für solche Ansprüche, denen eine Belästigung, Diskriminierung, Ehrverletzung oder sonstige Persönlichkeitsverletzung in Zusammenhang mit der Begründung, dem Bestehen oder der Beendigung des Arbeits- oder Anstellungsverhältnisses zugrunde liegt.

- Wegen oder aufgrund eines Fehlverhaltens bei der Abwicklung von Verträgen oder Dienstleistungen zwischen den versicherten Gesellschaften und ihren Kunden.
- Wegen einer Verletzung von Vorschriften des Kartellrechts oder des gewerblichen Rechtsschutzes, insbesondere – aber nicht ausschließlich – des Marken- oder Patentrechts, oder eines unbefugten Gebrauchs von Betriebs- oder Geschäftsgeheimnissen.
- Der versicherten Gesellschaften gegen versicherte Personen und / oder der versicherten Personen untereinander.

Der Versicherungsschutz für diese Deckung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 10% der Deckungssumme, maximal 1 Mio. € limitiert (Sublimit)

Für Ansprüche im Rahmen dieser Deckung gilt zudem ein Selbstbehalt in Höhe von 1% der Versicherungssumme je Versicherungsfall.

2. ZEITLICHE BESTIMMUNGEN DER VERSICHERUNG

1. BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt vorbehaltlich einer anderen Vereinbarung durch Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie und etwaiger öffentlicher Abgaben, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein festgesetzten Zeitpunkt. Wird diese Prämie erst nach dem als Beginn der Versicherung festgesetzten Zeitpunkt eingefordert, dann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz trotzdem mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

2. VERTRAGSDAUER, KÜNDIGUNG

2.1 Der Versicherungsvertrag ist für den im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesenen Zeitraum abgeschlossen. Beträgt dieser Zeitraum mindestens ein Jahr, so verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Vertragsende schriftlich gekündigt wird.

Auf die gesetzliche Möglichkeit einer Kündigung nach Versicherungsfall wird verzichtet.

2.2 Soweit in diesen Allgemeine Bedingungen von Vertragsdauer die Rede ist, ist hiermit der Zeitraum zwischen den als Beginn und Ende der Versicherung im Versicherungsschein/Nachtrag festgesetzten Zeitpunkten zu verstehen, inklusive der Nachmeldefrist.

2.3 Der Versicherungsschutz für Ansprüche gegen die Tochtergesellschaft besteht für Pflichtverletzungen, die in der Zeit begangen wurden, als diese Gesellschaft eine Tochtergesellschaft der Versicherungsnehmerin war.

3. RÜCKWÄRTSVERSICHERUNG

Der Versicherer gewährt unbegrenzte Rückwärtsdeckung für alle Pflichtverletzungen von Versicherten, soweit die darauf beruhenden Ansprüche während der Versicherungsperiode oder innerhalb der Nachmeldefrist geltend gemacht werden.

Versicherungsschutz für Ansprüche gegen versicherte Personen einer Tochtergesellschaft besteht für Pflichtverletzungen, die in der Zeit begangen wurden, als diese Gesellschaft eine Tochtergesellschaft der Versicherungsnehmerin war.

§ 4 Ziffer 2 dieser Bedingungen gilt entsprechend.

4. NACHMELDEFRIST

4.1 Nachmeldefrist/ Run-off

Wird das Versicherungsverhältnis nach Ablauf der Versicherungsperiode beendet, so steht dem Versicherungsnehmer eine unverfallbare Schadennachmeldefrist von 72 Monaten zu.

Im Anschluss an die gewährten 72 Monate der unverfallbaren Nachmeldefrist kann eine Nachmeldefrist von weiteren 12 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 15% der letzten Netto-Jahresprämie, von weiteren 24 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 25% der letzten Netto-Jahresprämie, von weiteren 36 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 35% der letzten Netto-Jahresprämie, von 48 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 45% der letzten Netto-Jahresprämie, von 60 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 55% der letzten Netto-Jahresprämie und von 72 Monaten gegen eine Zuschlagsprämie in Höhe von 65% der letzten Netto-Jahresprämie erworben werden, maximal jedoch 144 Monate.

Das Recht kann der Versicherungsnehmer durch Zahlung innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung des Vertrages ausüben. Während dieser Nachmeldefrist sind auch solche Schadenersatzansprüche versichert, die nach Beendigung des Versicherungsvertrages geltend gemacht und dem Versicherer angezeigt werden und auf Pflichtverletzungen beruhen, die vor Beendigung des Vertrages begangen worden sind.

Während der Schadennachmeldefrist sind Schadenersatzansprüche versichert, die nach Beendigung des Versicherungsvertrages geltend gemacht und dem Versicherer angezeigt werden und auf Pflichtverletzungen beruhen, die vor Beendigung des Vertrages begangen wurden.

4.2 Ausscheiden natürlicher Personen ausschließlich aus Alters- und Gesundheitsgründen

Scheiden natürliche Personen, die während der Dauer der Versicherung einschließlich der Rückwärtsversicherung zum Kreis der versicherten Personen gehörten, aus diesem Kreise aus Alters- oder Gesundheitsgründen aus, so gilt abweichend eine unbegrenzte persönliche Nachmeldefrist.

4.3 Prämienverzug

In keinem Fall wird eine Nachmeldefrist gewährt, wenn der Versicherungsvertrag wegen Prämienverzuges gekündigt wurde.

5. VORSORGLICHE UMSTANDSMELDEMÖGLICHKEIT

Die Versicherungsnehmerin, Tochtergesellschaften und versicherte Personen können, wenn ihnen konkrete Informationen zu Pflichtverletzungen von Versicherten vorliegen, die zu einem Anspruch führen könnten, dem Versicherer diese Umstände während der Vertragsdauer vorsorglich in Textform melden. Für den Fall einer späteren Inanspruchnahme der versicherten Person wird fingiert, dass diese Inanspruchnahme zu dem Zeitpunkt der vorsorglichen Meldung der Sachverhalte erstmals erfolgt ist.

Wird das Versicherungsverhältnis beendet, kann eine Meldung von Umständen, die zu einer Inanspruchnahme führen können, innerhalb der unter § 2 Ziffer 4 dieser Bedingungen vereinbarten Nachmeldefristen erfolgen.

Die Möglichkeit einer Umstandsmeldung entfällt, wenn der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen Zahlungsverzuges gekündigt hat.

Erforderlich ist die Bezeichnung der potentiellen Pflichtverletzung einer bestimmten versicherten Person, des möglichen

Schadens und des potentiellen Anspruchstellers bzw. des potentiellen Verfahrens.

Diese genaue Beschreibung der Umstände entfällt bei drohenden Ansprüchen im Sinne von § 3 Ziffer 13 dieser Bedingungen.

6. FUSION/ NEUBEHERRSCHUNG/ LIQUIDATION DER VERSICHERUNGSNEHMERIN

6.1 Geht die Versicherungsnehmerin durch Fusion oder gleichartige Maßnahmen in einem anderen Unternehmen auf, so besteht vorbehaltlich einer anderweitigen Vereinbarung Versicherungsschutz nur für diejenigen Ansprüche, die auf Pflichtverletzungen beruhen, die bis zum Zeitpunkt der rechtlichen Wirksamkeit dieser Veränderung begangen wurden. Die Regelungen in § 2 Ziffer 5 gelten entsprechend.

Rechtliche Wirksamkeit ist die rechtliche Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme gegenüber Dritten.

Der Versicherungsschutz endet in den vorgenannten Fällen mit dem Ablauf der Versicherungsperiode. § 2 Ziffer 4 bleibt unberührt.

6.2 Bei einer Neubeherrschung der Versicherungsnehmerin besteht der Versicherungsschutz fort.

§ 3 Ziffer 8 (Subsidiarität) findet entsprechend Anwendung.

Ist der geltend gemachte Schaden unter mehreren D&O-Verträgen der CNA gedeckt, dann geht die Leistung aus dem anderen Versicherungsvertrag vor und wird von der unter diesem Vertrag zu erbringenden Leistung in Abzug gebracht.

Auf Wunsch der Versicherungsnehmerin wird der Vertrag jedoch bereits zum Zeitpunkt der Neubeherrschung aufgehoben und die Prämie anteilig erstattet. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz nur für bis zum Zeitpunkt der Neubeherrschung begangene Pflichtverletzungen. § 2 Ziffer 4 (Nachmeldefrist) bleibt unberührt.

6.3 Wird die Versicherungsnehmerin freiwillig liquidiert, besteht Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle wegen Pflichtverletzungen, die bis zum Abschluss des Liquidationsverfahrens begangen werden.

7. INSOLVENZ DER VERSICHERTEN GESELLSCHAFTEN

Wird ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Versicherungsnehmerin oder einer versicherten Tochtergesellschaft gestellt, besteht Versicherungs-schutz für Versicherungsfälle sowohl vor als auch wegen nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens begangener Pflichtverletzungen.

8. NEUE TOCHTERGESELLSCHAFTEN/ PERSONEN

Wird eine Tochtergesellschaft während der Versicherungsperiode neu erworben oder gegründet, erstreckt sich der Versicherungsschutz automatisch auch auf diese, es sei denn

- die Gesellschaft hat ihren Sitz in den USA und ihre konsolidierte Bilanzsumme übersteigt 25% der konsolidierten Bilanzsumme der Versicherungsnehmerin oder das Äquivalent von 60 Millionen Euro oder
- Aktien (inkl. deren Derivate, wie bspw. ADR/ADS) dieser Gesellschaft werden an einer Börse gehandelt oder
- Es handelt sich um ein Finanzdienstleistungsunternehmen

Fällt die neu erworbene oder gegründete Tochtergesellschaft nicht unter den automatischen Versicherungsschutz, so besteht für diese Tochtergesellschaft für 3 Monate ab der rechtlichen Wirksamkeit der Maßnahme ein befristeter Versicherungsschutz nach den vorliegenden Bedingungen. Soweit kein unbefristeter Einschluss erfolgt, besteht auch

keine Nachmeldefrist im Sinne der Bedingungen.

