

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) des prae natura VVaG für den Tarif „NaturPlus“

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der prae natura Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG), im Folgenden nur noch kurz „prae natura VVaG“ bezeichnet, bietet seinen Mitgliedern zusätzlichen Krankenversicherungsschutz und damit zusammenhängende Dienstleistungen an, um deren bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz zu ergänzen – aber keinesfalls zu ersetzen.

Der prae natura VVaG erstattet seinen Versicherungsnehmern bei Bedarf die durch Erkrankungen oder Unfälle verursachten Kosten bestimmter Heilbehandlungen und Vorsorgemaßnahmen auch dann im von ihm beschriebenen Umfang, wenn der bereits mit anderen Versicherungsträgern bzw. Versicherern vereinbarte Versicherungsschutz dafür keine Erstattungspflicht vorsieht.

Soweit dafür auch der mit anderen Versicherungsträgern bzw. Versicherern vereinbarte Versicherungsschutz eine Erstattungspflicht vorsieht, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Erst wenn dem prae natura VVaG deren Leistungsabrechnung bzw. deren diesbezügliche Einlassungen vorgelegt werden, ist er zur Erfüllung seiner Leistungsversprechen verpflichtet.

Die Summe aller vom Versicherungsnehmer bezogenen Leistungen darf die Summe der abgerechneten Leistungsbelege nicht überschreiten.

Für erhöhte Risiken können bei Abschluss der Versicherung Beitragszuschläge vereinbart werden, die es dem prae natura VVaG ermöglichen, trotz Vorerkrankungen Versicherungsschutz zu gewähren.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn – nach medizinischem Befund – keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten auch ambulant durchgeführte Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen).

3. Für das Versicherungsverhältnis gilt ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Der genaue Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, später getroffenen schriftlichen Vereinbarungen, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Tarifbestimmungen (TB) und den gesetzlichen Vorschriften.

4. Alle dementsprechend versicherten Heilbehandlungen und Vorsorgemaßnahmen werden – unabhängig von der Staatsangehörigkeit der behandelten Person und deren Wohnsitz – nur dann erstattet, wenn sie zuvor von einem nach deutschem Recht zugelassenen Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Bundesrepublik Deutschland erbracht wurden.
5. Die Krankheitskosten-Teilversicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben. Es wird demzufolge insbesondere keine Alterungsrückstellung gebildet.

Um dennoch gleiche Leistungen für ältere – und deswegen erfahrungsgemäß häufiger erkrankende – Versicherungsnehmer erbringen zu können, weist der Tarif nach Lebensalter bzw. Altersgruppen steigende Beiträge aus.

§ 2 Beginn

1. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Der Vertrag ist abgeschlossen, sobald dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung zugeht.

Vor Versicherungsbeginn werden vom prae natura VVaG keine Leistungen erbracht.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Vorstehende Bestimmungen gelten auch für einen später gegebenenfalls erweiterten Versicherungsschutz.

2. Sind Wartezeiten vereinbart, beginnt der Lauf der Wartezeit mit dem ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht dann erst nach Ablauf der Wartezeit.
3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim prae natura VVaG versichert ist, und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Umfang

1. Art und Höhe der einzelnen Versicherungsleistungen werden in den Tarifbestimmungen beschrieben.
2. Dem Versicherungsnehmer steht die Wahl unter den nach bundesdeutschem Recht zugelassenen (approbieren) Ärzten und/oder den mit entsprechender Erlaubnis im Sinne des bundesdeutschen Heilpraktikergesetzes tätigen Heilpraktikern frei.

Für einzelne Leistungen können die Tarifbestimmungen – zusätzlich – andere oder weitergehende Anforderungen an die Qualifikation der behandelnden Person stellen.

Im Zweifel hat der Versicherungsnehmer – zur eigenen Sicherheit – vor Behandlungsbeginn beim praenatura VVaG nachzufragen, ob die vorhandene Qualifikation nachweislich den jeweiligen Mindestanforderungen genügt.

3. Kosten für Arznei- und Heilmittel werden nur dann erstattet, wenn sie zuvor von zugelassenen Ärzten und/oder mit entsprechender Erlaubnis tätigen Heilpraktikern zu Behandlungszwecken verordnet wurden.

