

### **S.21.01 — Risikoprofil der Verlustverteilung**

#### **Allgemeine Bemerkungen:**

Dieser Abschnitt bezieht sich auf die jährliche Übermittlung von Informationen für einzelne Unternehmen.

Zu übermitteln sind nur auf das Direktversicherungsgeschäft bezogene Informationen zum Nichtlebensversicherungsgeschäft (einschließlich des nach Art der Nichtlebensversicherung betriebenen Krankenversicherungsgeschäfts). Für jeden in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereich ist ein eigener Meldebogen auszufüllen.

-

-

**▼ M2**

Das Risikoprofil der Verlustverteilung für die Nichtlebensversicherung zeigt die Verteilung der am Ende des Berichtsjahres akkumulierten eingetretenen Schadensfälle auf (vordefinierte) Stufen.

Der Ausdruck „akkumulierte eingetretene Fälle“ bezeichnet die Summe der mit Zahlungen regulierten Fälle (brutto) und der angemeldeten, aber noch nicht regulierten Versicherungsansprüche (RBNS), fallweise für jeden einzelnen offenen oder abgeschlossenen Fall, der einem bestimmten Schadensjahr („SJ“)/Zeichnungs-jahr („ZJ“) (SJ/ZJ) zuzuordnen ist. Bei den für die eingetretenen Fälle anzugebenden Anspruchsbeträgen sind sämtliche Schadenbestandteile, aber nur die Aufwendungen zu berücksichtigen, die direkt einem bestimmten Schadensfall zugeordnet werden können. Die Angaben über diese Beträge sind abzüglich Rückforderungen und Regressbeträgen zu berichten. Mit der erstmaligen Anwendung von Solvabilität II sind historische Daten zu übermitteln.

**▼ B**

Im Einklang mit den Anforderungen der nationalen Aufsichtsbehörde sind die Unternehmen verpflichtet, ihre Daten auf Basis eines Schadenjahres oder Zeichnungs-jahres zu berichten. Wenn die nationale Aufsichtsbehörde nicht festgelegt hat, auf welcher Basis die Daten zu übermitteln sind, kann das Unternehmen das Schaden- oder Zeichnungs-jahr zugrunde legen, je nachdem, wie die in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereiche geführt werden, sofern auf gleicher Basis wie im Vorjahr berichtet wird.

Standardwährung für die vorgegebenen Stufen ist der Euro. Im Falle abweichender Berichtswährungen obliegt es der zuständigen Aufsichtsbehörde, für die 20 Stufen gleichwertige Währungsbeträge festzulegen.

Die Verwendung unternehmensspezifischer Stufen ist zulässig, insbesondere, wenn die eingetretenen Schäden weniger als 100 000 EUR betragen. Die gewählten Stufen sind über die aufeinanderfolgenden Berichtszeiträume hinweg beizubehalten, solange sich die Verteilung der Versicherungsfälle nicht signifikant ändert. Sollte eine solche Veränderung eintreten, hat das Unternehmen die Aufsichtsbehörde vorab zu unterrichten, sofern diese nicht bereits entsprechende Vorgaben gemacht hat.

	ELEMENT	HINWEISE
Z0010	Geschäftsbereich	<p>Angabe des Geschäftsbereichs gemäß Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35, auf den sich die Meldung bezieht. Aus der folgenden erschöpfenden Liste ist eine Option auszuwählen:</p> <p>1 — Krankheitskostenversicherung  2 — Einkommensersatzversicherung  3 — Arbeitsunfallversicherung  4 — Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung  5 — Sonstige Kraftfahrtversicherung  6 — See-, Luftfahrt- und Transportversicherung  7 — Feuer- und andere Sachversicherungen  8 — Allgemeine Haftpflichtversicherung  9 — Kredit- und Kautionsversicherung  10 — Rechtsschutzversicherung  11 — Beistand  12 — Versicherung gegen verschiedene finanzielle Verluste</p>
Z0020	Schadenjahr/Zeichnungs-jahr	<p>Anzugeben ist der Standard, den die Unternehmen für den Meldebogen S.19.01 zugrunde legen. Aus der folgenden erschöpfenden Liste ist eine Option auszuwählen:</p> <p>1 — Schadenjahr  2 — Zeichnungs-jahr</p>

