



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) 12.2017

Organhaftpflichtversicherung

Kontakt Daten:

Schadenanmeldung

Liberty Mutual Insurance Europe Ltd.
Zweigniederlassung Zürich
Nüscherstrasse 1
8001 Zürich
Telefon 044 285 10 00

Administration / Allgemeine Fragen

Schweizerischer Kaderverband
Zentralsekretariat
Lic. oec H.J. Gerosa AG
Florastrasse 4
9000 St. Gallen
Telefon 071 245 84 25
Fax 071 248 84 97
E-Mail info@kaderverband.ch

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) 12.2017

Organhaftpflichtversicherung

Inhaltsverzeichnis

1.	GEGENSTAND DER VERSICHERUNG	4
1.1	Schutz des privaten Vermögens der versicherten Personen	5
1.2	Schutz des Gesellschaftsvermögens	5
2.	DECKUNGSERWEITERUNGEN	5
2.1	Gründungshaftung	5
2.2	Versicherung bei grob fahrlässigem Handeln	5
2.3	Strafrechtsschutz	5
2.4	Rechtsschutz bei Untersuchungen	5
2.5	Rechtsschutz bei staatlichen Zwangsmassnahmen	5
2.6	Anwaltskosten bei drohenden Ansprüchen	6
2.7	Schutz bei Reputationsschäden	6
2.8	Versicherung von Ansprüchen aus dem Arbeitsverhältnis	6
2.9	Versicherung für Steuern und Sozialabgaben	6
2.10	Zahlung von Lebenshaltungskosten	6
2.11	Zivilrechtliche Bussen und Strafen	6
2.12	Kosten für Zeugenbeistand	7
2.13	Kosten der Gesellschaft bei abgeleiteten Aktionärsklagen	7
3.	ZEITLICHE UND ÖRTLICHE GELTUNG	7
3.1	Erhebung der Ansprüche	7
3.2	Vorrisikoversicherung	7
3.3	Unverfallbare Nachrisikoversicherung bei Nichterneuerung	7
3.4	Unverfallbare Nachrisikoversicherung für regulär ausgeschiedene versicherte Personen	7
3.5	Vorsorgliche Meldung von Umständen	8
3.6	Örtliche Geltung	8
4.	UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES	8
4.1	Abwehr und Entschädigung	8
4.2	Höchstbetrag	8
4.3	Zusätzliche Abwehrkosten	8
4.4	Selbstbehalt	8
4.5	Serienschaden	8
5.	AUSSCHLÜSSE	8
5.1	Vorsatz	9
5.2	Bekannte Umstände oder hängige Verfahren	9
5.3	Personen- oder Sachschäden	9
5.4	Berufshaftpflicht	9
6.	RISIKOVERÄNDERUNGEN WÄHREND DER LAUFZEIT DES VERTRAGES	9
6.1	Vorsorgedeckung für neue CH Tochtergesellschaften	9
6.2	Ausscheidende CH Tochtergesellschaften	9
6.3	Fusion, Konkurs etc. des Versicherungsnehmers	10
6.4	Unverzüglich anzeigepflichtige Gefahrerhöhungen	10
6.5	Für die Erneuerung des Vertrages anzeigepflichtige Gefahrerhöhungen	10
7.	SCHADENFALL	10
7.1	Anzeigepflicht im Schadenfall	10
7.2	Schadenbehandlung	10
7.3	Mitwirkungspflichten	11
7.4	Anerkenntnis-, Vergleichs- und Entschädigungsverbot	11
7.5	Bevorschussung der Abwehrkosten/Notfallkosten	11
7.6	Verzicht auf Kündigung im Schadenfall	11

8.	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN.....	11
8.1	Voraussetzung für den Vertrag	11
8.2	Zurechnung	11
8.3	Verletzung von Obliegenheiten	11
8.4	Geltendmachung des Versicherungsschutzes	12
8.5	Anzeigen und Mitteilungen an den Versicherer	12
8.6	Vertragsdauer und automatische Erneuerung	12
8.7	Datenschutz	12
8.8	Anwendbares Recht und Gerichtstand	12
8.9	Abtretungs- und Verpfändungsverbot	12
8.10	Verhältnis zu anderen Versicherungen/Vorleistung bei Doppelversicherung	12
8.11	Verjährungsfrist 5 Jahre	12
9.	BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	13
9.1	Abwehrkosten	13
9.2	Anspruch	13
9.3	Gesellschaft	13
9.4	Pflichtverletzung	13
9.5	Schadenersatz	13
9.6	CH Tochtergesellschaft.....	13
9.7	Versicherte Personen	13

Kundeninformation über den Versicherungsvertrag nach Art. 3 VVG

VERTRAGSPARTNERIN

Vertragspartnerin ist die

Liberty Mutual Insurance Europe Limited
Zweigniederlassung Zürich
Nüscherstrasse 1
CH-8001 Zürich

(nachfolgend LSM genannt)

ANWENDBARES RECHT, VERTRAGSGRUNDLAGEN

Für diesen Versicherungsvertrag gilt Schweizer Recht. Vertragsgrundlagen bilden die Offerte bzw. die Police, die Vertragsbedingungen sowie die anwendbaren Gesetze, insbesondere das Schweizerische Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 02.04.1908 in der revidierten Fassung vom 17.12.2004. Nach Annahme der Offerte wird der Versicherungsnehmerin eine Police zugestellt. Diese entspricht inhaltlich der Offerte.

VERSICHERTE RISIKEN UND UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Offerte bzw. dem vorliegenden Vertrag.

HÖHE DER PRÄMIE

Die Höhe der Prämie hängt von den im Versicherungsvertrag versicherten Risiken und dem gewünschten Umfang des Versicherungsschutzes ab. Alle Angaben zur Prämie sind der Offerte, bzw. der Police zu entnehmen.