Für die neu erworbene oder gegründete Tochtergesellschaft die nicht automatisch mitversichert sind kann eine unbefristete Deckung unter diesem Vertrag gewährt werden, wenn

- die Versicherungsnehmerin dem Versicherer den Erwerb oder die Neugründung spätestens 3 Monate nach dem Erwerb schriftlich mitgeteilt hat. Die Mitteilungsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Leiter der mit dem Versicherungseinkauf betrauten Abteilung bzw. Organe oder Funktionsträger in vergleichbarer Tätigkeit Kenntnis von dem Erwerb oder der Neugründung erlangt haben;
- zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer innerhalb von insgesamt 6 Monaten ab der rechtlichen Wirksamkeit der Maßnahme eine Einigung über die dem Risiko angemessene Prämie und Bedingungen erzielt wird

Anderenfalls besteht für die neu erworbene oder gegründete Tochtergesellschaft und ihre versicherten Personen nach Ablauf dieser Viermonatsfrist kein Versicherungsschutz mehr. Dies gilt auch dann, wenn die mangelnde Einigung auf eine verspätete oder unterlassene Anzeige des Erwerbs oder der Neugründung zurückzuführen ist. Der Versicherungsschutz entfällt dann rückwirkend für die neu erworbenen oder gegründeten Tochtergesellschaften und ihre versicherten Personen.

9. RÜCKWÄRTSDECKUNG FÜR NEU HINZUKOMMENDE TOCHTERGESELLSCHAFTEN

Versicherungsschutz für versicherte Personen während der Vertragsdauer neu hinzukommender Tochterunternehmen besteht ausschließlich für Pflichtverletzungen, die nach Vorliegen der Eigenschaft als Tochterunternehmen im Sinne von § 1 Ziffer 4 begangen worden sind.

Wird ein Anspruch im Sinne der Bedingungen geltend gemacht, so erstreckt sich der Versicherungsschutz darüber hinaus auch auf Pflichtverletzungen,

- die nicht früher als 12 Monate vor dem Erwerb begangen wurden und
- von denen weder die Versicherungsnehmerin, noch das Tochterunternehmen, noch die jeweiligen in Anspruch genommenen versicherten Personen zum Zeitpunkt des Erwerbs Kenntnis hatten.

Mit Beginn der auf den Erwerb der jeweiligen neuen Tochtergesellschaft folgenden neuen Versicherungsperiode besteht das Recht, gegen eine einmalige Mehrprämie von 25% der jährlichen Versicherungsprämie, den vorgenannten rückwirkenden Versicherungsschutz für das neu hinzukommende Tochterunternehmen um weitere 48 Monate zeitlich auszuweiten soweit das neue Tochterunternehmen in den letzten 5 Jahren keinen D&O Versicherungsfall hatte.

Nicht unter diese Regelungen fallen solche neuen Tochtergesellschaften die nicht automatisch als neue Tochtergesellschaften im Sinne von § 2 Ziffer 8 dieser Bedingungen mitversichert sind.

10. VERLUST DER LEITUNG ODER KONTROLLE VON TOCHTERGESELLSCHAFTEN

Im Falle des Verlusts der direkten oder indirekten Leitung oder Kontrolle einer Tochtergesellschaft gemäß § 1 Ziffer 4 besteht Versicherungsschutz für die versicherten Personen dieser Tochtergesellschaften nur für solche Pflichtverletzungen, die vor der rechtlichen Wirksamkeit des Verlusts der direkten oder indirekten Leitung oder Kontrolle begangen wurden. Für versicherte Personen solcher ehemaligen Tochtergesellschaften besteht Nachhaftung bis zum Ende dieses Vertrages bzw. bei Bestehen einer Nachmeldefrist dieses Vertrages bis zum Ende dieser.

11. GESONDERTE NACHMELDEFRIST MIT SEPARATER VERSICHERUNGSSUMME FÜR EHEMALIGE TOCHTERGESELLSCHAFTEN (RUN-OFF-DECKUNG)

Die Versicherungsnehmerin oder das ausscheidende Unternehmen haben das Recht, innerhalb eines Monats nach dem Verlust der direkten oder indirekten Leitung oder Kontrolle einer Tochtergesellschaft von dem Versicherer zu verlangen, für die ehemalige Tochtergesellschaft eine separate Versicherungssumme für eine besonders vereinbarte Nachmeldefrist zu einer Prämie in Höhe von maximal 100% der aktuellen Jahresprämie. Es gilt dann § 4 Ziffer 2 dieser Bedingungen für bis zum Zeitpunkt der rechtlichen Wirksamkeit des Verlustes der direkten oder indirekten Leitung oder Kontrolle bekannte Pflichtverletzungen entsprechend. Der Versicherer kann eine solche Deckungserweiterung nur aus berechtigten Gründen ablehnen.

3. UMFANG DER VERSICHERUNG

1. ABWEHR UND BEFRIEDIGUNG

1.1 Der Versicherungsschutz umfasst sowohl die Prüfung der Haftpflichtfrage, die gerichtliche und außergerichtliche Abwehr unbegründeter sowie die Freistellung der versicherten Personen von begründeten Schadenersatzansprüchen.

1.2 Im Versicherungsfall übernimmt der Versicherer die Abwehrkosten des Versicherten. Die Organisation der Anspruchsabwehr und die Wahl der Rechtsberater obliegen allein den Versicherten. Die Auswahl und Mandatierung eines Anwaltes ist vorab mit dem Versicherer abzustimmen. Der Versicherer kann der Mandatierung des Anwalts aus berechtigten Gründen widersprechen.

Abwehrkosten sind alle Auslagen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Abwehr eines versicherten Anspruchs nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Versicherers entstehen. Der Versicherer kann die Zustimmung nur aus berechtigten Gründen verweigern.

Die Abwehrkosten umfassen auch interne Auslagen (durch eigene Mitarbeiter der Versicherungsnehmerin), sofern die nachfolgende Voraussetzungen vorliegen, wobei der Versicherungsschutz für diese Deckung innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 25.000,-- € limitiert (Sublimit) ist:

- es handelt sich um einen Drittanspruch;
- diese Kosten wären aufgrund der hierfür notwendigen Fachexpertise zwingend auch durch externe Berater entstanden, um den Anspruch sachgerecht abzuwehren:
- das versicherte Unternehmen führt den Nachweis über die konkret entstandenen Kosten und
- hat vor Entstehung der Kosten die Zustimmung des Versicherers einzuholen, um den Abrechnungsmodus zu vereinbaren.

Sofern der Versicherer die Führung des Rechtsstreits übernimmt, gelten die damit verbundenen Kosten des Versicherers als Abwehrkosten. Die Regelung gemäß Ziffer 1.2 Absatz 1 findet entsprechend Anwendung. Dies gilt nicht für die internen Kosten des Versicherers.

Einen Rechtsstreit zur Verteidigung führt die versicherte Person selbst. Sie hat freie Wahl des Rechtsanwalts.

1.3 Falls im Versicherungsschein besonders vereinbart, führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen der Versicherten auf seine Kosten, es sei denn, die Ansprüche werden ganz oder teilweise in den USA oder Kanada oder nach dem dort geltenden Recht betrieben. Soweit der Versicherer die Führung des Rechtsstreits übernimmt, gilt er als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der Versicherten abzugeben.

Die versicherten Personen haben allerdings die freie Wahl des Anwalts, wenn der Versicherer dem nicht ausdrücklich widerspricht.

1.4 Die Abwehr oder der Vergleich eines Anspruchs oder die Freistellung eines Dritten von seiner Haftung sind zwischen dem Versicherer und den Versicherten jeweils vorab abzustimmen.

1.5 Der Versicherer kann in begründeten Fällen den Versicherten verbindliche Weisungen erteilen, ist hierzu jedoch nicht verpflichtet.

1.6 Sofern im Versicherungsfall ein versichertes Unternehmen gegenüber Ansprüchen aus dem Dienstverhältnis oder einem außergerichtlichen Aufhebungs- oder Abfindungsvertrag mit einer versicherten Person mit Schadenersatzansprüchen aufrechnet, die nach den Bedingungen dieses Vertrages versichert sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Kosten zur Geltendmachung dieser Ansprüche aus dem Dienstverhältnis. Bezüglich der dienstvertraglichen Ansprüche führt in Abweichung von § 3 Ziffer 1.2 die versicherte Person den Rechtsstreit.

1.7 Der Versicherer trägt die notwendigen Kosten im Zusammenhang mit der Abwehr von Ansprüchen wegen Rückzahlung oder Rückgabe von Tantiemen, Bezügen oder sonstigen Vorteilen, welche eine versicherte Person im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit ohne wirksamen Rechtsgrund erlangt hat oder erlangt haben soll. Der Versicherer streckt diese notwendigen Kosten bis zur rechtskräftigen Feststellung oder dem Anerkenntnis der ungerechtfertigten Bereicherung vor.

1.8 Corporate Manslaughter and Corporate Homicide Act 2007

Versichert sind in Erweiterung von § 3 Ziffer 1 der Bedingungen Regressansprüche versicherter Gesellschaften gegen versicherte Personen wegen einer Inanspruchnahme einer versicherten Gesellschaft im Rahmen eines Verfahrens im United Kingdom oder in Irland wegen „involuntary corporate manslaughter" nach dem Corporate Manslaughter and Corporate Homicide Act 2007.

Der Versicherungsschutz für diese Deckung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 1 Mio. EUR begrenzt (Sublimit).

Dieses Sublimit gilt nicht für Abwehrkosten.

Der Versicherer übernimmt zudem die Kosten der Rechtsvertretung und –beratung versicherter Personen zur Vermeidung eigener rechtlicher Nachteile bei der Einbeziehung in gegen versicherte Gesellschaften gerichtete Verfahren im United Kingdom oder in Irland wegen „involuntary corporate manslaughter" nach dem Corporate Manslaughter and Corporate Homicide Act 2007 auch dann, wenn eine Geltendmachung von Ansprüchen gemäß Absatz 1 gegen die versicherte Person noch nicht erfolgt ist und dem Versicherer innerhalb des versicherten Zeitraums ein solcher Sachverhalt schriflich gemeldet wird.