## ▼ B

	ELEMENT	HINWEISE
C0030/R0010 bis R0310	Eingetretene Fälle Beginn	<p>Untergrenze der jeweiligen Betragsstufe für eingetretene Versicherungsfälle</p> <p>► <b>M2</b> Wenn der Euro als Berichtswährung verwendet wird, stehen als Basis für die normale Verlustverteilung folgende fünf Optionen zur Verfügung:</p> <p>1-20 Stufen zu 5 000 und 1 zusätzliche, offene Stufe für akkumulierte eingetretene Schäden &gt; 100 000</p> <p>2-20 Stufen zu 50 000 und 1 zusätzliche, offene Stufe für akkumulierte eingetretene Schäden &gt; 1 Mio.</p> <p>3-20 Stufen zu 250 000 und 1 zusätzliche, offene Stufe für akkumulierte eingetretene Schäden &gt; 5 Mio.</p> <p>4-20 Stufen zu 1 Mio. und 1 zusätzliche, offene Stufe für akkumulierte eingetretene Schäden &gt; 20 Mio.</p> <p>5-20 Stufen zu 5 Mio. und 1 zusätzliche, offene Stufe für akkumulierte eingetretene Schäden &gt; 100 Mio.</p> <p>Sofern die Aufsichtsbehörde nicht bereits Festlegungen getroffen hat, muss ein Unternehmen insbesondere bei akkumulierten Schäden von weniger als 100 000 EUR spezifische Stufen verwenden, weil nur so die Verteilung der akkumulierten eingetretenen Versicherungsfälle in hinreichender Detailtiefe abgebildet werden kann. ◀</p> <p>Die gewählte Option ist über die Berichtszeiträume hinweg beizubehalten, solange sich die Verteilung der Versicherungsfälle nicht signifikant ändert.</p> <p>Im Falle abweichender Berichtswährungen obliegt es den nationalen Aufsichtsbehörden, für die 20 Stufen gleichwertige Beträge festzulegen.</p>
C0040/R0010 bis R0200	Eingetretene Fälle Ende	Obergrenze der jeweiligen Betragsstufe für eingetretene Versicherungsfälle.
C0050, C0070, C0090, C0110, C0130, C0150, C0170, C0190, C0210, C0230, C0250, C0270, C0290, C0310, C0330/R0010 bis R0210	Anzahl der Fälle SJ/ZJ Jahr N:N-14	<p>► <b>M2</b> Die Anzahl der den Schadens-/Zeichnungs Jahren N bis N-14 zuzuordnenden Fälle, die akkumuliert am Ende des Berichtsjahres zwischen der Ober- und Untergrenze der jeweils anwendbaren Stufe gelegene Ansprüche bedingen. ◀ Die Anzahl der Fälle ist die Summe der zum Periodenende akkumulierten Anzahl der offenen zuzüglich der mit Zahlungen abgeschlossenen Fälle.</p>
C0060, C0080, C0100, C0120, C0140, C0160, C0180, C0200, C0220, C0240, C0260, C0280, C0300, C0320, C0340 /R0010 bis R0210	Eingetretene Fälle gesamt SJ/ZJ Jahr N:N-14	<p>► <b>M2</b> „Die akkumulierte und aggregierte Höhe aller den Schadens-/Zeichnungs Jahren N bis N-14 zuzuordnenden eingetretenen Versicherungsfälle, die akkumuliert am Ende des Berichtsjahres zwischen der Ober- und Untergrenze der jeweils anwendbaren Stufe gelegene Ansprüche bedingen. ◀</p> <p>Für kleinere Ansprüche sind Schätzungen (z. B. Standardbeträge) zulässig, solange sie mit den Beträgen in Einklang stehen, die bei den Angaben über Ansprüche aus Nichtlebensversicherungen (Musterbogen S.19.01) in die Abwicklungsdreiecke eingetragen wurden.</p> <p>► <b>M2</b> Der Ausdruck „akkumulierte eingetretene Fälle“ bezeichnet die Summe der mit Zahlungen regulierten Fälle (brutto) und der gemeldeten, aber noch nicht regulierten Versicherungsansprüche (RBNS), fallweise für jeden einzelnen offenen oder abgeschlossenen Fall, der einem bestimmten Schadens-/Zeichnungs Jahr (SJ/ZJ) zuzuordnen ist.“; ◀</p>
C0050, C0070, C0090, C0110, C0130, C0150, C0170, C0190, C0210, C0230, C0250, C0270, C0290, C0310, C0330/R0300	Anzahl der Fälle SJ/ZJ Jahr N:N-14 — gesamt	Gesamtzahl der akkumulierten und aggregierten Ansprüche für alle Stufen, für alle Jahre von N bis N-14.