Kosten für Medikamente (Arzneien) sind nur erstattungsfähig, wenn sie aus in der Bundesrepublik Deutschland betriebenen Apotheken oder dort zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Internet-Apotheken bezogen wurden.

§ 4 Einschränkungen

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - c. für Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker, deren Rechnungen der praenatura VVaG aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d. für stationäre Krankenhausbehandlungen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen, falls die Tarifbestimmungen (TB) nichts anderes vorsehen;

- e. zur Vermeidung möglicher Interessenskonflikte für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden den Tarifbestimmungen gemäß erstattet. Sofern der genannte Personenkreis Verordnungen ausstellt, werden diese anerkannt.

2. Der praenatura VVaG hat jederzeit das Recht, die Notwendigkeit der beantragten Leistungen durch einen ärztlichen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Wird diese Überprüfung verweigert, kann der praenatura VVaG Leistungen insoweit ablehnen.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der praenatura VVaG seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der praenatura VVaG insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
4. Erstreckt sich der zu erwartende oder tatsächliche Behandlungszeitraum auf mehr als sechs Monate, kann die Erstattung von Aufwendungen von der Genehmigung eines Therapieplanes durch den praenatura VVaG abhängig gemacht werden.

§ 5 Auszahlungen

1. Der praenatura VVaG ist nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Erstattung versicherter und nachweislich angefallener Kosten für Heilbehandlungen und Vorsorgemaßnahmen bei ihm beantragt. Zusammensetzung und Höhe dieser Kosten sind mittels einzureichender Originalbelege, die mit der Einreichung Eigentum des praenatura VVaG werden, nachzuweisen.

Heilbehandlungen oder Vorsorgemaßnahmen betreffende Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- das Ausstellungsdatum
- die fortlaufende und einmalig vergebene Rechnungsnummer
- den vollständigen Namen, das Geburtsdatum und die vollständigen Kontaktdaten der behandelten Person
- den vollständigen Namen und/oder die vollständige Firma sowie diesbezügliche Kontaktdaten der die Leistung erbringenden Person oder Institution
- die Steuernummer oder die Umsatzsteuer-Identifikationsnummer des Ausstellers
- Die auf das Wesentliche beschränkte und üblicherweise verwendete Bezeichnung der behandelten Erkrankung (Diagnose) und jene der in Anspruch genommenen Behandlung oder Vorsorgemaßnahme

- die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der erbrachten Leistungen
- die in Bezug genommenen Vergütungsregeln und Gebührenordnungen mit diesbezüglichen Abrechnungsziffern
- das gezahlte und gegebenenfalls nach Steuersätzen aufzuschlüsselnde Entgelt für die bezogenen Leistungen

Falls vorleistungspflichtige Versicherer das Kostenerstattungsbegehren bereits abgerechnet oder abschließend beschieden haben, reicht dem praenatura VVaG anstelle des anderenfalls im Original einzureichenden Belegs deren Abrechnung oder Bescheid mit den diesbezüglichen Ablichtungen der Originalbelege zur Leistungsfallbearbeitung aus.

2. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 6 Ende

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Gegenleistung des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitrag

1. Die Versicherungsperiode umfasst den Zeitraum eines Jahres vom 01.01. bis 31.12.

Als erste Versicherungsperiode gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember des Jahres.

2. Der vom Versicherungsnehmer für den Versicherungsschutz an den praenatura VVaG zu zahlende Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

Er ist zu Beginn eines jeden Monats fällig.

3. Zum Zwecke des Beitragseinzugs hat der Versicherungsnehmer dem praenatura VVaG ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen (SEPA: Single Euro Payments Area).

§ 7a Berechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des praenatura VVaG festgelegt.

§ 7b Anpassung des Preis-/Leistungsverhältnisses

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des praenatura VVaG – beispielsweise wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – ändern.