SACHVERHALTSERMITTLUNG, VERSCHWEIGEN VON GEFAHRENTATSACHEN UND VERSICHERUNGSBETRUG

Bei Abklärungen zum Versicherungsvertrag, wie beispielsweise betreffend die Prüfung von Versicherungsleistungen, betreffend die Gefahrerhöhung oder die Anzeigepflichtverletzung hat die Versicherungsnehmerin mitzuwirken und der LSM alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, diese bei Dritten zuhanden der LSM einzuholen und Dritte, falls erforderlich, schriftlich zu ermächtigen, der LSM die entsprechenden Informationen, Unterlagen etc. auszuhändigen. Die LSM ist zudem berechtigt, eigene Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen.

Die LSM kann den Vertrag durch Kündigung beenden, wenn erhebliche Gefahrentatsachen durch die Versicherungsnehmerin beim Abschluss der Versicherung verschwiegen oder der LSM unrichtig mitgeteilt wurden. Dieses Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung der Anzeigepflicht.

Im Falle von Versicherungsbetrug kann die LSM per sofort rückwirkend vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

LAUFZEIT UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

Der Versicherungsvertrag beginnt an dem Tag, der in der Offerte bzw. der Police aufgeführt ist. Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt die LSM bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten Deckungszusage, respektive gemäss den gesetzlichen Bestimmungen. Der Versicherungsvertrag ist für die Offerte bzw. die Police genannte Dauer abgeschlossen.

ANERKENNUNG DER VERSICHERUNGSNEHMERIN UND VERLETZUNG DER INFORMATIONSPFLICHT

Die Versicherungsnehmerin anerkennt, dass sie, sofern für diese Versicherung anwendbar, sämtliche erforderlichen Informationen vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages erhalten hat. Die entsprechenden Angaben sind in der Offerte, der Korrespondenz oder im vorliegenden Vertrag zu finden.

Sollte die LSM die gesetzliche Informationspflicht gemäss Art. 3 VVG verletzt haben, kann die Versicherungsnehmerin den Versicherungsvertrag durch Kündigung beenden, wobei die Kündigung spätestens vier Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung zu erfolgen hat, auf jeden Fall aber nach Ablauf eines Jahres seit der Pflichtverletzung. Die Kündigung wird mit Zugang bei der LSM wirksam.

1. GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

1.1 Schutz des privaten Vermögens der versicherten Personen

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* vor Organhaftpflichtansprüchen. Er gewährt Versicherungsschutz unter folgenden Umständen:

- Ein Anspruchsteller (ein Aktionär oder ein Gläubiger der *Gesellschaft*, die *Gesellschaft* selbst, ein Konkurs-, Sach- oder Nachlassverwalter, eine Behörde oder eine andere Person) erhebt erstmals schriftlich
- gegen eine *versicherte Person*
- einen *Anspruch* auf *Schadenersatz*,
- den die *versicherte Person* durch eine *Pflichtverletzung* verursacht hat.

1.2 Schutz des Gesellschaftsvermögens

Der *Versicherer* schützt die *Gesellschaft*, wenn und soweit sie bei einem *Anspruch* gemäss Art. 1.1 die *versicherte Person* von der Haftung befreit oder die *Abwehrkosten* oder versicherte Kosten gemäss Art. 2 übernimmt. In diesem Fall steht der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag der *Gesellschaft* zu.

2. DECKUNGSERWEITERUNGEN

2.1 Gründungshaftung

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch vor *Ansprüchen*, die sie durch eine *Pflichtverletzung* bei der Gründung einer *Gesellschaft* verursacht haben.

2.2 Versicherung bei grob fahrlässigem Handeln

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch bei grober Fahrlässigkeit. Er verzichtet auf sein gesetzliches Recht gemäss Art. 14 Abs. 2 VVG, die Entschädigung in diesem Fall zu kürzen.

2.3 Strafrechtsschutz

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch bei gegen sie gerichtete strafrechtliche Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren (ausgenommen Verfahren gemäss Art. 2.4 und 2.5), wenn darin erstmals eine *Pflichtverletzung* behauptet wird, die einen versicherten *Anspruch* zur Folge haben kann. Er zahlt in diesem Fall die *Abwehrkosten*.

2.4 Rechtsschutz bei Untersuchungen

a) Untersuchungen gegen versicherte Personen

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch bei *Untersuchungen*, die sich gegen eine *versicherte Person* in ihrer Eigenschaft oder Funktion als Organ einer *Gesellschaft* richten, soweit darin erstmals eine *Pflichtverletzung* behauptet wird, die einen versicherten *Anspruch* zur Folge haben kann.

b) Untersuchungen gegen eine Gesellschaft

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch bei *Untersuchungen*, die nicht gegen die *versicherte Person*, sondern gegen eine *Gesellschaft* gerichtet sind, soweit die *versicherte Person* förmlich aufgefordert wird, an einer solchen *Untersuchung* teilzunehmen.

Eine *Untersuchung* ist jedes zivil- oder verwaltungsrechtliche Verfahren, einschliesslich Disziplinar- und Aufsichtsverfahren.

Der *Versicherer* zahlt in diesen Fällen die mit seiner vorherigen Zustimmung anfallenden Kosten eines Rechtsbeistands und angemessene Reisekosten der *versicherten Person* bis zu der in der Police angegebenen Sublimite. Diese Sublimite gilt für alle in diesem Artikel versicherten *Untersuchungen* zusammen.