	ELEMENT	HINWEISE
C0060, C0080, C0100, C0120, C0140, C0160, C0180, C0200, C0220, C0240, C0260, C0280, C0300, C0320, C0340/R0300	Eingetretene Fälle gesamt SJ/ ZJ Jahr N:N-14 — gesamt	Gesamtbetrag der akkumulierten und aggregierten Ansprüche für alle Stufen, für alle Jahre von N bis N-14.

### S.21.02 — Nichtlebensversicherungstechnische Risiken

#### Allgemeine Bemerkungen:

Dieser Abschnitt bezieht sich auf die jährliche Übermittlung von Informationen für einzelne Unternehmen.

In diesem Meldebogen sind ausschließlich auf das Direktversicherungsgeschäft bezogene Informationen über den Bereich Nichtlebensversicherung (einschließlich Krankenversicherung nach Art der Nichtlebensversicherung) zu übermitteln.

Dabei sind unter Einbeziehung aller in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereiche die 20 größten versicherungstechnischen Einzelrisiken auf der Grundlage des Nettoselbstbehalts zu übermitteln. Wenn die beiden größten versicherungstechnischen Risiken eines in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereichs durch diese Methode nicht erfasst werden, sind diese zusätzlich zu melden. Falls ein einzelnes, einem bestimmten Geschäftsbereich zuzuordnendes versicherungstechnisches Risiko unter die größten 20 Risiken fällt, muss dieses Risiko des betroffenen Geschäftsbereichs nur einmal angegeben werden.

Der Ausdruck „Nettoselbstbehalt des einzelnen versicherungstechnischen Risikos“ bezeichnet den maximalen potenziellen Haftungsbetrag des Unternehmens nach Abzug der von Rückversicherern (einschließlich Zweckgesellschaften und Finanzrückversicherern) einforderbaren Beträge und des ursprünglichen Eigenanteils des Versicherten. Falls der Nettoselbstbehalt für eine übermäßig große Anzahl Risiken gleich ist, ist als ergänzendes Kriterium die Police mit der höchsten Versicherungssumme heranzuziehen. Falls auch die Versicherungssumme die gleiche ist, muss als ausschlaggebendes Kriterium das Risiko herangezogen werden, das dem Risikoprofil des Unternehmens am nächsten kommt.

	ELEMENT	HINWEISE
C0010	Risikoidentifikationscode	Bei diesem Code handelt es sich um eine vom Unternehmen zugewiesene eindeutige Identifikationsnummer für das Risiko, die für nachfolgende jährliche Berichterstattungen unverändert beibehalten werden muss.
C0020	Identifikation des Unternehmens/der Person, auf das/die sich das Risiko bezieht	Wenn sich das Risiko auf ein Unternehmen bezieht, geben Sie den Namen dieses Unternehmens an. Wenn sich das Risiko auf eine natürliche Person bezieht, pseudonymisieren Sie die ursprüngliche Policennummer und melden Sie pseudonymisierte Informationen. Pseudonymisierte Daten sind Daten, die ohne zusätzliche Informationen keiner bestimmten Person zugeordnet werden können, sofern die betreffenden zusätzlichen Informationen separat geführt werden. Über den Zeitverlauf ist Konsistenz zu wahren. Das bedeutet, dass stets dasselbe pseudonymisierte Format beibehalten werden muss, wenn ein bestimmtes versicherungstechnisches Risiko von Jahr zu Jahr auftritt.
C0030	Beschreibung des Risikos	Eine Beschreibung des Risikos. Die Art des Gebäudes oder der Beschäftigung für das betreffende versicherte Risiko, je nach Geschäftsbereich, wie in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definiert.

