

Produktinformationsblatt zum Tarif „NaturPlus“



Die Zusatzversicherung für
ergänzende Heil- und Vorsorgemethoden

Dieses Produktinformationsblatt soll Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenkostenzusatzversicherung geben. Es enthält diejenigen Informationen, die für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages von besonderer Bedeutung sind. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.

Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Inhalt Ihres Antrags auf Angebotsabgabe einschließlich des Gesundheitsfragebogens, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Tarifbestimmungen (TB), dem Versicherungsschein sowie der Satzung von prae natura. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Versicherungsart

Es handelt sich um eine nach den Grundsätzen der Schadenversicherung (§ 194 Absatz 1 VVG) kalkulierte Krankenkostenzusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung, die ausnahmslos das Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung voraussetzt.

2. Leistungen des Versicherers

Versichert sind anfallende Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker sowie Kosten für Vorsorgemaßnahmen in dem vom Versicherer gemäß § 3 AVB und unter Punkt „Leistungen – Art und Umfang“ der TB zugesagten Umfang – und zwar auch dann, wenn aufgrund des vorausgesetzten gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutzes kein Kostenerstattungsanspruch besteht (§ 1 Nr. 1 AVB). Derartige Kosten werden zwar unabhängig von der Staatsangehörigkeit des behandelten Versicherungsnehmers und dessen Wohnsitz erstattet, aber nur dann, wenn sie von einem nach deutschem Recht zugelassenen Arzt oder Heilpraktiker verordnet und daraufhin in der Bundesrepublik Deutschland erbracht wurden (§ 1 Nr. 4 AVB).

3. Gegenleistung des Versicherungsnehmers

Beitrag, Fälligkeit und Zeitraum, für den die Beiträge zu entrichten sind, sowie Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung.

Der vom Versicherungsnehmer für die Dauer des ihm vom Versicherer gewährten Versicherungsschutz monatlich im Voraus zu zahlende Beitrag wird nach dem im jeweiligen Versicherungsjahr erreichten Alter des Versicherungsnehmers bemessen. Er ist der einschlägigen Tabelle der TB unter dem Punkt „Beitragsberechnung und -bemessung“ zu entnehmen und beträgt zwischen 5,90 Euro und 14,70 Euro ohne Risikozuschläge.

In Einzelfällen wird der Beitrag um Risikozuschläge erhöht. Deren Höhe vereinbart der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer je nach dessen Gesundheitszustand, der aufgrund eines nachvollziehbaren Verfahrens und nachvollziehbarer Überlegungen ermittelt wird.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des erstmals zu zahlenden Beitrages oder der in der Folgezeit zu zahlenden Beiträge kann nach den in §§ 38 und 39 VVG beschriebenen gesetzlichen Regelungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen (§ 12 und § 13 AVB). Während der

Vertragslaufzeitzeit kann der Versicherer seine Leistungen oder die von den Versicherungsnehmern zu zahlenden Beiträge nötigenfalls im Rahmen eines nachvollziehbaren Verfahrens anpassen (§ 7b AVB).

4. Leistungsausschlüsse

Sie dienen dem Versicherer dazu, Preis und Leistungen der Versicherung in einem betriebswirtschaftlich vertretbaren Verhältnis zu halten. Deswegen werden für vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, in der Regel keine Leistungen erbracht. Das gilt auch für stationäre Krankenhausbehandlungen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen, falls die TB nichts anderes vorsehen. Diese und weitere Leistungsausschlüsse sind in § 4 AVB genau beschrieben.

5. Obliegenheiten

Sie verpflichten den Versicherungsnehmer zu bestimmten Verhaltensweisen, ohne die das versicherte Risiko vom Versicherer nicht zu tragen wäre.

a) vor Vertragsabschluss

Hierzu gehört die genaue Angabe des bestehenden Krankenversicherungsverhältnisses und vollständige Beantwortung des Gesundheitsfragebogens bzw. etwaiger Rückfragen, damit der Versicherer aufgrund der erhaltenen Antworten entscheiden kann, ob das von ihm aufgrund von Erfahrungswissen abzuschätzende und mit dem jeweiligen Vertragsabschluss zu übernehmende Risiko in Anbetracht seines Versicherungsbestands tragfähig ist.

b) nach Vertragsabschluss

Hierzu gehört unter anderem das Unterlassen der Anzeige des Abschlusses einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung (§ 8 Nr. 5 AVB).

c) nach Eintritt des Versicherungsfalls

Hierzu gehört die Anzeige voraussichtlich länger als 6 Monate andauernder Behandlungen, die Verweigerung der vom Versicherer zur Feststellung eines Versicherungsfalls benötigten Auskünfte oder der von ihm verlangten Untersuchungen (§ 8 Nr. 2 bis 4 AVB).

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die schuldhaftige Verletzung vertraglich auferlegter Obliegenheiten hat – je nachdem – zur Folge, dass der Versicherer den Vertrag kündigen, von ihm zurücktreten, ihn anpassen oder vom Versicherungsnehmer geforderte Leistungen ganz oder teilweise verweigern kann (§ 9 AVB).

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der gewährte Versicherungsschutz – und damit auch der Anspruch auf Leistungen – beginnt in der Regel erst 3 Monate nach dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn (sogenannte Wartezeit) und gilt für die gesamte Vertragslaufzeit, die mindestens 2 Jahre beträgt. Für Neugeborene gelten besondere Bestimmungen (§ 2 Nr. 3 AVB). Er endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§ 6 AVB).

9. Beendigung des Vertrages

Er kann einvernehmlich aufgehoben oder durch einseitige und vertragsgemäße Erklärung des Versicherers oder des Versicherungsnehmers mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende einer Versicherungsperiode (31.12.), frühestens jedoch zum Ende der Mindestvertragslaufzeit, gekündigt werden. Eine ausführliche Darstellung der Beendigungsmöglichkeiten des Vertrages finden Sie in den §§ 12–14 AVB.