Der Zugang einer solchen Meldung beim Versicherer wird der Geltendmachung eines Anspruchs gleichgestellt. § 3 Ziffer 2 Absatz 2 der Bedingungen findet keine Anwendung.

2. ALLOKATION

Werden Ansprüche

a. sowohl gegen versicherte Personen als auch gegen nicht versicherte Personen,
b. sowohl gegen versicherte Personen als auch gegen versicherte Gesellschaften oder
c. sowohl aufgrund versicherter als auch aufgrund nicht versicherter Sachverhalte

erhoben, so besteht Versicherungsschutz für den Anteil der Abwehrkosten und/oder Vermögensschäden, der dem Haftungsanteil der Versicherten für versicherte Sachverhalte entspricht.

Hinsichtlich der Zuordnung der Abwehrkosten und der Bestimmungen des Anteils der Versicherten an den Schadenersatzleistungen gilt Folgendes: Der Versicherer ist gegenüber den Versicherten unter Abwägung der Erfolgsaussichten berechtigt, eine interessengerechte Schätzung des versicherten Anteils an den gegen die Parteien gerichteten Ansprüche vorzunehmen. Sofern im Anschluss an die Schätzung eine abweichende Bestimmung des versicherten Anteils durch gerichtliches Urteil, Vergleich oder sonstige rechtsverbindliche Vereinbarung erfolgt, wird eine etwaige Differenz jeweils erstattet.

Hiervon abweichend trägt der Versicherer auf Wunsch der Versicherungsnehmerin in Fällen gemäß Buchstabe (a) und (b) dieser Ziffer die gesamten Abwehrkosten, solange die rechtlichen Interessen durch denselben Rechtsanwalt vertreten werden. Der Versicherer behält sich einen Regress gegen nicht versicherte natürliche Personen vor.

Die gewährten Abwehrkosten beziehen sich nicht auf Ansprüche im Zusammenhang mit EPL-Ansprüchen im Sinne von § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen, die sich gegen versicherte Gesellschaften richten sowie Untersuchungskosten gem. § 3 Ziffer 29

3. VERSICHERUNGSSUMME

Die im Versicherungsschein bezifferte Versicherungssumme stellt die Höchstleistung des Versicherers pro Versicherungsfall und für alle Versicherungsfälle innerhalb einer Versicherungsperiode insgesamt dar, inklusive der Abwehrkosten und sonstiger Versicherungsleistungen. Interne Abwehrkosten des Versicherers werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet.

Abwehrkosten sind z.B. Aufwendungen zur Abwehr oder Minderung, Gerichts-, Anwalts-, Zeugen-, und Sachverständigenkosten und sogenannte forensische Kosten.

Sonstige Versicherungsleistungen sind z.B. alle auf die Forderungen des Anspruchstellers zu entrichtenden Zinsen.

Für sämtliche während der Nachmeldefrist eintretenden und dem Versicherer gemeldeten Versicherungsfälle steht der nicht durch Zahlung und Aufwand für die Verteidigung verbrauchte Teil der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme der zuletzt abgelaufenen Versicherungsperiode zur Verfügung. Für die Nachmeldefrist gemäß § 2 Ziffer 4.2.1 dieses Vertrages ist die Versicherungsperiode des Ausscheidens der versicherten Person maßgeblich.

Sofern ausdrücklich eine gesonderte Versicherungssumme vereinbart ist, stehen die Versicherungssummen nebeneinander zur Verfügung.

Rechtsanwalts- und Sachverständigenkosten werden auch im Umfang einer eventuellen Honorarvereinbarung übernommen, sofern diese angemessen ist und mit dem Versicherer vorab schriftlich abgestimmt wurde. Die Angemessenheit wird regelmäßig vermutet, sofern ein Stundensatz von max. 400,-- € für einen Voll-Partner/Senior-Partner bzw. 350,-- € für einen Managing Associate bzw. 300,-- € für einen angestellten Anwalt nicht überschritten wird und der jeweilige Rechtsanwalt den Nachweis führen kann, in der Vergangenheit bereits Organhaftungsfälle bearbeitet zu haben.

Hat die versicherte Person infolge einer von dem Versicherer nach Abschluss einer endgültigen Deckungsentscheidung veranlassten Verzögerung der Befriedigung des Anspruchstellers Zinsen an diesen zu entrichten, übernimmt der Versicherer deren Bezahlung selbst dann, wenn die Deckungssumme bereits verbraucht sein sollte.

Abwehrkosten werden auch dann bis zur Deckungssumme als Höchstgrenze im Sinne von Absatz 1 übernommen,

wenn in einem Versicherungsfall der Streitwert die Deckungssumme übersteigt.

4. ABWEHRKOSTENZUSATZLIMIT

4.1 Ist die Versicherungssumme dieses Grundvertrages und aller sich daran anschließenden Exzedentenverträge durch Zahlung vollständig verbraucht, steht den versicherten Personen für Abwehrkosten ein zusätzliches Limit in Höhe von 20% der Versicherungssumme, maximal jedoch 1,5 Mio. EUR zur Verfügung (Zusatzlimit), jedoch nur, soweit die Gesamtsumme aus Versicherungssumme und Abwehrkostenzusatzlimit EUR 15 Mio. nicht übersteigt.

4.2 Ist die Versicherungssumme dieses Grundvertrages und aller sich daran anschließenden Exzedentenverträge durch Zahlung vollständig verbraucht, steht ausschließlich den bei der Versicherungsnehmerin tätigen versicherten Personen im Sinne von § 1 Ziffer 2.1.1 (Bestellte Organmitglieder) für Abwehrkosten ein zusätzliches Limit in Höhe von 20% der Versicherungssumme, maximal jedoch 1,5 Mio. EUR zur Verfügung (Zusatzlimit), jedoch nur, soweit die Gesamtsumme aus Versicherungssumme und Abwehrkostenzusatzlimit EUR 15 Mio. nicht übersteigt.

5. SERIENSCHÄDEN

Mehrere Ansprüche eines oder mehrerer Anspruchsteller gegenüber einem oder mehreren entschädigungspflichtigen versicherten Personen

- durch dieselbe Pflichtverletzung oder
- durch mehrere unmittelbar auf derselben Ursache oder unmittelbar auf den gleichen Ursachen beruhenden Pflichtverletzungen, wenn zwischen gleichen Ursachen ein innerer, insbesondere sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht,

gelten als ein Versicherungsfall. Dieser gilt unabhängig von dem tatsächlichen Zeitpunkt der Geltendmachung der einzelnen Ansprüche als zu dem Zeitpunkt eingetreten, zu dem der erste gedeckte Anspruch geltend gemacht wurde.

Ein Selbstbehalt fällt dann insgesamt nur einmal an.

6. SELBSTBEHALT

In jedem Versicherungsfall tragen die in Anspruch genommenen Versicherten jeweils den im Versicherungsschein aufgeführten Betrag von der Entschädigungszahlung selbst (Selbstbehalt).

Dies gilt nicht

- bei vollumfänglicher Abwehr des Anspruchs;
- soweit die Ansprüche gegen leitende Angestellte gemäß § 1 Ziffer 2.1.5 gerichtet sind;
- bei Kosten im Zusammenhang mit Straf- und Ordnungswidrigkeitsverfahren gemäß § 3 Ziffer 7 dieser Bedingungen.

Sind mehrere Selbstbehalte auf einen Versicherungsfall anwendbar, so findet allein der höchste Selbstbehalt Anwendung.

Stellt die versicherte Gesellschaft die versicherten Personen nicht frei, obwohl diese im Verhältnis zur versicherten Person dazu rechtlich verpflichtet wäre, so wendet der Versicherer bei der Leistung an versicherte Personen den für die versicherte Person vereinbarten Selbstbehalt an. Die Versicherungsnehmerin bzw. die freistellungsverpflichtete Gesellschaft ist verpflichtet, dem Versicherer die Differenz zum Selbstbehalt der versicherten Gesellschaft zu erstatten.

7. STRAFRECHTSSCHUTZ

7.1 Wird gegen eine versicherte Person während des versicherten Zeitraums wegen einer Pflichtverletzung, welche einen

versicherten Anspruch zur Folge haben kann, ein Straf- oder Ordnungswidrigkeitsverfahren oder ein anderes behördliches Untersuchungsverfahren eingeleitet, übernimmt der Versicherer die Abwehrkosten für die versicherten Personen zum Zwecke der Verteidigung.

Der Versicherer übernimmt in diesem Fall auch die angemessenen Kosten für die Stellung einer straf- oder zivilrechtlichen Sicherheitsleistung (Kaution).

7.2 Kosten für die Verteidigung wegen einer Pflichtverletzung, welche im Zusammenhang mit Straf- und Ordnungswidrigkeiten auf der Grundlage des Kartell- und Wettbewerbsrechts entstehen werden unter vorläufigen Kostenschutz gestellt. Die Regelungen gemäß § 4 Ziffer 1 bleiben hiervon unberührt.

7.3 Die Information an die versicherte Person über die Einleitung eines Verfahrens wird der Geltendmachung eines Anspruchs gleichgestellt.

8. SUBSIDIARITÄT

Ist die Haftung für Vermögensschäden zugunsten Versicherter auch unter einem anderen D&O Versicherungsvertrag versichert, so steht diese Versicherung nur im Anschluss an die von der anderen Versicherung erfolgte Zahlung bzw. Verpflichtung zur Freistellung zu Verfügung. Dies gilt auch dann, wenn der andere Versicherungsvertrag nicht mehr besteht, der Schaden aber unter einer darin vereinbarten Nachmeldefrist gemeldet werden könnte oder hätte gemeldet werden können.