▼ **B**

	ELEMENT	HINWEISE
C0040	Geschäftsbereich	<p>Angabe des Geschäftsbereichs gemäß Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35. Aus der folgenden erschöpfenden Liste ist eine Option auszuwählen:</p> <p>1 — Krankheitskostenversicherung  2 — Einkommensersatzversicherung  3 — Arbeitsunfallversicherung  4 — Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung  5 — Sonstige Kraftfahrtversicherung  6 — See-, Luftfahrt- und Transportversicherung  7 — Feuer- und andere Sachversicherungen  8 — Allgemeine Haftpflichtversicherung  9 — Kredit- und Kautionsversicherung  10 — Rechtsschutzversicherung  11 — Beistand  12 — Versicherung gegen verschiedene finanzielle Verluste</p>
C0050	Beschreibung der abgedeckten Risikokategorie	Die Beschreibung der abgedeckten Risikokategorie ist unternehmensspezifisch und nicht obligatorisch. Auch wenn der Begriff „Risikokategorie“ nicht auf Begriffsbestimmungen der Ebenen 1 und 2 beruht, kann er als zusätzliche Möglichkeit zur Angabe weiterer Informationen über das oder die versicherungstechnischen Risiken erachtet werden
C0060	Gültigkeitsdauer (Beginn)	Geben Sie das Datum für den Beginn der jeweiligen Deckung, d. h. das Datum, an dem die Deckung wirksam wurde, im Format JJJJ-MM-TT nach ISO 8601 an.
C0070	Gültigkeitsdauer (Ende)	Geben Sie das Ablaufdatum der jeweiligen Deckung im Format JJJJ-MM-TT nach ISO 8601 an.
C0080	Währung	► <b>MI</b> Geben Sie den alphabetischen ISO-4217-Code der ursprünglichen Währung an. ◀
C0090	Versicherungssumme	<p>Höchstbetrag, den der Versicherer im Rahmen der Police ggf. auszahlen muss. Die Versicherungssumme bezieht sich auf das versicherungstechnische Risiko.</p> <p>Wenn die Police verschiedene im ganzen Land verteilte einzelne Risiken abdeckt, ist das versicherungstechnische Risiko mit dem höchsten Nettoselbstbehalt anzugeben. Wurde das Risiko auf der Grundlage einer Mitversicherung übernommen, gibt die Versicherungssumme die maximale Haftung des Bericht erstattenden Nichtlebensversicherers an. Im Falle einer gesamtschuldnerischen Haftung ist auch der Teil einzubeziehen, der auf einen ausfallenden Mitversicherer entfällt.</p>
C0100	Eigenanteil des Versicherten	Der vom Policeninhaber übernommene Teil der Versicherungssumme.
C0110	Art des versicherungstechnischen Modells	<p>Art des versicherungstechnischen Modells, das zur Schätzung der versicherungstechnischen Risikoexposition und des Rückversicherungsbedarfs verwendet wird. Aus der folgenden erschöpfenden Liste ist eine Option auszuwählen:</p> <p>1 — Versicherungssumme</p> <p>Höchstbetrag, den der Versicherer im Rahmen der ursprünglichen Police ggf. auszahlen muss. Die Option „Versicherungssumme“ ist auch einzutragen, wenn das Element „Art des versicherungstechnischen Modells“ nicht anwendbar ist.</p>