2.5 Rechtsschutz bei staatlichen Zwangsmassnahmen

In Ergänzung zu Art. 2.3 und 2.4 schützt der *Versicherer* die *versicherten Personen* auch bei den folgenden gegen sie gerichteten Verfahren, soweit darin erstmals eine *Pflichtverletzung* behauptet wird, die einen versicherten *Anspruch* zur Folge haben kann:

- a) Auslieferungsantrag oder –verfahren; oder
- b) Haftbefehl oder Hausarrest; oder
- c) Kautionsverfahren (mit Ausnahme allfälliger zu erbringenden Sicherheiten), oder
- d) Pfändung, Beschlagnahme oder Einfrieren von Vermögen einer *versicherten Person*

Der *Versicherer* zahlt in diesen Fällen die mit seiner vorherigen Zustimmung anfallenden Kosten eines Rechtsbeistandes sowie Expertisen- und Gerichtskosten bis zu der in der Police angegebenen Sublimite, um sich gegen die beantragte staatliche Zwangsmassnahme zu wehren. Diese Sublimite gilt für alle in diesem Artikel versicherten Verfahren zusammen.

2.6 Anwaltskosten bei drohenden Ansprüchen

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch, wenn eine *versicherte Person* von einem der nachfolgenden Ereignisse betroffen ist und in diesem Zusammenhang mit hoher Wahrscheinlichkeit ein *Anspruch* zu erwarten ist:

- a) eine vom *Versicherer* akzeptierte vorsorgliche Meldung von Umständen gemäss Art. 3.5;
- b) die ernsthafte Androhung eines *Anspruchs*;
- c) die Verweigerung der Entlastung; oder
- d) die richterliche Genehmigung einer Sonderprüfung gemäss Art. 697 a OR.

Der *Versicherer* zahlt in diesem Fall die mit seiner vorherigen Zustimmung anfallenden Kosten eines Rechtsanwalts zur vorsorglichen Abwehr des zu erwartenden *Anspruchs* bis zu der in der Police angegebenen Sublimite.

2.7 Schutz bei Reputationsschäden

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch, wenn durch einen gemäss Art. 1.1 versicherten *Anspruch* der gute Ruf der *versicherten Person* in der Öffentlichkeit nachweislich geschädigt wird. Der *Versicherer* zahlt in diesem Fall mit seiner vorherigen Zustimmung anfallende Kosten für einen PR-Berater zur Verbesserung und Wiederherstellung des guten Rufs bis zu der in der Police angegebenen Sublimite.

2.8 Versicherung von Ansprüchen aus dem Arbeitsverhältnis

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* auch bei *Ansprüchen* aus dem Arbeitsverhältnis, soweit Mitarbeiter oder Bewerber der *Gesellschaften* *Ansprüche* wegen ungerechtfertigter Kündigung, rechtswidriger Diskriminierung, sexueller Belästigung, Mobbing oder anderen arbeitsplatzbezogenen *Pflichtverletzungen* erheben.

2.9 Versicherung für Steuern und Sozialabgaben

Der *Versicherer* schützt die *versicherten Personen* bis zu der in der Police t angegebenen Sublimite auch bei *Ansprüchen* auf Schadenersatz wegen nicht bezahlter Steuern und/oder Sozialabgaben einer *Gesellschaft*, für welche eine *versicherte Person* im Falle der Insolvenz dieser *Gesellschaft* persönlich haftet, wenn die Nicht-Bezahlung dieser Steuern und/oder Sozialabgaben keine bewusste Entscheidung der *versicherten Personen* war.

2.10 Zahlung von Lebenshaltungskosten

Bei einer Pfändung, Beschlagnahme oder dem Einfrieren des persönlichen Vermögens einer *versicherten Person* im Zusammenhang mit einem *versicherten Anspruch* mit der Folge, dass der *versicherten Person* die finanziellen Mittel zur Lebensführung fehlen (z.B. Wohnungsmiete, Strom/Gas/Wasser/Telekommunikation, Versicherungsprämien, Ausbildungskosten von Kindern, Ernährungskosten), zahlt der *Versicherer* der *versicherten Person* oder direkt den entsprechenden Leistungserbringern die vorher von ihm genehmigten Kosten für die Lebenshaltung der *versicherten Person* und seiner im gleichen Haushalt wohnenden Angehörigen bis zu der in der Police angegebenen Sublimite.

2.11 Zivilrechtliche Bussen und Strafen

In teilweiser Abänderung von Art. 9.5 erstreckt sich der Versicherungsschutz bis zu der in der Police angegebenen Sublimite auch auf die Zahlung von zivilrechtlichen Bussen und Strafen, die *versicherten Personen* aufgrund eines rechtskräftigen Gerichtsurteils zu leisten haben, wenn deren Versiche-

nung rechtlich zulässig ist und diese nicht im Zusammenhang mit *Ansprüchen* aus dem Arbeitsverhältnis stehen.

Dies gilt auch für Zivilstrafen (civil penalties) nach dem United States Foreign Corrupt Practices Act (FCPA) oder vergleichbaren Gesetzen in anderen Ländern.

2.12 Kosten für Zeugenbeistand

In Ergänzung zu Art. 2.3 und 2.4 schützt der Versicherer die *versicherten Personen* auch wenn die Gefahr besteht, dass sich die *versicherte Person* bei einer Zeugenvernehmung im Rahmen eines nicht gegen sie gerichteten Straf-, Zivil- oder Verwaltungsverfahren selbst belastet und diese Selbstbelastung zu einem versicherten *Anspruch* führen kann. Der *Versicherer* zahlt in diesem Fall die mit seiner vorherigen Zustimmung anfallenden Kosten für einen Zeugenbeistand (i.d.R. einen Rechtsanwalt) bis zu der in der Police angegebenen Sublimite.