Versicherungsschutz besteht in Ergänzung zu der Leistung des anderen Versicherers, soweit der Versicherungsschutz unter diesem Vertrag weiter ist als unter dem anderen einschlägigen Versicherungsvertrag (Konditionendifferenzdeckung) oder der anderweitige Versicherungsschutz durch Zahlung verbraucht ist (Summenausschöpfungsdeckung).

Erhält der Versicherte aus dem anderweitigen Versicherungsvertrag oder aus der Freistellungsverpflichtung wegen dauerhafter Zahlungsunfähigkeit (Insolvenz) des anderen Versicherers oder des zur Freistellung Verpflichteten keine Leistung, so leistet der Versicherer unmittelbar gegen Abtretung der Ansprüche des Versicherten.

Enthält ein anderweitig bestehender Vertrag hiermit vergleichbare Regelungen, so geht der Versicherungsvertrag vor, der mit dem geltend gemachten Schaden in engerem sachlichem Zusammenhang steht. Ein enger sachlicher Zusammenhang besteht, insbesondere aber nicht ausschließlich, zu dem Vertrag

- den eine versicherte Gesellschaft als eigenen Versicherungsvertrag gesondert unterhält und/oder
- den eine Profit- oder Non-Profit-Organisation als eigenen Versicherungsvertrag gesondert unterhält und/oder
- der für das versicherte Riskiko eine speziellere Deckung, insbesondere aber nicht ausschließlich, eine EPL-(Employment Practices Liability) oder IPO-Deckung, bietet.

Sofern ein engerer sachlicher Zusammenhang nicht erkennbar ist, wird die Versicherungsleistung aus dem zeitlich früher abgeschlossenen Vertrag, im Falle einer Nachhaftungsdeckung aus dem zeitlich später abgeschlossenen Vertrag vorrangig erbracht.

Im Falle der Weigerung des Vorversicherers, egal aus welchem Grund, ist der aktuelle Versicherer uneingeschränkt vorleistungspflichtig.

9. ZAHLUNGSREIHENFOLGE

Bestehen aus diesem Vertrag Leistungspflichten sowohl zugunsten versicherter Personen als auch zugunsten versicherter Gesellschaften und ist die Leistungspflicht zugunsten versicherter Gesellschaften noch nicht wirksam erbracht, so geht die Leistungspflicht aus diesem Vertrag zugunsten versicherter Personen vor.

Leistungsanerkenntnisse des Versicherers zugunsten versicherter Gesellschaften gelten bis zur wirksamen Leistung als vorbehaltlich einer vorrangigen Leistung an versicherte Personen abgegeben.

10. KUMULKLAUSEL

Ist der geltend gemachte Schaden unter mehreren D&O Verträgen der CNA Gruppe gedeckt, so ist die Leistung des Versicherers insgesamt auf die höchste seiner summen mäßigen Beteiligungen je Versicherungsfall und Versicherungsperiode begrenzt.
Hiervon ausgenommen bleiben Versicherungsverträge, die ausdrücklich als Exzedentenversicherung oder Run-off-Verträge zu dem vorliegenden Versicherungsvertrag vereinbart wurden.

11. VORLÄUFIGE ÜBERNAHME DER ABWEHRKOSTEN

Ist unklar, ob ein Anspruch unter diesem Vertrag versichert ist, so übernimmt der Versicherer vorläufig die Abwehrkosten.

Der Versicherer verzichtet auf eine Rückforderung der von ihm übernommenen Abwehrkosten. Dies gilt selbst dann, wenn sich später herausstellt, dass der Versicherer zur Leistung nicht verpflichtet war.

Die Rückerstattungspflichten gemäß § 4 Ziffer 1 oder § 9 Nr. 2 dieses Vertrages bleiben hiervon unberührt.

Die Übernahme der Abwehrkosten bedeutet nicht zugleich, dass der Versicherer Deckung / Haftung unter diesem Vertrag anerkennt.

12. ANSPRUCHSERHEBUNG MIT GESELLSCHAFTSRECHTLICHEN MASSNAHMEN

Ein Anspruch gilt bereits dann als erhoben, wenn

- die Hauptversammlung nach § 147 Abs 1 AktG oder einer vergleichbaren ausländischen Rechtsvorschrift beschlossen hat, dass Ansprüche einer versicherten Gesellschaft gegen eine versicherte Person geltend gemacht werden müssen;
- die Hauptversammlung nach § 147 Abs.2 AktG oder einer vergleichbaren ausländischen Rechtsvorschrift besondere Vertreter zur Geltendmachung von Ansprüchen gegen eine versicherte Person bestellt hat;
- Aktionäre ein Klagezulassungsverfahren nach § 148 Abs. 1 AktG oder einer vergleichbarer ausländischen Rechtsvorschrift wegen Ansprüchen gegen versicherte Personen beantragt haben,
- Ein gerichtlicher Antrag von Aktionären zur Bestellung eines anderen als dem satzungsgemäßen Vertreter gestellt wird;
- Aktionäre eine versicherte Gesellschaft schriftlich auffordern, einen Anspruch gegen eine versicherte Person geltend zu machen;
- ein Sonderprüfer nach § 142 AktG oder einer vergleichbaren ausländischen Rechtsvorschrift bestellt worden ist.

13. DROHENDE ANSPRÜCHE

Steht ein Versicherungsfall mit Wahrscheinlichkeit bevor, weil beispielsweise

- einer versicherten Person die Entlastung verweigert wird,
- einer versicherten Person schriftlich oder mündlich Ansprüche angekündigt oder angedroht werden,
- einer versicherten Person eine Abmahnung erteilt wird,
- einer versicherten Person der Widerruf ihrer Organtätigkeit (Abberufung) ausgesprochen wird,
- einer versicherten Person der Dienst- bzw. Anstellungsvertrag fristlos oder aus wichtigem Grund gekündigt oder dessen Kündigung angedroht wird,
- die versicherte Person aufgefordert wurde, wegen eines Haftpflichtanspruchs vorübergehend auf die Einrede der Verjährung zu verzichten

- vereinbarte Leistungen aus dem Dienst- bzw. Anstellungsvertrag einer versicherten Person nicht erbracht bzw. gekürzt werden,
- einer versicherten Person im Zusammenhang mit einer Pflichtverletzung der Streit verkündet wird,
- oder in vergleichbaren Fällen Ansprüche angedroht werden,
- oder wird gegen eine versicherte Gesellschaft Anfechtungsklage erhoben,
- oder ein Leistungs- oder Unterlassungsanspruch mit einem Streitwert von mindestens 50.000,-- € geltend gestellt,
- einer versicherten Person gegenüber ein Angebot zur vorzeitigen Aufhebung des Dienst- bzw. Anstellungsvertrages unterbreitet wird,
- eine Entscheidung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung im Rahmen der genossenschaftlichen Pflichtprüfung festgestellt wird,
- der Aufsichtsrat oder Beirat ein Gutachten in Auftrag gibt, dass sich u.a. mit der Frage auseinandersetzen soll, ob möglicherweise ein Pflichtverstoß auf Seiten der Organe vorliegen könnte,
- ein protokollierter Beschluss vorliegt, der nach Auffassung des Kontrollorgans bzw. der Haupt- oder Gesellschafterversammlung aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen ein haftungsrelevantes Verhalten der versicherten Person bejaht,
- die Veranlassung eines Güteantrages gemäß § 204 Absatz. 1 Nr. 4 BGB erfolgte.

so bietet der Versicherer Versicherungsschutz auch dann, wenn die geltend machenden Ansprüche gegen die versicherte Person noch nicht erfolgt, jedoch möglich sind und dem Versicherer innerhalb des versicherten Zeitraums ein solcher Sachverhalt in Textform gemeldet wird. Die oben aufgeführten Punkte werden als mögliche Versicherungsfälle im Sinne der Bedingungen angesehen.

Der Versicherer übernimmt die Abwehrkosten für eine Überprüfung der haftungsrechtlichen Risiken und der zur Abwehr geeigneten Maßnahmen zum Zwecke der frühzeitigen Verteidigung der versicherten Person gegen einen Anspruch. Es gelten die Regelungen des § 3 Ziffer 1 dieser Bedingungen entsprechend.

Der Zugang einer solchen Meldung beim Versicherer wird der Geltendmachung eines Anspruchs gleichgestellt. Mit dem Vorliegen der vorher aufgelisteten Ereignisse werden keine Meldeobliegenheiten im Sinne der Bedingungen ausgelöst.

14. KOSTEN ZUR MINDERUNG DES REPUTATIONSSCHADENS

Der Versicherer gewährt Versicherungsschutz für die Kosten zur Minderung eines drohenden Reputationsschadens einer versicherten Person wegen eines Versicherungsfalls, vorausgesetzt, dass die Versicherungsnehmerin bzw. das mitversicherte Tochterunternehmen die versicherte Person von diesen Kosten nicht freigestellt hat.

Sofern die dem Versicherungsfall zugrunde liegende Pflichtverletzung vorsätzlich begangen wurde und der Vorsatz durch gerichtliche Entscheidung, Vergleich oder Anerkenntnis rechtskräftig festgestellt wird, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend und die bis dahin aufgewandten Kosten sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

Der Versicherungsschutz beinhaltet die angemessenen Kosten für die Beratung durch einen externen Public Relations-Berater, den die versicherte Person in Abstimmung mit dem Versicherer beauftragt hat, um den Schaden für das Ansehen der versicherten Person, der wegen eines Schadenersatzanspruches gemäß § 1 Ziffer 1.4 der Bedingungen aufgrund von Medienberichten oder anderen öffentlich zugänglichen Informationen Dritter eingetreten ist bzw. einzutreten droht, zu mindern.

Der Versicherungsschutz für diese Deckung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 500.000,-- € limitiert (Sublimit).

15. FORENSISCHE DIENSTLEISTUNGEN

Der Versicherer trägt im Versicherungsfall im Rahmen der Abwehrkosten die angemessenen Kosten eines forensischen Dienstleisters für die tatsächliche Sachverhaltsaufklärung, Beweisermittlung, Beweissicherung und Beweisbeibringung, die zur Erfüllung der prozessualen Darlegungs- und Beweisobliegenheiten der in Anspruch genommenen versicherten Person erforderlich sind. Die versicherten Personen haben die freie Wahl eines forensischen Dienstleisters, wenn der Versicherer dem nicht ausdrücklich widerspricht.