## ▼ B

	ELEMENT	HINWEISE
		<p>2 — Möglicher Höchstschaden (Maximum Possible Loss, MPL): Schaden, der auftreten kann, wenn die ungünstigsten Umstände auf mehr oder weniger außergewöhnliche Weise zusammentreffen und ein Brand nur durch unüberwindbare Hindernisse oder fehlende brennbare Substanz angehalten wird.</p> <p>3 — Wahrscheinlicher Höchstschaden (Probable Maximum Loss, PML): Ist definiert als Schätzung des zu erwartenden größten Schadens infolge eines einzelnen Brands oder einer einzelnen Gefahr, wobei die schlimmste Einzelstörung von privaten primären Brandschutzsystemen angenommen, jedoch von einer zweckgemäßen Funktion der sekundären Brandschutzsysteme oder -organisationen (wie Notfallorganisationen und private und/oder öffentliche Feuerwehr) ausgegangen wird. Katastrophenbedingungen wie Explosionen infolge eines massiven Austritts entzündbarer Gase, die sich auf große Werksbereiche auswirken können, die Detonation einer großen Sprengstoffmenge, seismische Störungen, Flutwellen oder Überschwemmungen, Flugzeugabstürze und an mehreren Orten stattfindende Brandanschläge sind aus dieser Schätzung ausgeschlossen. Diese Definition ist eine Mischform zwischen dem möglichen Höchstschaden und dem geschätzten Höchstschaden, die allgemein anerkannt ist und von Versicherern, Rückversicherern und Rückversicherungsmaklern häufig verwendet wird.</p> <p>4 — Geschätzter Höchstschaden: Nach vernünftigem Ermessen aus den betrachteten unvorhergesehenen Ereignissen erlittener Schaden infolge eines einzelnen Zwischenfalls, der als im Bereich des Wahrscheinlichen erachtet wird, unter Berücksichtigung aller Faktoren, die das Schadensausmaß verringern oder erhöhen können, wobei diejenigen Zufallsereignisse und Katastrophen ausgeschlossen sind, die möglich, jedoch unwahrscheinlich sind.</p> <p>5 — Andere Andere mögliche versicherungstechnische Modelle, die verwendet werden. Die Art des „anderen“ verwendeten versicherungstechnischen Modells muss im regelmäßigen aufsichtlichen Bericht erläutert werden.</p> <p>Obleich die obenstehenden Definitionen für den in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereich „Feuer- und andere Sachversicherungen“ verwendet werden, können ähnliche Definitionen für andere Geschäftsbereiche vorhanden sein.</p>
C0120	Betrag versicherungstechnisches Modell	Betrag des Höchstschadens in Bezug auf das einzelne versicherungstechnische Risiko, der durch das verwendete versicherungstechnische Modell erhalten wird. Wenn kein versicherungstechnisches Modell einer bestimmten Art verwendet wird, muss der hier eingetragene Betrag gleich der in Position C0090 eingetragenen Versicherungssumme abzüglich dem in Position C0100 eingetragenen Eigenanteil sein.
C0130	Auf fakultativer Basis rückversicherte Summe, bei allen Rückversicherern	Der Teil der Versicherungssumme, die der Versicherer auf fakultativer Basis (vertragsbezogen und/oder auf einzelne Risiken bezogen) an Rückversicherer zediert hat. Wenn die fakultative Rückversicherung nicht 100 %, sondern nur 80 % des Risikos abdeckt, sind die verbleibenden 20 % als Selbstbehalt zu werten.
C0140	Nicht auf fakultativer Basis rückversicherte Summe, bei allen Rückversicherern	Der Teil der Versicherungssumme, die der Versicherer durch herkömmliche Rückversicherungsverträge oder auf anderer Grundlage (einschließlich Zweckgesellschaften und Finanzrückversicherungen) außer der fakultativen Rückversicherung zediert hat.
C0150	Nettoselbstbehalt des Versicherers	Der Nettobetrag, für den der Versicherer das Risiko trägt, d. h. der Teil der Versicherungssumme, der über den ursprünglichen Eigenanteil des Versicherten hinausgeht und nicht rückversichert wurde.

**▼ B****S.21.03 — Verteilung der nichtlebensversicherungstechnischen Risiken — nach Versicherungssumme****Allgemeine Bemerkungen:**

Dieser Abschnitt bezieht sich auf die jährliche Übermittlung von Informationen für einzelne Unternehmen.

Dieser Meldebogen ist rückblickend für das Nichtlebensversicherungsgeschäft (einschließlich Krankenversicherung nach Art der Nichtlebensversicherung) auszufüllen, und dies nur in Bezug auf das Direktversicherungsgeschäft und nur für die in Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35 definierten Geschäftsbereiche der Nichtlebensversicherung.

Das versicherungstechnische Risikoportfolio entspricht der Verteilung (auf vorgegebene Stufen) der Versicherungssumme jedes einzelnen versicherungstechnischen Risikos, das vom Unternehmen übernommen wurde. Das versicherungstechnische Risikoportfolio ist nach Geschäftsbereichen aufzuschlüsseln. Für einige Geschäftsbereiche ist die Berichterstattung für alle Mitgliedstaaten obligatorisch, allerdings können die Mitgliedstaaten nach eigenem Ermessen auch weitere Geschäftsbereiche in diese Berichtspflicht einbeziehen. Für manche Geschäftsbereiche ist dieser Meldebogen nicht anwendbar. (Siehe auch das Element „Geschäftsbereich“).