2.13 Kosten der Gesellschaft bei abgeleiteten Aktionärsklagen

Der *Versicherer* schützt die *Gesellschaft* bis zu der in der Police angegebenen Sublimite für alle Kosten, Spesen und Auslagen, die Aktionären einer *Gesellschaft* im Zusammenhang mit der Geltendmachung eines *Anspruchs* gegen eine *versicherte Person* im Namen oder zu Gunsten der *Gesellschaft* entstehen. Dies gilt ausschliesslich nur für solche Kosten, Spesen und Auslagen zu deren Bezahlung die *Gesellschaft* aufgrund eines Gerichtssentscheids verpflichtet ist,

3. ZEITLICHE UND ÖRTLICHE GELTUNG

3.1 Erhebung der Ansprüche

Versichert sind *Ansprüche*, die erstmals während der *Versicherungsperiode* oder einer allfälligen Nachmeldefrist erhoben werden (Anspruchserhebungsprinzip).

3.2 Vorrisikoversicherung

Versichert sind auch *Ansprüche* wegen *Pflichtverletzungen*, die vor der *Versicherungsperiode* begangen wurden, wenn der *Anspruch* erstmals während der *Versicherungsperiode* oder einer allfälligen Nachmeldefrist erhoben wird und die betroffene *versicherte Person* beim Abschluss dieses Versicherungsvertrags keine Kenntnis von der entsprechenden *Pflichtverletzung* hatte.

3.3 Unverfallbare Nachrisikoversicherung bei Nichterneuerung

Wenn dieser Versicherungsvertrag gekündigt oder nicht erneuert wird, so gewährt der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* das Recht auf die in der Police genannte(n) Nachmeldefrist(en). Während der Nachmeldefrist sind erstmals erhobene *Ansprüche* versichert, wenn sie sich auf *Pflichtverletzungen* beziehen, die vor dem Vertragsende begangen wurden.

Der *Versicherungsnehmer* hat das Recht, vor Vertragsende vom *Versicherer* eine Offerte für eine Nachmeldefrist von bis zu 6 Jahren zu beantragen.

Wenn für eine Nachmeldefrist eine Zusatzprämie vereinbart ist, muss der *Versicherungsnehmer* dieses Recht spätestens 14 Tage nach Vertragsende gegenüber dem *Versicherer* schriftlich geltend machen.

Die Nachmeldefrist beginnt bei Vertragsende. Während der Nachmeldefrist steht nur noch der nicht beanspruchte Teil der *Versicherungssumme* der letzten *Versicherungsperiode* zur Verfügung. Im Übrigen gilt der Deckungsumfang der letzten Versicherungsperiode vor Vertragsende.

Diese Nachmeldefrist gilt auch in den Fällen gemäss Art. 6.3 (Fusion, Konkurs usw.). Sie gilt nicht für ausgeschiedene Tochtergesellschaften (siehe Art. 6.2) und beendete Drittmandate (siehe Art. 6.7).

3.4 Unverfallbare Nachrisikoversicherung für regulär ausgeschiedene versicherte Personen

Wenn dieser Versicherungsvertrag gekündigt oder nicht erneuert wird, so gewährt der *Versicherer* für die vorher aus *Gesellschaften* regulär ausgeschiedenen *versicherten Personen* die in der Police genannte Nachmeldefrist. Dabei bedeutet „regulär“: von der *Gesellschaft* nicht entlassen noch anderweitig eine entgegen den Willen der *versicherten Person* aufgehobene Rechtsbeziehung zur *Gesellschaft*. Während der Nachmeldefrist sind erstmals erhobene *Ansprüche* versichert, wenn sie sich auf *Pflichtverletzungen* beziehen, die vor dem regulären Ausscheiden aus der *Gesellschaft* begangen wurden.

Die Nachmeldefrist beginnt beim jeweiligen Ausscheiden der *versicherten Person*. Der Umfang und die Höhe des Versicherungsschutzes richten sich nach den Versicherungsbedingungen, die für die *Versicherungsperiode* galten, in der die *versicherte Person* regulär ausgeschieden ist.

Diese Nachmeldefrist gilt auch in den Fällen gemäss Art. 6.3 (Fusion, Konkurs usw.). Sie gilt nicht für ausgeschiedene Tochtergesellschaften (siehe Art. 6.2) und beendete Drittmandate (siehe Art. 6.7).

3.5 Vorsorgliche Meldung von Umständen

Die *versicherten Personen* können dem *Versicherer* schriftlich vorsorglich Umstände melden, aus denen sie einen *Anspruch* erwarten. Wenn aufgrund dieser Umstände später tatsächlich ein *Anspruch* erhoben wird, wird er so behandelt, als ob er während der *Versicherungsperiode* erhoben worden wäre. Die Meldung von Umständen muss spätestens 30 Tage nach Beendigung der *Versicherungsperiode* oder bis zum Ende einer allfälligen Nachmeldefrist erfolgen. Sie muss die Umstände näher beschreiben: mögliche *Pflichtverletzung*, Art und Höhe des möglichen *Anspruchs*, Namen der *versicherten Personen* und der möglichen Anspruchsteller.

3.6 Örtliche Geltung

Die Versicherung gilt weltweit mit Ausnahme von *Ansprüchen*, die in USA, Kanada oder Australien erhoben werden oder auf die das Recht dieser Länder anwendbar ist.

4. UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

4.1 Abwehr und Entschädigung

Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der erhobenen *Ansprüche*, die Abwehr unbegründeter und die Entschädigung begründeter *Ansprüche*.