16. AUSLIEFERUNGSRECHTSSCHUTZ

Wird gegen eine versicherte Person wegen einer Pflichtverletzung Untersuchungshaft angeordnet oder ein formeller Bescheid über ein Auslieferungsgesuch zugestellt oder ihr gegenüber ein Haftbefehl infolge eines Auslieferungsgesuchs vollstreckt, so übernimmt der Versicherer zusätzlich die notwendigen und angemessenen Auslagen der versicherten Person. Diese beinhalten Versandkosten für Medikamente, gegebenenfalls Verpflegungs- und Unterbringungskosten der versicherten Personen, die Kosten der Benachrichtigung naher Angehöriger sowie die im Rahmen der Einschaltung von Behörden (insbesondere Botschaften und Konsulate) anfallenden Kosten.

Der Versicherungsschutz für diese Deckung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 100.000,-- € limitiert (Sublimit).

17. ERMITTLUNGSKOSTEN

Der Versicherer trägt die angemessenen Kosten, Gebühren und Aufwendungen, zu deren Zahlung die Versicherungsnehmerin, eine versicherte Gesellschaft bzw. mitversicherte Unternehmen/Organisationen aufgrund einer behördlichen Untersuchung im Zusammenhang mit Bestimmungen des Anlageschutzes verpflichtet sind.

18. NOTFALLKOSTEN

Der Versicherer genehmigt rückwirkend die angemessenen Kosten für die Mandatierung eines Anwaltes durch Versicherte, wenn und soweit eine vorherige Zustimmung des Versicherers nicht binnen angemessener Zeit erfolgen konnte, weil zum Beispiel Verteidigungsmaßnahmen ohne Verzögerung zu setzen waren. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte die Schadenanzeige unverzüglich nachholt.

Der Versicherungsschutz für diese Deckungserweiterung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 10% der Versicherungssumme begrenzt (Sublimit).

19. ARRESTVERFAHREN

Der Versicherungsschutz umfasst die Abwehrkosten im Fall eines persönlichen und/oder dinglichen Arrestverfahrens oder vergleichbarer Verfahren nach ausländischer Rechtsordnung gegen eine versicherte Person, welche der Sicherung eines unter § 1 Nr. 1.1 der Bedingungen fallenden Anspruchs dient.

Der Versicherungsschutz für diese Deckung ist innerhalb der Versicherungssumme pro Versicherungsfall und insgesamt pro Versicherungsperiode auf 100.000,-- € limitiert (Sublimit).

20. FOREIGN CORRUPT PRACTICES ACT BZW. ANALOGE RECHTSNORMEN

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Versicherungsfälle nach § 1 Nr. 1.1 der Bedingungen im Zusammenhang mit einer angeblichen oder tatsächlichen Verletzung des Foreign Corrupt Practices Act der USA inklusive novellierter Fassung oder vergleichbarer ausländischer Rechtsvorschriften.

Ausschließlich für die Zwecke dieser Ziffer umfasst der Begriff des Vermögensschadens auch zivilrechtliche Strafen und Bußen, die gegen eine versicherte Person oder einen Arbeitnehmer eines versicherten Unternehmens gemäß Sektion 78ff (c)(2) (B) oder Sektion 78 dd – 2 (g) (2) (B) des Foreign Corrupt Practices Act oder vergleichbarer ausländischer Rechtsvorschriften nach Absatz 1 verhängt werden, insbesondere jene Strafen und Bußen, für welche den versicherten Unternehmen aus rechtlichen Gründen eine teilweise oder vollständige Freistellung untersagt ist. Der Versicherungsschutz für die Kompensation der Strafen und Bußen ist begrenzt auf US-$ 100.000 pro versicherter Person bzw. Arbeitnehmer, sowie insgesamt mit US-$ 1 Mio. pro Versicherungsfall und Jahr.

21. ASSISTANCE LEISTUNGEN

Werden fällige Lohnzahlungen eingefroren, entzogen oder beschlagnahmt, oder behält eine versicherte Gesellschaft fällige Lohnzahlungen an versicherte Personen im Zusammenhang mit einem Anspruch ein, so übernimmt der Versicherer für eine Dauer von höchstens 12 Monaten bis zu einer Höhe von höchstens 50% des Bruttojahresfixlohnes der versicherten Person die folgenden fortlaufend anfallenden Kosten, für welche die versicherte Person zum Zeitpunkt der Maßnahme oder der Einbehaltung regelmäßig aufzukommen hat:

a. Schulbildung (insbesondere Gebühren, Lehrmittel);
b. Unterkunft (insbesondere Gebühren, Mietzins, Hypothekarzins);
c. Versorgungsunternehmen (insbesondere Elektrizität, Gas, Wasser);
d. persönliche Versicherungen (insbesondere Krankheit und Unfall).

Wird die Maßnahme wieder aufgehoben, oder werden die einbehaltenen Lohnzahlungen wieder freigegeben, so ist die versicherte Person zur Rückerstattung sämtlicher im Rahmen dieser Zusatzdeckung erbrachten Leistungen an den Versicherer verpflichtet.

Sämtliche gezahlten Leistungen sind von versicherten Personen zu erstatten, wenn sich nach Abschluss oder Aufhebung der Maßnahmen oder nach Abschluss der Schadenverhandlungen herausstellt, dass sich die versicherten Personen einen illegalen Vorteil verschafft haben, Gehalts- oder Lohnzahlungen oder sonstige Vorteile zu Unrecht erlangt haben oder zu denen sie rechtlich nicht berechtigt waren, oder sich herausstellt das sie in betrügerischer Absicht gehandelt haben oder bewusste kriminelle Handlungen zugrunde lagen.

22. KONTINUITÄT & INNOVATIONSGARANTIE

Im Fall der Einschränkung des Versicherungsschutzes dieses Vertrages hinsichtlich des bedingungsgemäßen Deckungsumfanges gilt für Pflichtverletzungen vor der Einschränkung der zu diesem Zeitpunkt gültige Deckungsumfang. Diese Regelung bezieht sich nicht auf die Deckungssummen dieses Vertrages.

Von dieser Regelung kann auch in den folgenden Versicherungsperioden rückwirkend nicht zum Nachteil dieser versicherten Personen abgewichen werden.

Veröffentlicht der Versicherer in Deutschland während der Dauer der Versicherung ein neues Standard-Bedingungswerk für die D&O-Versicherung, gelten diejenigen Bedingungsbestandteile des neuen Standard-Bedingungswerks, die ausschließlich Vorteile für Versicherte beinhalten, auch für diesen Vertrag. Dies gilt nicht für etwaige Besondere Bedingungen dieses Vertrages.

23. GEHALTSFORTZAHLUNG

Werden fällige Lohnzahlungen eingefroren, entzogen, beschlagnahmt oder aufgerechnet, oder behält eine versicherte Gesellschaft fällige Lohnfortzahlungen an versicherte Personen im Zusammenhang mit einem Anspruch ein, werden die Gehaltsforderungen versicherter Personen in der zum Zeitpunkt der Fälligkeit bestehenden Höhe fortlaufend vom Versicherer erstattet. Die Gehaltsfortzahlung wird höchstes für die Dauer von 12 Monaten geleistet.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 250.000,-- Euro.

Soweit der versicherten Person – insbesondere wegen Unwirksamkeit der Maßnahme der versicherten Gesellschaft – ein Ersatzanspruch zusteht, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer die Gehaltsfortzahlung ersetzt.

24. KOSTEN EINER NEGATIVEN FESTSTELLUNGSKLAGE

Wird versicherten Personen schriftlich vorgeworfen, eine Pflichtverletzung begangen zu haben, die zu einem gedeckten Versicherungsfall gemäß § 1 Ziffer 1 dieser Bedingungen führen könnte, übernimmt der Versicherer nach Abstimmung, die Kosten einer hiergegen erhobenen zulässigen negativen Feststellungsklage gegen denjenigen, der den Vorwurf erhoben hat, sofern dies zur Vermeidung des Eintritts des Versicherungsfalls führen kann.

Ist es der betroffenen versicherten Person – z.B. wegen Abberufung, Freistellung oder Entlassung – nicht mehr möglich, entlastende Unterlagen zu sichten oder zu sichern, übernimmt der Versicherer die Kosten für die notwendige (auch gerichtliche) Durchsetzung der Auskunfts- und Herausgabeansprüche der versicherten Person.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 250.000,-- Euro.

25. UNTERSTÜTZUNG BEI ZEUGENVERNEHMUNG

Der Versicherer übernimmt die Kosten eines Rechtsanwalts, der bei einer Zeugenvernehmung einer versicherten Person hinzugezogen wird, um die Gefahr einer Selbstbelastung der versicherten Person zu verhindern oder zu verringern. Voraussetzung ist, dass der Vernehmungsgegenstand im Zusammenhang mit einer bei der Versicherten Tätigkeit begangen Pflichtverletzung steht, die entweder bereits einen diesen Vertrag gedeckten Versicherungsfall ausgelöst hat oder durch die dem Versicherer mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein versicherungsvertragliche Freistellungspflicht droht.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 250.000,-- Euro.

26. ABWEHR VON UNTERLASSUNGSANSPRÜCHEN

Wird gegen eine versicherte Person im Zusammenhang mit einer Pflichtverletzung, die möglicherweise zu einem Versicherungsfall im Sinne der Bedingungen führen kann, ein Anspruch auf Unterlassung geltend gemacht, so trägt der Versicherer die notwendigen und angemessenen Kosten der Verteidigung (Anwalts- und Verfahrenskosten).

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 250.000,-- Euro.