Dementsprechend vergleicht der praenatura VVaG zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom praenatura VVaG überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

2. Der ursprünglich als soziale Einrichtung des Automobilherstellers Opel gegründete und zuvor als „Opel Aktiv Plus – Kranken-Zuschuss-Kasse der Adam Opel AG“ firmierende praenatura VVaG wird nach wie vor seitens der Adam Opel AG finanziell, personell und organisatorisch unterstützt. Sollte diese Unterstützung zukünftig eingeschränkt oder aufgegeben werden, könnten die Verwaltungskosten im Vergleich zu der bei Beitragskalkulation zu Grunde gelegten Kostenquote um mehr als 5 % steigen. Die Beiträge aller betroffenen Tarife müssten dann überprüft und, soweit erforderlich, in der zuvor beschriebenen Weise angepasst werden. Die Auswirkungen einer gleichzeitigen Überprüfung und Anpassung der Beiträge nach Abs. 1 ist bei der Erhöhung der Verwaltungskostenquote nach diesem Abs. 2 zu berücksichtigen.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn die zuvor umrissenen Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als vorübergehend anzusehen sind.
4. Beitrags- und Leistungsanpassungen sowie Anpassungen von Risikozuschlägen, Selbstbeteiligungen, Leistungshöchstgrenzen oder Pauschalleistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8 Obliegenheiten

1. Erstreckt sich der Zeitraum für eine Behandlung erwartungsgemäß oder tatsächlich auf mehr als sechs Monate, hat der Versicherungsnehmer dies dem praenatura VVaG umgehend anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer hat dem praenatura VVaG jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder seiner Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

3. Auf Verlangen des prae natura VVaG ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, sich durch einen vom prae natura VVaG beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Der Versicherungsnehmer hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für den Versicherungsnehmer bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den prae natura VVaG über Art und Umfang dieses Versicherungsverhältnisses erschöpfend in Kenntnis zu setzen (z. B. durch Übermittlung einer Ablichtung des diesbezüglichen Versicherungsscheins).

§ 9 Folgen der Nichtbeachtung

1. Der prae natura VVaG wird – gemäß den von § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen – ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der zuvor beschriebenen Obliegenheiten verletzt wird.
2. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Anzeige des Bestehens eines weiteren Versicherungsverhältnisses, so kann der prae natura VVaG das Versicherungsverhältnis – unter den in § 28 Absatz 1 VVG genannten Voraussetzungen – innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Folgen der Nichtbeachtung bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forde-
rungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den prae natura VVaG schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den prae natura VVaG soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der prae natura VVaG zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlan-

gen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der prae natura VVaG berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen einen Leistungserbringer von Leistungen zu, für die der prae natura VVaG auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des prae natura VVaG nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Mitglieder von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit (VVaG) müssen ihre Beitragszahlungspflicht jedoch kraft Gesetzes auch dann erfüllen, wenn sie mit einer Gegenforderung aufrechnen können.

Ende des Versicherungsverhältnisses

§ 12 Allgemeine Bestimmungen zum Kündigungsrecht

Das Versicherungsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit eingegangen.

Es kann von beiden Vertragsparteien nur zum Ende der zweiten Versicherungsperiode gekündigt werden. Eine Kündigung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens drei Monate vor Jahresende schriftlich erklärt wird und dem jeweiligen Vertragspartner zugeht, d. h. in dessen Machtbereich gelangt.

Die Vertragsparteien verzichten für die Dauer von zwei Versicherungsperioden einvernehmlich auf ihr Kündigungsrecht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das Kündigungsrecht bleiben von vorstehenden Regelungen unberührt.

§ 12a Sonderkündigungsrecht des Versicherungsnehmers

1. Erreicht der Versicherungsnehmer das für den Wechsel in eine andere Beitragsgruppe maßgebliche Lebensalter, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
2. Erhöht der prae natura VVaG die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Ände-

rungsmittelteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zum dem die Beitragserhöhung oder die Leistungsminde- rung wirksam werden soll.

§ 13 Kündigungsrecht des praenatura VVaG

1. Der praenatura VVaG kann das Versicherungsverhältnis nur nach Ablauf der Mindestvertragsdauer und innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Versicherungsperiode kündigen.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentli- che Kündigungsrecht bleiben von vorstehenden Rege- lungen unberührt.

§ 14 Andere Gründe

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versi- cherungsnehmers.

Ausübung und Anpassung der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis

§ 15 Vorgaben zur zuverlässigen Verständigung mit dem praenatura VVaG

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem praenatura VVaG bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (§ 126 b BGB) vereinbart ist.

§ 16 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den praenatura VVaG können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des praenatura VVaG anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Euro- päischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des praenatura VVaG zuständig.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbeding- gen (AVB)

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichen- den Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer er- forderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungs- bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der praenatura VVaG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interes- sen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungs- nehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.