



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. Kumulklauseel	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 unterlassene 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 Wirtschaftsprüfer;

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. Organisation 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/Bedingungs-Differenz-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 wird, 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 Versicherungsschutz 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 schriftlich 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 (Kautions).

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.



Leistungsanerkennnisse 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 Meldeobligationen 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 Versicherungsfalles, 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 begangenen 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 Retirement 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. ANZEIGEPLICHT 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 Anzeigepflicht 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 Urteilsverkündung 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 Bedingungsmerk Anwendung.

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

- 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 Bedingungsmerk vergleichbaren Deckungsumfang gewährt

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

Deckungsbausteine in einem ausländischen Standard-Bedingungsmerk 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-Bedingungsmerke für die Vermögensschadenhaftpflichtversicherung von Unternehmensleitern verwendet werden, wird im Rahmen dieser Klausel auf das zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme aktuellste Standard-Bedingungsmerk 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 Willenserklärungen 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@cna Hardy.com.