27. FIRMENSTELLUNGNAHME

Der Versicherer übernimmt die Kosten eines Rechtsanwalts, der eine im Interesse der Versicherungsnehmerin oder eines Tochterunternehmens liegende Stellungnahme gegenüber einer Behörde abgibt, die ein Verfahren im Sinne von § 3 Ziffer 7 gegen unbestimmte versicherte Personen der Versicherungsnehmerin oder eines Tochterunternehmens betreibt. Voraussetzung ist, dass der Verfahrensgegenstand mit einer bei der versicherten Tätigkeit begangenen Pflichtverletzung in Zusammenhang steht, die entweder bereits einen durch diesen Vertrag gedeckten Versicherungsfall ausgelöst hat oder durch die der CNA eine versicherungsvertragliche Freistellungspflicht droht.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 250.000,-- Euro

28. UNTERSTÜTZUNG IN VERFAHREN DER STIFTUNGSAUFSICHT UND BEI ABERKENNUNG DER GEMEINNÜTZIGKEIT

Wird der Versicherungsnehmerin oder einem Tochterunternehmen schriftlich von einer Behörde die stiftungsrechtliche Genehmigung entzogen, die vollständige Aberkennung der Verfolgung steuerbegünstigter Zwecke (z.B. nach §§ 51 ff., 63 AO oder ähnlicher Vorschriften) oder die zwangsweise Aufhebung aus einem anderen Grund als Insolvenz oder Zweckänderung der Stiftung angedroht, übernimmt der Versicherer die Kosten der Verteidigung gegen diese behördlichen Maßnahmen.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 50.000,-- Euro

29. UNTERSUCHUNGSKOSTEN

Wird eine versicherte Person schriftlich zur Teilnahme an einer Untersuchung aufgefordert und darüber informiert, dass sich eine Untersuchung gegen sie richtet, übernimmt der Versicherer ihre Untersuchungskosten, sofern der Untersuchung eine Pflichtverletzung der versicherten Person gemäß § 1 Ziffer 1 dieser Bedingungen möglicherweise zugrunde liegt.

Untersuchungskosten sind alle notwendigen und angemessenen Auslagen, die einer versicherten Person nach vorheriger Zustimmung des Versicherers wegen Vorbereitung auf/oder der Teilnahme an einer Untersuchung zur Wahrung ihrer Interessen entstehen. Der Versicherer darf seine Zustimmung nur aus berechtigten Gründen verweigern.

Untersuchung ist jede behördliche Anhörung, aufsichtsrechtliche Kontrolle oder sonstige Untersuchung in Bezug auf Angelegenheiten einer versicherten Gesellschaft oder einer Drittgesellschaft oder in Bezug auf eine versicherte Person. Untersuchung ist auch eine interne Untersuchung einer versicherten Gesellschaft in Bezug auf Angelegenheiten einer versicherten Gesellschaft oder in Bezug auf eine versicherte Person, die eine Behörde von dieser verlangt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Routineuntersuchungen bzw. Prüfungen. Hierunter fallen z. B. routinemäßige aufsichtsrechtliche Untersuchungen, welche mehr auf einen Industriezweig als auf das versicherte Unternehmen oder eine versicherte Person abzielen.

Von dieser Deckungserweiterung nicht umfasst sind Untersuchungen, die im Rechtsgebiet der U.S.A. betrieben werden, auf US-Gesetzen beruhen oder von der US Securities and exchange Commission (SEC) durchgeführt werden.

Es gilt innerhalb der Deckungssumme pro Versicherungsfall und -periode ein Sublimit von 500.000,-- Euro.

4. AUSSCHLÜSSE

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Ansprüche:

1. VORSATZ UND WISSENTLICHE PFLICHTVERLETZUNG

wegen oder aufgrund von wissentlichen Pflichtverletzungen. Deckung besteht jedoch für Ansprüche wegen oder aufgrund von bedingt vorsätzlichen Pflichtverletzungen.

Verletzt eine versicherte Person Richtlinien oder sonstige Vorschriften, liegt Wissentlichkeit im Sinne dieses

Ausschlusses auch dann nicht vor, wenn und soweit die versicherte Person angenommen hat, auf der Grundlage angemessener Informationen zum Wohle der Gesellschaft oder auf der Grundlage eines anderen Rechtfertigungsgrundes gehandelt zu haben.

Soweit das Vorliegen einer wissentlichen Pflichtverletzung streitig ist, besteht zwingend vorläufiger Versicherungsschutz für die Abwehrkosten bis zu dem in Satz 3 dieses Absatzes beschriebenen Zeitpunkt. Diese Regelung zu den Abwehrkosten bezieht sich auch auf nur vorsätzlich begehbare Tatbestände. Wird die wissentliche Pflichtverletzung durch eigenes Eingeständnis, oder in einem Zivilverfahren rechtskräftig festgestellt, so wird der Versicherer rückwirkend von seiner Leistungspflicht befreit. Die bereits übernommenen Abwehrkosten sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

Der vorläufige Abwehrkostenschutz wird auch für den Fall gewährt, dass der Anspruch auf Schadenersatz auf eine Anspruchsgrundlage gestützt wird, die nur bei Vorsatz gegeben sein kann.

Die Übernahme der Abwehrkosten bedeutet nicht, dass der Versicherer Deckung und / oder Haftung unter diesem Vertrag anerkennt.

2. BEKANNTE PFLICHTVERLETZUNGEN UND VERFAHREN

wegen oder aufgrund von Pflichtverletzungen,

- die einem Repräsentanten der Versicherungsnehmerin, den in Anspruch genommenen Versicherten oder den mit der Verhandlung und Vereinbarung dieses Versicherungsvertrages befassten Personen zu Beginn des Vertrages oder dem gegebenenfalls im Versicherungsschein festgelegten Kontinuitätsdatum bekannt war oder
- die bereits unter einem anderen Versicherungsvertrag oder einer früheren Versicherungsperiode dieses Vertrages gemeldet wurde.

Nicht versichert sind des Weiteren Ansprüche wegen oder aufgrund von gerichtlichen oder behördlichen Verfahren gegen Versicherte, die bereits an oder vor dem Kontinuitätsdatum eingeleitet, anhängig oder abgeschlossen waren. Hier kommt es auf die objektive Kenntnis der Repräsentanten gemäß § 8 dieser Bedingungen an. Ein Anspruch gilt als objektiv bekannt, wenn ein Vorkommnis von den Repräsentanten als – wenn auch nur möglicherweise fehlsam erkannt oder ihnen gegenüber – wenn auch nur bedingt – als fehlsam bezeichnet worden ist, auch wenn ein Schadenersatzanspruch weder erhoben noch angedroht noch befürchtet worden ist.

Es gilt § 3 Ziffer 5 dieses Vertrages entsprechend.

3. USA, USA UMWELT

die in den USA oder nach dem dort geltenden Recht erhoben werden,

- soweit sie ganz oder teilweise auf tatsächlichen oder angeblichen Verstößen gegen Bestimmungen des US-Gesetzes über die Emission von Wertpapieren (Securities Act von 1933), des US-Gesetzes über den Handel von Wertpapieren (Securities Exchange Act von 1934) sowie aller Ergänzungen dazu, oder auf Verstößen gegen entsprechende bundes- oder einzelstaatliche Bestimmungen oder damit zusammenhängende Grundsätze des Common Law in den USA beruhen:
- soweit sie ganz oder teilweise auf tatsächlichen oder angeblichen Verstößen gegen Bestimmungen des US-Gesetzes zur Sicherung des Ruhestandseinkommens von Angestellten (Employee Retirements Income Securities Act - ERISA - von 1974) sowie aller Ergänzungen dazu oder auf Verstößen gegen entsprechende bundes- oder einzelstaatliche Bestimmungen oder damit zusammenhängende Grundsätze des Common Law in den USA beruhen;
- wegen Pflichtverletzungen, durch die eine Umweltbeeinträchtigung in USA verursacht wird.

Nicht unter diesen Ausschluss fallen

- abgeleitete Ansprüche;
- Ansprüche, für die die Versicherungsnehmerin oder die Tochterunternehmen die versicherten Personen nicht freistellen können, es sei denn, es handelt sich um Sanierungskosten;
- Abwehrkosten im Rahmen des im Versicherungsscheins/Nachtrags aufgeführten Sublimits.

4. INNENANSPRÜCHE / EPL ANSPRÜCHE USA

der versicherten Gesellschaften gegen versicherte Personen und / oder der versicherten Personen untereinander, die in den USA oder nach dem dort geltenden Recht erhoben werden, es sei denn,

- es handelt sich um Abwehrkosten;
- eine versicherte Person nimmt als unmittelbare Folge eines versicherten Anspruchs Regress oder macht einen Ausgleichsanspruch geltend;
- es handelt sich um abgeleitete Aktionärsansprüche- abgeleitete Aktionärsansprüche sind Ansprüche, die von einem oder mehreren Aktionären im Namen oder zugunsten einer versicherten Gesellschaft ohne Weisung, Veranlassung, Unterstützung oder auf Initiative einer versicherten Gesellschaft bzw. einer versicherten Person geltend gemacht oder aufrecht erhalten werden. Keine Unterstützung oder Initiative liegt vor, soweit die Mitwirkung zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht erforderlich ist;
- die Ansprüche werden ohne Weisung, Veranlassung, Unterstützung oder Empfehlung der versicherten Gesellschaften oder einer versicherten Person von einem Insolvenzverwalter oder einem vergleichbaren Funktionsträger ausländischen Rechts erhoben;
- die Ansprüche werden von einer ehemaligen versicherten Person erhoben.
- die Ansprüche werden von einer versicherten Person, die nicht mehr für eine der versicherten Gesellschaften tätig ist, erhoben;
- es handelt sich um EPL-Ansprüche von versicherten Personen untereinander.

In Abänderung von § 4 Ziffer 4 der Bedingungen gilt für Abwehrkosten bei Innenansprüchen in den USA und bei EPL-Ansprüchen ein Sublimit von 2 Mio. € je Versicherungsfall und Versicherungsjahr.