4.2 Höchstbetrag

Die in der Police genannte *Versicherungssumme* ist der Höchstbetrag je *Versicherungsperiode*, den der *Versicherer* für jeden einzelnen *Anspruch* und für alle *Ansprüche* zusammen zahlt, die erstmals während der *Versicherungsperiode* bzw. in der dazugehörigen Nachmeldefrist erhoben werden (Einmalgarantie).

Die in der Police genannten Sublimiten sind Teil der *Versicherungssumme*. Zahlungen aus einer Sublimite reduzieren die *Versicherungssumme*.

4.3 Zusätzliche Abwehrkosten

In Abänderung von Art. 4.2 steht den versicherten Personen bei Ausschöpfung der *Versicherungssumme* ausschliesslich für *Abwehrkosten* einmalig eine zusätzliche Versicherungslimite gemäss Police zur Verfügung.

4.4 Selbstbehalt

Bei Leistungen des *Versicherers* an oder zugunsten einer *versicherten Person* muss sie den in der Police genannten Selbstbehalt tragen.

Bei Leistungen des *Versicherers* an oder zugunsten einer *Gesellschaft*, insbesondere in den Fällen von Art. 1.2 und 2.13, muss diese der Police genannten Selbstbehalt tragen.

4.5 Serienschaden

Alle während der gesamten Laufzeit dieses Vertrages und allfälliger Nachmeldefrist erhobenen *Ansprüche* aus der gleichen *Pflichtverletzung* oder aus wiederholten ähnlichen *Pflichtverletzungen* gelten ohne Rücksicht auf die Anzahl der Anspruchsteller oder die Anzahl der betroffenen *versicherten Personen* als ein *Anspruch*. Dieser *Anspruch* wird der *Versicherungsperiode* zugeordnet, in der der erste *Anspruch* dieses Serienschadens erhoben wurde.

5. AUSSCHLÜSSE

Der *Versicherer* gewährt keinen Versicherungsschutz für die nachfolgenden *Ansprüche*. Bei der Prüfung dieser Ausschlüsse werden einer *versicherten Person* Handlungen, Unterlassungen oder Wissen von anderen *versicherten Personen* nicht zugerechnet:

5.1 Vorsatz

Ausgeschlossen sind *Ansprüche* wegen vorsätzlicher oder wissentlicher *Pflichtverletzung*.

Der *Versicherer* gewährt jedoch solange Versicherungsschutz für *Abwehrkosten*, bis der Vorsatz oder das Wissen durch ein rechtskräftiges Gerichts- oder Schiedsgerichtsurteil, einen Vergleich oder Eingeständnis der *versicherten Person* festgestellt wird. Bei einer solchen Feststellung des Vorsatzes oder des Wissens muss die *versicherte Person* oder im Fall von Art. 1.2 die *Gesellschaft* die vom *Versicherer* bereits geleisteten *Abwehrkosten* zurückerstatten.

5.2 Bekannte Umstände oder hängige Verfahren

Ausgeschlossen sind

- a) Umstände oder *Ansprüche*, die bereits unter einem anderen Versicherungsvertrag angezeigt wurden, der durch diesen ersetzt wurde; oder
- b) *Ansprüche* oder Rechtsverfahren, die bereits vor oder am *Kontinuitätsdatum* gemäss Police hängig waren; oder
- c) *Ansprüche* oder Rechtsverfahren bei Drittgesellschaften, die bereits vor oder bei Übernahme des Drittmandates hängig waren.

5.3 Personen- oder Sachschäden

Ausgeschlossen sind Ansprüche für Personen- oder Sachschäden oder daraus abgeleitete Vermögensschäden.

Dieser Ausschluss gilt nicht

- a) für die Zufügung von seelischem Leid bei *Ansprüchen* aus dem Arbeitsverhältnis; oder
- b) wenn die *Pflichtverletzung* nicht für den Personen- oder Sachschaden selbst, sondern ausschliesslich für einen damit im Zusammenhang stehenden Vermögensschaden ursächlich war; oder
- c) für Kosten zur Verteidigung gegen derartige Ansprüche bis zu einer Sublimite von 10% der *Versicherungssumme*, maximal CHF 100'000.

5.4 Berufshaftpflicht

Ausgeschlossen sind *Ansprüche* wegen tatsächlicher oder angeblicher Nichterfüllung oder mangelhafter Erfüllung einer Leistung (Dienstleistungen oder Produkte), die aufgrund einer Vereinbarung zwischen einer *Gesellschaft* und einer Drittperson/Kunde erbracht wurde oder erbracht werden sollte.

Dieser Ausschluss gilt NICHT für Organhaftpflichtansprüche aufgrund tatsächlicher oder angeblicher fehlerhafter Organisation, Überwachung oder Auswahl derjenigen Mitarbeiter der *Gesellschaft*, welche die oben genannte Leistung erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

6. RISIKOVERÄNDERUNGEN WÄHREND DER LAUFZEIT DES VERTRAGES

Für Risiko- und Gefahränderungen gelten abschliessend die folgenden Bestimmungen. Der *Versicherer* verzichtet auf die Anwendung der Art. 28 – 32 VVG.

6.1 Vorsorgedeckung für neue CH Tochtergesellschaften

Erwirbt oder gründet eine *Gesellschaft* eine neue *CH Tochtergesellschaft*, die

- a) den definierten Begriff der *Tochtergesellschaft* erfüllt und
- b) eine Bilanzsumme von weniger als 50 % der bisherigen (konsolidierten) Bilanzsumme der *Gesellschaft(en)* hat,

so sind die neu hinzukommenden *versicherten Personen* automatisch und ohne Mehrprämie mitversichert.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch nur auf *Ansprüche* wegen *Pflichtverletzungen*, die nach dem Erwerb oder der Gründung der neuen *Tochtergesellschaft* begangen wurden.