Standardwährung für die vorgegebenen Stufen ist der Euro. Im Falle abweichender Berichtswährungen obliegt es der zuständigen Aufsichtsbehörde, für die 20 Stufen gleichwertige Währungsbeträge festzulegen.

Die Verwendung unternehmensspezifischer Stufen ist zulässig, insbesondere, wenn die Versicherungssumme weniger als 100 000 EUR beträgt. Die gewählten Stufen sind über die Berichtszeiträume hinweg beizubehalten, solange sich die Verteilung der Versicherungsfälle nicht signifikant ändert. Sollte eine solche Veränderung eintreten, hat das Unternehmen die Aufsichtsbehörde vorab zu unterrichten, sofern diese nicht bereits entsprechende Vorgaben gemacht hat.

Der Berichtsstichtag ist grundsätzlich das Ende des Berichtsjahrs, in begründeten Fällen kann das Unternehmen jedoch auch das Datum, an die Informationen von der Policenverwaltung eingeholt wurden, als Berichtsstichtag wählen. Bei dieser Vorgehensweise kann der Berichtsstichtag, für den das versicherungstechnische Risikoportfolio übermittelt wird, beispielsweise mit dem Datum übereinstimmen, an dem ähnlich geartete Informationen für Zwecke der Verlängerung von Rückversicherungsverträgen und fakultativen Rückversicherungen eingeholt werden.

Die Versicherungssumme ist in Bezug auf jedes versicherungstechnische Risiko einzeln aufzuführen, wobei für jeden einzelnen Geschäftsbereich lediglich die Hauptdeckungssumme anzugeben ist, und bezeichnet den höchsten Betrag, zu dessen Auszahlung der Versicherer verpflichtet werden kann. Dies bedeutet:

- Wenn die Versicherungssumme für die Zusatzdeckung „Diebstahl“ niedriger ist als die Versicherungssumme für die Hauptdeckung „Feuer und andere Sachschäden“ (die beide demselben Geschäftsbereich angehören), dann ist die höhere Versicherungssumme einzutragen.
- Eine Versicherungspolice, die sich auf mehrere Gebäude/Fahrzeugflotten usw. bezieht, muss aufgeschlüsselt werden.
- Wurde das Risiko auf der Grundlage einer Mitversicherung übernommen, gibt die Versicherungssumme die maximale Haftung des die Meldung übermittelnden Nichtlebensversicherers an.
- Im Falle einer gesamtschuldnerischen Haftung ist auch der Teil einzubeziehen, der auf einen ausfallenden Mitversicherer entfällt.

	ELEMENT	HINWEISE
Z0010	Geschäftsbereich	Angabe des Geschäftsbereichs gemäß Anhang I der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35, auf den sich die Meldung bezieht. Erste Kategorie: Geschäftsbereiche, deren Meldung für alle Mitgliedstaaten obligatorisch ist:

▼ **B**

	ELEMENT	HINWEISE
		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sonstige Kraftfahrtversicherung</li> <li>— See-, Luftfahrt- und Transportversicherung</li> <li>— Feuer- und andere Sachversicherungen</li> <li>— Kredit- und Kautionsversicherung</li> </ul> <p>Zweite Kategorie: Geschäftsbereiche, deren Meldung von den nationalen Aufsichtsbehörden nach eigenem Ermessen für obligatorisch erklärt werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung</li> <li>— Allgemeine Haftpflichtversicherung</li> <li>— Krankheitskostenversicherung</li> <li>— Einkommensersatzversicherung</li> <li>— Arbeitsunfallversicherung</li> <li>— Verschiedene finanzielle Verluste</li> <li>— Rechtsschutzversicherung</li> <li>— Beistand</li> </ul> <p>Aus der folgenden erschöpfenden Liste ist eine Option auszuwählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 — Krankheitskostenversicherung</li> <li>2 — Einkommensersatzversicherung</li> <li>3 — Arbeitsunfallversicherung</li> <li>4 — Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung</li> <li>5 — Sonstige Kraftfahrtversicherung</li> <li>6 — See-, Luftfahrt- und Transportversicherung</li> <li>7 — Feuer- und andere Sachversicherungen</li> <li>8 — Allgemeine Haftpflichtversicherung</li> <li>9 — Kredit- und Kautionsversicherung</li> <li>10 — Rechtsschutzversicherung</li> <li>11 — Beistand</li> <li>12 — Versicherung gegen verschiedene finanzielle Verluste</li> </ul>
C0020/ R0010–R0210	Versicherungssumme Beginn	<p>Untergrenze der Beitragsstufe, der die Versicherungssumme des einzelnen versicherungstechnischen Risikos zuzuordnen und innerhalb derer sie zu aggregieren ist.</p> <p>Wenn der Euro als Berichtswährung verwendet wird, stehen als Basis für die Verteilung der versicherungstechnischen Risiken folgende fünf Optionen zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1-20 Stufen zu 25 000 und 1 zusätzliche Stufe für Versicherungssummen &gt; 500 000</li> <li>2-20 Stufen zu 50 000 und 1 zusätzliche Stufe für Versicherungssummen &gt; 1 Mio.</li> <li>3-20 Stufen zu 250 000 und 1 zusätzliche Stufe für Versicherungssummen &gt; 5 Mio.</li> <li>4-20 Stufen zu 1 Mio. und 1 zusätzliche Stufe für Versicherungssummen &gt; 20 Mio.</li> <li>5-20 Stufen zu 5 Mio. und 1 zusätzliche Stufe für Versicherungssummen &gt; 100 Mio.</li> </ul> <p>Sofern die Aufsichtsbehörde nicht bereits Festlegungen getroffen hat, muss ein Unternehmen insbesondere bei Versicherungssummen von weniger als 100 000 EUR spezifische Stufen verwenden, weil nur so die Verteilung der eingetretenen Versicherungsfälle in hinreichender Detailtiefe abgebildet werden kann.</p> <p>Für Policen, in denen keine Versicherungssumme festgelegt ist, muss das Unternehmen eigene Schätzungen vornehmen oder Standardwerte einsetzen.</p>

▼ **B**

	ELEMENT	HINWEISE
		Die gewählte Option ist über die Berichtszeiträume hinweg beizubehalten, solange sich die Verteilung der Versicherungsfälle nicht signifikant ändert. Im Falle abweichender Berichtswährungen obliegt es den nationalen Aufsichtsbehörden, für die 20 Stufen gleichwertige Beträge festzulegen.
C0030/ R0010–R0200	Versicherungssumme Ende	Obergrenze der Beitragsstufe, der die Versicherungssumme des einzelnen versicherungstechnischen Risikos zuzuordnen und innerhalb derer sie zu aggregieren ist.
C0040/ R0010–R0210	Anzahl der versicherungstechnischen Risiken	Die Anzahl der versicherungstechnischen Risiken, bei denen die Versicherungssumme zwischen der Ober- und Untergrenze der jeweils anwendbaren Stufe liegt.
C0040/R0220	Anzahl der versicherungstechnischen Risiken — gesamt	Gesamtzahl der in alle Stufen eingetragenen versicherungstechnischen Risiken.
C0050/ R0010–R0210	Versicherungssumme gesamt	Die aggregierte Versicherungssumme aller einzelnen versicherungstechnischen Risiken, deren Versicherungssumme zwischen der Ober- und Untergrenze der jeweils anwendbaren Stufe liegt, brutto und in der Berichtswährung.
C0050/R0220	Versicherungssumme gesamt — gesamt	Gesamtsumme der aggregierten Beträge der Versicherungssummen aller in allen Stufen berichteten einzelnen versicherungstechnischen Risiken, brutto und in der Berichtswährung.
C0060/ R0010–R0210	Jährliche gebuchte Prämien gesamt	Der aggregierte Gesamtbetrag der gebuchten Prämien im Sinne von Artikel 1 Absatz 11 der Delegierten Verordnung (EU) 2015/35.
C0060/R0220	Jährliche gebuchte Prämien gesamt — gesamt	Gesamtsumme der aggregierten Beträge der in allen Stufen berichteten jährlich gebuchten Prämien.