5. ANFECHTUNG UND RÜCKTRITT

5.1 In allen Versicherungsfällen, wenn der Versicherer wegen einer arglistigen Täuschung zur Anfechtung des Versicherungsvertrages berechtigt wäre (hätte er hierauf nicht gemäß § 9 dieses Vertrages verzichtet).

Dieser Ausschluss betrifft nicht,

- versicherte Personen, die die arglistige Täuschung nicht selbst begangen haben und/oder
- versicherte Personen, die keine Kenntnis von der arglistigen Täuschung durch eine andere versicherte Person hatten, oder eine solche arglistige Täuschung unverzüglich nach Kenntniserlangung dem Versicherer angezeigt haben.

5.2 die auf Gefahrumständen beruhen, hinsichtlich derer eine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde, die ein Rücktrittsrecht begründen würde. Dieser Ausschluss betrifft nicht solche versicherten Personen, die die Anzeigepflicht nicht selbst verletzt haben.

5.3 Der Versicherer kann sich auf den Ausschluss gemäß § 4 Ziffer 5.1 und 5.2 nur dann berufen, wenn er der Versicherungsnehmerin die arglistige Täuschung und die Anzeigepflichtverletzung innerhalb eines Monat nach seiner Kenntniserlangung in Textform mitteilt.

6. SANKTIONSAUSSCHLUSSKLAUSEL

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

5. OBLIEGENHEITEN, VERHALTEN IM VERSICHERUNGSFALL

1. ANZEIGEPFLICHT DES VERSICHERUNGSFALLES

Wird gegen einen Versicherten ein Anspruch erhoben, so ist dies dem Versicherer von den Versicherten und/oder der Versicherungsnehmerin ohne schuldhaftes Zögern schriftlich anzuzeigen.

Die Anzeigeobliegenheit gilt auch für solche Sachverhalte, für die eine erweiterte Abwehrdeckung besteht.

Die Mitteilungsfrist beginnt mit Erlangung der Kenntnis durch den Leiter der mit dem Versicherungseinkauf betrauten Abteilung bzw. Organe oder Funktionsträger in vergleichbarer Tätigkeit.

2. SCHADENMINDERUNGSPFLICHT

Die Versicherten und die Versicherungsnehmerin sind verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was der Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Sie haben den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und der Schadenregulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, die mit dem Anspruch oder dem gegen die Versicherten eingeleiteten Verfahren im Zusammenhang stehen oder stehen könnten, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalles erheblichen Schriftstücke einzureichen.

3. ANERKENNTNIS UND VERGLEICH

Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Anspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Personen oder im Falle von Ansprüchen Dritter am Widerstand der Versicherungsnehmerin scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache und Zinsen nicht aufzukommen. Die durch die Fortführung des Rechtsstreits entstehenden Kosten sind von dem Versicherungsschutz nicht umfasst, es sei denn, die Fortführung erfolgt rechtsmissbräuchlich.

4. ABTRETUNG DES VERSICHERUNGSANSPRUCHS UND REGRESSANSPRÜCHE

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nur an den Geschädigten abgetreten oder verpfändet werden.

Regressansprüche der Versicherten gegenüber Dritten gehen auf den Versicherer über, soweit dieser Versicherungsleistungen erbracht hat. Die Versicherten haften für jede Handlung oder Unterlassung, welche die Regressansprüche des Versicherers beeinträchtigen könnten. Regressansprüche gegen versicherte Personen werden nur in Abstimmung mit der Versicherungsnehmerin geltend gemacht.

5. RECHTSFOLGEN EINER OBLIEGENHEITSVERLETZUNG

5.1 Wird eine Obliegenheit verletzt, die gegenüber dem Versicherer vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, so kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, fristlos kündigen. Der Versicherer hat jedoch kein Recht zur Kündigung, wenn die Versicherungsnehmerin nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

5.2 Wird eine dem Versicherer gegenüber zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer leistungsfrei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin bzw. des Versicherten entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherte.

5.3 Der Versicherer bleibt jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherte nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherte die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

6. GEFAHRERHÖHUNGEN

Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich in Textform folgende, nach Vertragsschluss eintretende, die übernommene Gefahr erhöhende Umstände mitzuteilen:

- Änderungen der Kontrolle der Versicherungsnehmerin im Sinne von § 1 Ziffer 4 dieses Vertrages;
- Öffentliches Angebot von Primäraktien (IPO) oder Sekundäraktien (SPO) von versicherten Gesellschaften;
- Erwerb oder eine Neugründung einer Tochtergesellschaft, die nicht gemäß § 2 Ziffer 8 dieses Vertrages automatisch unter den Versicherungsschutz fällt;
- Entscheidung über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Versicherungsnehmerin.

In Ergänzung zu sonstigen bestehenden Regelungen über die Anpassung des Versicherungsverhältnisses hat der Versicherer das Recht, Prämie und Bedingungen entsprechend anzupassen, wenn ein nach dieser Bestimmung anzeigepflichtiger Umstand eintritt.

Wird innerhalb einer Frist von 2 Monaten ab Eintritt des anzeigepflichtigen Umstandes keine Einigung über Prämie und Bedingungen erzielt, so entfällt der Versicherungsschutz für Ansprüche im Zusammenhang mit dem anzeigepflichtigen Umstand und/oder der gefahrerhöhenden Tatsache oder Maßnahme vorbehaltlich sonstiger Regelungen rückwirkend.

Die Mitteilungsfrist beginnt mit Erlangung der Kenntnis durch den Leiter der mit dem Versicherungseinkauf betrauten Abteilung bzw. Organe oder Funktionsträger in vergleichbarer Tätigkeit.

Abweichend hiervon beginnt die Mitteilungspflicht für nach Wertpapierhandelsrecht publizitätspflichtige, gefahrerhebliche Umstände mit dem Zeitpunkt, in dem die Versicherungsnehmerin ihrer Publizitätspflicht nachgekommen ist.

Maßgeblich für den Zeitpunkt des Erwerbs oder der Neugründung ist deren Wirksamkeit Dritten gegenüber. Die Anzeigepflicht gemäß § 2 Ziffer 8 bleibt hiervon unberührt.

7. VERSICHERUNG FÜR FREMDE RECHNUNG

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können von den versicherten Personen bzw. der Versicherungsnehmerin bzw. den versicherten Gesellschaften – soweit jeweils Deckung vorgesehen ist – geltend gemacht werden. § 44 Abs. 2 VVG (Besitz des Versicherungsscheins) findet insoweit keine Anwendung.

8. WISSENSZURECHNUNG / REPRÄSENTANTEN

Hinsichtlich der in den §§ 5 und 6 dieser Bedingungen geregelten Anzeigepflichten und Obliegenheiten wird den versicherten Personen das Wissen sowie die Handlungen und Unterlassungen anderer versicherter Personen nicht zugerechnet. Dies gilt nicht, wenn den versicherten Personen die Handlungen oder Unterlassungen der anderen versicherten Personen bekannt waren. Das Wissen sowie die Handlungen und Unterlassungen der Repräsentanten der Versicherungsnehmerin werden den versicherten Gesellschaften zugerechnet.

Den versicherten Personen werden das Wissen sowie die Handlungen und Unterlassungen anderer versicherter Personen nicht zugerechnet. Dies gilt nicht, wenn den versicherten Personen die Handlungen oder Unterlassungen der anderen versicherten Personen zum Zeitpunkt der Pflicht- und/oder Obliegenheitsverletzung bekannt waren. Es gilt jedoch § 4 Ziffer 2 dieses Vertrages.

Der Versicherungsnehmerin werden ausschließlich das Wissen sowie die Handlungen und Unterlassungen ihrer Repräsentanten zugerechnet.

Den sonstigen versicherten Gesellschaften werden ausschließlich das Wissen sowie die Handlungen und Unterlassungen der Repräsentanten der Versicherungsnehmerin und der eigenen Repräsentanten zugerechnet.

Repräsentanten der Versicherungsnehmerin und versicherten Gesellschaften sind deren:

- Vorstandsvorsitzender bzw. Geschäftsführer
- Finanzvorstand
- Leiter der Rechtsabteilung
- Leiter der Versicherungsabteilung / Risk Management)
- Leiter der Revision

bzw. die mit diesen Personen vergleichbarer Funktionsträger bei Gesellschaften ausländischen Rechts

9. ANFECHTUNG UND RÜCKTRITT

Der Versicherer verzichtet auf seine Rechte

- zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen Anzeigepflichtverletzungen,
- zur Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschungen,

die vor/bei Abschluss, Verlängerung oder Erneuerung dieses Versicherungsvertrages begangen wurden. Es gilt jedoch § 4 Ziffer 5 dieses Vertrages.

Erlangt eine versicherte Person bis zum Abschluss oder vor Verlängerung dieses Vertrages Kenntnis davon, dass der Versicherer zum Zwecke des Abschlusses oder der Verlängerung dieses Vertrages arglistig getäuscht worden ist oder wird, so hat sie dies unverzüglich nach Kenntniserlangung dem Versicherer anzuzeigen.

10. FREMDWÄHRUNGSUMRECHNUNG

Sollte eine Schadenzahlung nicht in EURO festgesetzt worden sein, wird für die Umrechnung der am Tag der Einigung des Vergleichsabschlusses oder der Urteilsverkündigung im Handelsblatt veröffentlichten amtlichen Mittelkurs zugrunde gelegt.

11. VERSEHENSKLAUSEL

Unterlässt die Versicherungsnehmerin, eine versicherte Gesellschaft oder eine versicherte Person die Abgabe einer Anzeige oder gibt sie eine unrichtige Anzeige ab oder unterlässt sie die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, die zu einer Leistungsfreiheit des Versicherers führen würde, so wird der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn die Versicherungsnehmerin, eine versicherte Gesellschaft oder versicherte Person nachweist, dass das Versäumnis auf einem grob fahrlässigen Versehen beruht und das Versehen nach seinem Erkennen unverzüglich unmittelbar gegenüber dem Versicherer korrigiert worden ist.