6.2 Ausscheidende CH Tochtergesellschaften

Wenn eine *CH Tochtergesellschaft* z. B. durch Verkauf oder Konkurs nicht mehr länger eine *Tochtergesellschaft* ist, so bleiben *Ansprüche* wegen *Pflichtverletzungen*, die vor dem Ausscheiden der *Tochtergesellschaft* begangen wurden, bis zum Ende dieses Versicherungsvertrages weiter versichert. Die

Nachmeldefristen gemäss Art. 3.3 und 3.4 sind nicht anwendbar. Der Versicherungsnehmer hat aber das Recht, für eine ausgeschiedene Tochtergesellschaft vom Versicherer eine Offerte für eine Nachmeldefrist zu beantragen.

6.3 Fusion, Konkurs etc. des Versicherungsnehmers

Bei

- a) einer Fusion des *Versicherungsnehmers* mit einem anderen Unternehmen, wenn er dabei seine Rechtspersönlichkeit verliert; oder
- b) einem Antrag auf Eröffnung eines Insolvenz-, Nachlass- oder Konkursverfahrens über den *Versicherungsnehmer*; oder
- c) dem Beschluss zur freiwilligen Liquidation des *Versicherungsnehmers*

muss der *Versicherungsnehmer* dieses Ereignis dem *Versicherer* schriftlich mitteilen und bleibt der Versicherungsvertrag (betreffend lit. b unter Abänderung von Art 55 VVG) bis zum Ende der laufenden *Versicherungsperiode* bestehen. Versicherungsschutz wird nur noch für *Ansprüche* gewährt wegen *Pflichtverletzungen*, die vor den genannten Ereignissen begangen wurden.

Danach endet der Vertrag unter Ausschluss von Art. 8.6 automatisch.

Bei einer freiwilligen Liquidation (lit. c) hat der *Versicherungsnehmer* das Recht, vom *Versicherer* eine Offerte für die Verlängerung des Versicherungsschutz auch für *Pflichtverletzungen* zu beantragen, die bis zum Abschluss der freiwilligen Liquidation begangen wurden.

6.4 Unverzüglich anzeigepflichtige Gefahrserhöhungen

- a) Eine Börsenkotierung oder der öffentliche Handel von Wertpapieren der *Gesellschaft*; oder
- b) der Erwerb oder die Gründung von Tochtergesellschaften, die nicht unter die Vorsorgedeckung gemäss Art. 6.1 fallen,

gelten als Gefahrserhöhungen. Sie sind dem *Versicherer* unverzüglich schriftlich anzuzeigen und sind nur versichert, wenn der *Versicherer* sie schriftlich in den Vertrag einschliesst. Er darf dabei Zusatzbedingungen formulieren und eine zusätzliche Prämie erheben.

6.5 Für die Erneuerung des Vertrages anzeigepflichtige Gefahrserhöhungen

Folgende, in einer Jahresrechnung ausgewiesene Änderungen des Umsatzes oder der Finanzlage der *Gesellschaft* gelten als Gefahrserhöhungen:

- a) Erhöhung des (konsolidierten) Jahresumsatzes mit der Folge, dass der Umsatz in CHF in die nächsthöhere der folgenden Stufen fällt: bis 5 Mio, 5-25 Mio, 25-50 Mio, 50-100 Mio, über 100 Mio.; oder
- b) Unternehmensverlust nach Steuern; oder
- d) Eigenfinanzierung unter 25 %; oder
- e) Liquidität 3. Grades ist kleiner als 1

Sie sind dem *Versicherer* spätestens 2 Monate vor dem Ende der *Versicherungsperiode* schriftlich anzuzeigen. Der *Versicherer* darf bei einer solchen Gefahrserhöhung für die neue *Versicherungsperiode* Zusatzbedingungen formulieren oder eine zusätzliche Prämie erheben.

7. SCHADENFALL

7.1 Anzeigepflicht im Schadenfall

Die *Gesellschaft* oder die betroffene *versicherte Person* muss den *Versicherer* so schnell wie möglich, spätestens aber 60 Tage nach Ablauf der *Versicherungsperiode* oder bis zum Ende der Nachmeldefrist, schriftlich benachrichtigen, wenn gegen eine *versicherte Person* ein *Anspruch* erhoben wird.

7.2 Schadenbehandlung

Der *Versicherer* gilt als bevollmächtigt und ist berechtigt, nicht aber verpflichtet, alle zur Behandlung oder Abwehr des *Anspruchs* ihm zweckmässig erscheinenden Verhandlungen im Namen der *versicherten Person* zu führen. Wenn der *Versicherer* die Abwehr des *Anspruchs* nicht selbst übernimmt, hat die *versicherte Person* freie Anwaltswahl, soweit der *Versicherer* dem nicht ausdrücklich widerspricht.

Kommt es zu einem Gerichtsverfahren über den *Anspruch* ist der *Versicherer* berechtigt, aber nicht verpflichtet, den Rechtsstreit im Namen der *versicherten Person* auf seine Kosten zu führen.

7.3 Mitwirkungspflichten

Die *versicherte Person* ist verpflichtet, den Schaden zu mindern. Sie muss den *Versicherer* bei der Abwehr des *Anspruchs*, bei der Schadenermittlung und Schadenregulierung unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemässe Schadenberichte erstatten und alle für den Schadenfall relevanten Dokumente zur Verfügung stellen.

7.4 Anerkenntnis-, Vergleichs- und Entschädigungsverbot

Die *Gesellschaft* und die *versicherte Person* dürfen ohne vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* einen *Anspruch* weder ganz noch teilweise anerkennen, vergleichen oder bezahlen.

7.5 Bevorschussung der Abwehrkosten/Notfallkosten

Der *Versicherer* bezahlt die mit seiner vorherigen Zustimmung entstandenen und in Rechnung gestellten *Abwehrkosten* bereits vor dem endgültigen Abschluss des *Anspruchs*. Dies gilt auch, wenn unklar ist, ob ein *Anspruch* unter diesem Vertrag versichert ist oder nicht. Wenn später gerichtlich oder durch Vergleich festgestellt wird, dass der *Anspruch* nicht versichert ist, so ist die *versicherte Person* oder im Falle von Art. 1.2 die *Gesellschaft* zur Rückzahlung der erstatteten *Abwehrkosten* verpflichtet.

Für den Fall dass die vorherige Zustimmung des *Versicherers* wegen Dringlichkeit nicht eingeholt werden kann, sind *Abwehrkosten* bis zu der in der Police genannten Sublimite auch ohne vorherige Zustimmung des *Versicherers* gedeckt (Notfallkosten).

7.6 Verzicht auf Kündigung im Schadenfall

Der *Versicherer* verzichtet auf sein gesetzliches Recht aus Art. 42 Abs. 1 VVG zur Kündigung im Schadenfall.

8. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

8.1 Voraussetzung für den Vertrag

Dieser Vertrag gilt nicht für *Versicherungsnehmer*

- a) deren Wertpapiere an einer Börse kotiert oder öffentlich gehandelt werden; oder
- b) die bei Beginn der Versicherung weniger als 2 Jahre tätig sind; oder
- c) Finanzinstitute (z.B. Bank, Versicherer, Vermögensverwalter) sind.

Wenn der *Versicherungsnehmer* bei Vertragsbeginn unter a), b) oder c) fällt, ist der gesamte Vertrag von Anfang an nichtig.

8.2 Zurechnung

- a) Zurechnung zum *Versicherungsnehmer* (Repräsentantenklausel):

Dem *Versicherungsnehmer* werden ausschliesslich Tatsachen, Kenntnisse oder Obliegenheitsverletzungen des Verwaltungsratspräsidenten, obersten Geschäftsführers (Chief Executive Officer), Finanzchefs (Chief Financial Officer) oder Leiters der Rechtsabteilung (oder gleichwertige Positionen) des *Versicherungsnehmers* zugerechnet.

- b) Zurechnung zu *versicherten Personen*

Einer *versicherten Person* werden Tatsachen, Kenntnisse oder Obliegenheitsverletzungen einer anderen *versicherten Person* nicht zugerechnet.

8.3 Verletzung von Obliegenheiten

Wenn die *Gesellschaft* oder eine *versicherte Person* schuldhaft eine in diesem Vertrag vereinbarte Obliegenheit verletzt, ist der *Versicherer* berechtigt, seine Leistung oder Zahlung zu kürzen oder zu verweigern. Dieser Rechtsnachteil tritt nicht ein, wenn die *Gesellschaft* oder *versicherte Person* beweist, dass der Schaden in gleicher Höhe auch bei Erfüllung der Obliegenheit eingetreten wäre.

8.4 Geltendmachung des Versicherungsschutzes

Die *versicherten Personen* können ihre Rechte aus diesem Versicherungsvertrag selbständig geltend machen, auch wenn sie nicht im Besitz der Police sind.

8.5 Anzeigen und Mitteilungen an den Versicherer

Alle Anzeigen und Mitteilungen an den *Versicherer* sind in schriftlicher Form an die in der Police genannte Adresse des *Versicherers* oder bei Einschaltung eines Maklers an ihn zu richten.

8.6 Vertragsdauer und automatische Erneuerung

Der Vertrag wird für die in der Police genannte *Versicherungsperiode* abgeschlossen. Er erneuert sich jeweils automatisch um eine neue *Versicherungsperiode* von 1 Jahr, wenn er nicht von einer Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Monaten zum Ende der *Versicherungsperiode* gekündigt wird. Vorbehalten bleiben die Pflicht des *Versicherungsnehmers* zur Anzeige von Gefahrerhöhungen gemäss Art. 6.5 und das Recht des *Versicherers* zu Vertragsänderungen.

8.7 Datenschutz

Die *Gesellschaft* und die *versicherten Personen* ermächtigen den *Versicherer* die für die Vertrags- und Schadenabwicklung notwendigen Daten zu beschaffen und zu bearbeiten. Der *Versicherer* verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Falls erforderlich werden die Daten an involvierte Mit- oder Rückversicherer, Standesorganisationen, Broker oder andere Dritte weitergeleitet. Die *Gesellschaft* oder die *versicherten Personen* können jederzeit die Einsicht oder die Berichtigung ihrer fehlerhaften Daten verlangen.

8.8 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf diesen Vertrag findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung. Gerichtsstand für Klagen gegen den *Versicherer* ist Zürich und für Klagen gegen den *Versicherungsnehmer* das zuständige Gericht an seinem schweizerischen Sitz.

Die Haftung der *versicherten Personen* wird davon nicht berührt. Sie wird durch das Recht und vor den Gerichten der nach den Umständen des *Anspruchs* anwendbaren Rechtsordnung bestimmt.

8.9 Abtretungs- und Verpfändungsverbot

Ansprüche auf Versicherungsschutz dürfen vor ihrer rechtsverbindlichen Feststellung ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung des *Versicherers* nicht abgetreten oder verpfändet werden.