12. GOOD LOCAL STANDARD CLAUSE

Sofern Schadenersatzansprüche gegen eine versicherte Person eines Tochterunternehmens in einem ausländischen Staat unter dessen Rechtsordnung wegen einer Pflichtverletzung, die in diesem ausländischen Staat begangen wurde, geltend gemacht werden, und die CNA (oder eine zur CNA-Gruppe gehörenden Gesellschaft) zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme in diesem Staat ein Standard-Bedingungswerk für die Vermögensschaden- Haftpflichtversicherung von Unternehmensleitern (D&O-Police) verwendet, findet auf den Schadenfall das für die versicherte Person jeweils günstigere Bedingungswerk Anwendung.

Als Standard-Bedingungswerk einschließlich der evtl. dort geltenden Amendments im Sinne dieser Klausel gilt ein Bedingungswerk,

- welches in dem ausländischen Staat von der CNA für den überwiegenden Teil der Versicherungsverträge für die Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung von Unternehmensleitern (D&O) vereinbart wurde, und
- welches dem Grunde nach einen mit dem für den vorliegenden Versicherungsvertrag vereinbarten Bedingungswerk vergleichbaren Deckungsumfang gewährt

Der Versicherungsschutz richtet sich ausschließlich nach einem Bedingungswerk. Eine partielle Anwendung des für den vorliegenden Versicherungsvertrag vereinbarten Bedingungswerkes und des ausländischen Standard-Bedingungswerkes auf einen Schadenfall ist ausgeschlossen.

Deckungsbausteine in einem ausländischen Standard-Bedingungswerk für die Deckung von Risiken im Zusammenhang mit „Partnership Managerial", „Commercial General", „Pension Trust", „Professional Liability" finden keine Anwendung.

Sofern in dem ausländischen Staat mehrere Standard-Bedingungswerke für die Vermögensschadenhaftpflichtvers icherung von Unternehmensleitern verwendet werden, wird im Rahmen dieser Klausel auf das zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme aktuellste Standard-Bedingungswerk abgestellt.

Diese Klausel findet keine Anwendung auf Schadenfälle, die in den U.S.A. oder Kanada oder nach deren Recht geltend gemacht werden.

Diese Klausel findet keine Anwendung für Tochterunternehmen, deren Anteile im Ausland an einer Börse (direct listing, ADR's) gehandelt werden.

13. SCHIEDSGERICHTSKLAUSEL

a. Alle Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Versicherungsvertrag oder über dessen Gültigkeit ergeben und nicht gütlich beigelegt werden können, werden - sofern gewünscht - unter Ausschluss des ordentlichen Rechtswegs durch ein Schiedsgericht endgültig entschieden.
b. Das Schiedsgericht besteht aus drei Schiedsrichtern. Ein Schiedsrichter wird von der Versicherungsnehmerin benannt. Der zweite Schiedsrichter wird von den Versicherern, vertreten durch den führenden Versicherer benannt. Die so benannten Schiedsrichter bestimmen einen dritten Schiedsrichter als vorsitzenden Schiedsrichter (Obmann). Hat eine Partei den Schiedsrichter nicht innerhalb eines Monats nach Zugang einer entsprechenden Aufforderung durch die andere Partei bestellt oder können sich die von den Parteien benannten Schiedsrichter nicht innerhalb eines Monats nach ihrer Bestellung auf einen dritten Schiedsrichter einigen, so ist dieser auf Antrag mindestens einer Partei durch den Präsidenten des Oberlandesgerichts Köln zu bestellen. Den Parteien bleibt es unbenommen, sich auf nur einen Schiedsrichter zu einigen, das Schiedsgericht besteht in diesem fall nur aus diesem Schiedsrichter.
c. Ist ein Schiedsrichter an der Ausübung seiner Tätigkeit gehindert, oder stellt dieser die Tätigkeit für das Schiedsgericht ein, so ist innerhalb von 4 Wochen ein Ersatzschiedsrichter zu bestellen. Die Bestellung erfolgt nach den Regeln, die nach lit. (b) dieser Klausel auf Bestellung des zu ersetzenden Schiedsrichters anzuwenden sind.
d. Das Verfahren des Schiedsgerichts wird im Einzelfall durch das Schiedsgericht festgelegt. Die zwingenden gesetzlichen Regelungen des zehnten Buches der Zivilprozessordnung finden Anwendung. Im Übrigen bestimmt das Schiedsgericht die Verfahrensregeln nach freiem Ermessen. Es kann ergänzend die Schiedsgerichtsordnung der Deutschen Institution für Schiedsgerichtsbarkeit e.V. (DIS) heranziehen und diese entsprechend anwenden.
e. Der Ort des Schiedsverfahrens ist Köln. Die Parteien können einen abweichenden Ort innerhalb Deutschlands bestimmen. Zuständig für Entscheidungen über Anträge zum Schiedsgerichtsverfahren (§ 1062 Abs. 1 ZPO) ist das Oberlandesgericht Köln. Im Übrigen zuständig ist das Landgericht Köln. Dort ist der Schiedsspruch auch zu hinterlegen.
f. Die Verfahrenssprache ist deutsch. Sofern sich eine Partei auf schriftliche Beweismittel beruft, die in einer anderen Sprache abgefasst sind, kann das Schiedsgericht die Übersetzung der Beweismittel auf Kosten der beweisführenden Partei anordnen. Soweit das Schiedsgericht sich ohne eine Übersetzung hinreichende Kenntnis über den Inhalt des Beweismittels verschaffen kann, soll auf die Übersetzung verzichtet werden.
g. Dieser Vertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht. Insbesondere gelten die Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes, sofern sie nicht durch diesen Vertrag ausdrücklich geändert werden.

14. SCHLICHTUNGSKLAUSEL

Die Versicherungsnehmerin und die versicherten Personen können nach Eintritt des Versicherungsfalls und nach Zustimmung des Versicherers einen unabhängigen Dritten mit der Schlichtung der Haftpflichtfrage beauftragen.

Ziel der Schlichtung soll die möglichst eigenverantwortliche Beilegung des Streits der Parteien über die Haftungsfrage sein.

Als Schlichter kommen Personen in Betracht, die von der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person unabhängig sind und die Befähigung zum Richteramt haben sowie über nachgewiesene Kenntnisse und Erfahrungen in der Leitung außergerichtlicher Streitbeilegungsverfahren und im Bereich der Organhaftung verfügen. Jede Partei kann Vorschläge von anerkannten unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen im Bereich der außergerichtlichen Streitbeilegung oder der DIS einholen. Können sich die Versicherungsnehmerin, die versicherte Person und der Versicherer nicht auf einen Schlichter einigen, wird dieser auf Antrag einer Partei vom Gericht – analog § 1034 ZPO – ernannt.

Der Ablauf der Schlichtung wird von den Parteien und dem Schlichter sowie dem Versicherer einvernehmlich festgelegt,

wobei folgender Ablauf eingehalten werden soll:

1. Jede Partei legt dem Schlichter in Textform ihre Sicht des Versicherungsfalls unter Angabe der wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Umstände dar. Der Schlichter übermittelt den Parteien die jeweilige Stellungnahme der anderen Partei. Ferner übermittelt der Schlichter dem Versicherer die jeweiligen Stellungnahmen.
2. Der Schlichter bestimmt einen Termin zur persönlichen Schlichtungsverhandlung, mit dem Ziel einer möglichst eigenverantwortlichen Streitbeilegung durch die Parteien und den Versicherer. Der Schlichter unterstützt die Parteien dabei, indem er die Verhandlung strukturiert und leitet. Ihm obliegt die nähere Ausgestaltung der Verhandlung.
3. Wird durch die Schlichtungsverhandlung keine einvernehmliche Lösung der Haftungsfrage gefunden, oder akzeptiert der Versicherer eine von den Parteien gefundene Lösung nicht, kann jede Partei verlangen, dass der Schlichter seine rechtliche Würdigung des Falls in einer begründeten schriftlichen Stellungnahme verfasst und den Parteien zur Verfügung stellt.

Die Stellungnahme des Schlichters ist sowohl für die Parteien als auch den Versicherer unverbindlich.

Die Beschreitung des Rechtswegs zu einem Schiedsgericht oder den ordentlichen Gerichten ist durch die Schlichtung nicht ausgeschlossen.

15. MAKLERKLAUSEL

Der Makler Q Versicherung Service GmbH ist berechtigt Zahlungen der Versicherungsnehmerin sowie Anzeigen und Willenerklärungen der Versicherungsnehmerin und des Versicherers entgegenzunehmen und verpflichtet, diese im Rahmen des ordnungsgemäßen Geschäftsgangs weiterzuleiten. Unterbleibt versehentlich die Weiterleitung einer Anzeige oder Willenserklärung, so beeinträchtigt das weder die Rechte des Versicherers noch der Versicherungsnehmerin noch einer versicherten Person, wenn der Makler Q Versicherung Service GmbH nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt.

16. GERICHTSSTAND UND ANWENDBARES RECHT

1. Für Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Gerichtsstand ausschließlich Köln, soweit dem kein zwingendes Recht entgegensteht.
2. Dieser Vertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht, auch wenn sich der Wohnsitz einer versicherten Person im Ausland befindet. Dies gilt nicht für die Beurteilung der Haftpflicht der versicherten Personen.
3. Insbesondere gelten die Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes, sofern sie nicht durch diesen Vertrag ausdrücklich geändert werden.

17. (TEIL-)NICHTIGKEIT

Der Versicherer wird sich auf eine (Teil-)Nichtigkeit des Vertrages nicht berufen, die darauf beruht, dass bei Abschluss dieses Vertrages für die Versicherungsnehmerin und/oder versicherten Gesellschaften geltende gesellschaftsrechtliche Zustimmungserfordernisse verletzt wurden.

18. DATENSCHUTZHINWEIS

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (z. B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen)

ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder den GDV (Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Der Versicherungsnehmer willigt ferner ein, dass der Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an seine Vertreter weitergeben darf.

Um eine Löschung oder eine Kopie Ihrer persönlichen Daten zu beantragen oder für sonstige individuelle Anfragen zu Daten kontaktieren Sie: datenschutz@cnahardy.com.