8.10 Verhältnis zu anderen Versicherungen/Vorleistung bei Doppelversicherung

Ist der geltend gemachte *Anspruch* auch unter einer anderen Organhaftpflichtversicherung oder einer Versicherung anderer Art versichert, geht die andere Versicherung diesem Versicherungsvertrag vor, falls die andere Versicherung nicht ausdrücklich als Exzedent zu diesem Versicherungsvertrag vereinbart wurde. Die Leistungspflicht des *Versicherers* auf Grund dieses Versicherungsvertrages besteht nur insoweit, als der *Anspruch* unter der anderen Versicherung nicht gedeckt ist.

Bestreitet der andere Versicherer seine Leistungspflicht ganz oder teilweise, so leistet der *Versicherer* dieses Vertrages bis zu einer Sublimite von 10% der *Versicherungssumme* vor. Die *versicherte Person* ist insoweit verpflichtet, die ihr zustehenden Rechte aus dem anderen Versicherungsvertrag an den *Versicherer* dieses Vertrages abzutreten.

Ist die andere Versicherung ebenfalls beim *Versicherer* dieses Vertrages oder einem mit ihm verbundenen Unternehmen abgeschlossen, so ist die Leistung des *Versicherers* und der mit ihm verbundenen Unternehmen insgesamt auf die höchste der vereinbarten Deckungssummen je Anspruch und Vertragslaufzeit begrenzt.

8.11 Verjährungsfrist 5 Jahre

In Abänderung von Art. 46 VVG verjähren Forderungen aus diesem Versicherungsvertrag in 5 Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

9. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Die in diesem Vertrag kursiv geschriebenen Begriffe haben die in der Police oder im Folgenden genannten Bedeutungen:

9.1 Abwehrkosten

Abwehrkosten sind die von *versicherten Personen* für die Abwehr oder Behandlung von *Ansprüchen* zu tragenden notwendigen und angemessenen Honorare, Kosten und Gebühren für Rechtsanwälte, Sachverständige, Zeugen, (Schieds-)Gerichte und andere Verfahren sowie Parteientschädigungen. Interne Kosten der *Gesellschaft* oder der *versicherten Personen* wie z.B. Löhne oder Reisekosten sowie die in Art. 2.4 bis 2.14 versicherten Leistungen sind keine *Abwehrkosten*.

9.2 Anspruch

Ein *Anspruch* ist die/das gegen eine *versicherte Person* gerichtete

- a) schriftliche Forderung eines Anspruchstellers auf *Schadenersatz*; oder
- b) Zivil-, Schiedsgerichts- oder Verwaltungsverfahren, das durch eine Klage oder Beschuldigung wegen *Schadenersatz* von einem Anspruchsteller eingeleitet wird; oder
- c) strafrechtliche Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren im Zusammenhang mit einer *Pflichtverletzung*, die zu einem *Anspruch* gemäss lit a) oder b) führen könnte.

9.3 Gesellschaft

Gesellschaft ist der *Versicherungsnehmer* und seine *Tochtergesellschaften*.

9.4 Pflichtverletzung

Eine *Pflichtverletzung* ist jede behauptete oder tatsächliche unrechtmässige Handlung oder Unterlassung einer *versicherten Person* in ihrer Eigenschaft oder Funktion als Organ der *Gesellschaft* oder einer Drittgesellschaft.

9.5 Schadenersatz

Schadenersatz ist eine aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen zu zahlende Entschädigung für Vermögensschäden.

Nicht als Vermögensschaden gelten Vertragsstrafen, Bussgelder, Geldstrafen, Entschädigung mit Strafcharakter (inklusive punitive und exemplary damages); vorbehalten bleibt der Strafrechtsschutz gemäss Art. 2.3 und die Deckungserweiterung Art. 2.12.

9.6 CH Tochtergesellschaft

Eine *CH Tochtergesellschaft* ist jedes Unternehmen, bei dem der *Versicherungsnehmer* direkt oder indirekt

- a) mehr als 50 % der Stimmrechte hält; oder
- b) das Recht hat, die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Geschäftsführung zu bestellen oder abzuberufen.

Keine Tochtergesellschaften sind

- i) Unternehmen, deren Wertpapiere an einer Börse kotiert sind oder öffentlich gehandelt werden; oder
- ii) Finanzinstitute (z.B. Bank, Versicherer, Vermögensverwalter); oder

9.7 Versicherte Personen

Versicherte Personen sind alle ehemaligen, gegenwärtigen und zukünftigen natürlichen Personen von *Gesellschaften* mit folgenden Funktionen:

- a) formelle und materielle Organe:
 - Mitglieder des Verwaltungs-, Stiftungs-, Aufsichts- oder Beirates (u. deren Ausschüssen); und
 - Mitglieder der Geschäftsleitung oder des Vorstandesoder einem entsprechenden Organ einer ausländischen Rechtsordnung;

- b) de-facto Organe und „shadow director“ einschliesslich leitende Angestellte und interne Revisoren, soweit sie als de-facto Organe persönlich haften;
- c) Mitarbeiter:
 - soweit und solange sie gemeinsam mit einer *versicherten Person* gemäss lit a) oder b) oder als deren Stellvertreter in Anspruch genommen werden; oder
 - als Inhaber eines Drittmandates (Art. 2.8); oder
 - für *Ansprüche* aus dem Arbeitsverhältnis (Art. 2.9)
 - in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Vorsorgekommission eines Vorsorgeplans der *Gesellschaft* bei einer Schweizer Sammelstiftung.

Keine *versicherten Personen* sind externe Personen, die nicht bei der *Gesellschaft* angestellt sind, wie externe Revisoren, Konkursverwalter, Sachwalter, Liquidatoren, Treuhänder, Berater oder ähnliche Personen.

Den *versicherten Personen* gleichgestellt sind deren Ehegatten, Erben und gesetzliche Vertreter, soweit und solange sie für eine *Pflichtverletzung* der *versicherten Person* in *Anspruch* genommen werden.