

## Tarifbestimmungen

### zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des praenatura VVaG für Mitglieder des Exklusivtarifs „Opel AktivPlus“

Der Exklusivtarif „Opel AktivPlus“ gilt nur in Verbindung mit den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von praenatura für die Krankheitskostenzusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung“.

#### Versicherungsfähigkeit und Mindestvertragsdauer

Versicherungsfähig sind Versicherte der BKK vor Ort, zu Beginn der Mitgliedschaft bei praenatura, die gleichzeitig der Adam Opel AG (im Folgenden auch „Opel“ genannt) oder deren verbundenen Unternehmen, die sich zur paritätischen Beitragszahlung an diese Kasse verpflichtet haben, angehören (Werksangehörige).

Mit dem Ausscheiden des Versicherten als Werksangehöriger von Opel endet der hiernach bestehende Versicherungsschutz. Der Versicherungsnehmer hat jedoch die Möglichkeit die Versicherung nahtlos fortzuführen, sofern er selbst die Beiträge dafür entrichtet. Werksangehörige, die wegen Berufsunfähigkeit oder Erreichen der Altersgrenze bei Opel ausscheiden, können die Versicherung aufrecht erhalten, sofern sie aus einer Versorgungseinrichtung von Opel Bezüge erhalten und nicht anderweitig berufstätig sind. Bei einem Ausscheiden aus anderen Gründen können ehemalige Werksangehörige wieder versichert werden, sobald sie ohne anderweitige Berufstätigkeit Bezüge aus einer Versorgungseinrichtung von Opel erhalten. Die Abführung von Beitragsanteilen durch Opel ist für die Weiterversicherbarkeit keine Voraussetzung.

Hinterbliebene Familienangehörige von Versicherungsnehmern, die ihre Versicherung in diesem Tarif wirksam erworben haben, können im Todesfall des Mitglieds selbst Versicherungsnehmer werden, Kinder jedoch nur, soweit sie eine Hinterbliebenenversorgung durch Opel erhalten.

Den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit haben die Versicherten unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Die Mindestvertragsdauer nach diesem Tarif beträgt – vorbehaltlich eines vorzeitigen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit – 6 Monate.

#### § 1 Leistungen

Der Versicherer erbringt die nachfolgend beschriebenen Leistungen. Ein Anspruch besteht nur, sofern kein Anspruch auf Versicherungsleistungen der BKK vor Ort oder aus einer anderen gesetzlichen oder privaten Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung besteht. Der Anspruch auf Versicherungsleistung ist ausgeschlossen, sofern auf diese gegenüber der BKK vor Ort oder einer anderen Versicherung verzichtet wurde oder soweit die BKK vor Ort bzw. der andere Versicherer diese deswegen nicht erbringt, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht oder weil ein Selbstbehalt oder eine Zuzahlungspflicht besteht.

#### 1.1 Ambulante Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für bestimmte Früherkennungsmaßnahmen und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie für medizinisch notwendige Behandlungen, die ein Arzt (nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ –, höchstens bis zum dreifachen Satz) oder ein Heilpraktiker (nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker – GebÜH –, aber auch höchstens bis zum dreifachen Satz der GOÄ) in Rechnung stellt. Erstreckt sich der zu erwartende oder tatsächliche Behandlungszeitraum auf mehr als sechs Monate, kann die Erstattung künftiger Aufwendungen von der Genehmigung eines Therapieplanes durch den Versicherer abhängig gemacht werden.

Medizinische Notwendigkeit bedeutet,

- dass eine Krankheit vorliegt, und
- dass die diagnostischen Maßnahmen dazu geeignet sind, die Ursachen der Erkrankung aufzuklären, bzw.
- dass die therapeutischen Maßnahmen geeignet sind, mit statistisch nachweislich hoher Wahrscheinlichkeit Heilung, Besserung oder Linderung herbeizuführen oder Verschlimmerung zu verhindern. Der Zusammenhang zwischen Maßnahme und dem Erfolg muss ursächlich sein.

Erstattet werden im Rahmen der vorgenannten Gebührensätze (dreifacher Satz) bis zu 75 % der im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen für die nachfolgend aufgelisteten angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Heilpraktiker und Ärzte. Aufwendungen für Behandlungen, die nicht von Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführt werden, werden nur nach ausdrücklicher vorheriger Zustimmung des Versicherers und maximal im vorgenannten Umfang erstattet.

Aufwendungen für in den ersten drei Monaten nach Versicherungsbeginn erbrachte Leistungen werden nicht erstattet, sofern nicht der Versicherte auch unmittelbar vor Versicherungsbeginn Leistungsansprüche gegenüber dem Versicherer hatte.

Die einzelnen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden sind grundsätzlich auf jeweils 10 Behandlungen pro Kalenderjahr begrenzt, unabhängig von der Anzahl unterschiedlicher Erkrankungen, Wieder- oder Neuerkrankungen. Zusätzliche Begrenzungen im Einzelfall sind der nachfolgenden Leistungsübersicht zu entnehmen.

Erstattungsfähig sind alle nach dem deutschen Arzneimittelgesetz zugelassenen Arzneimittel, soweit sie

- als pflanzlich deklariert (maßgeblich ist hierfür ausschließlich die Lauer-Taxe) und
- vor Bezug aus einer Apotheke von einem approbierten Arzt oder zugelassenem Heilpraktiker verordnet worden sind.

Als homöopathische Arzneimittel gelten sowohl Einzel- als auch Kombinationspräparate.

Für Röntgenleistungen, die sich in Auswirkung der ambulanten Behandlung ergeben, werden bis zu 75 % der Aufwendungen unter Zugrundelegung der dreifachen Mindestgebühren der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

## Liste der als erstattungsfähig anerkannten therapeutischen Maßnahmen einschließlich Früherkennungsmaßnahmen und gesundheitsfördernden Maßnahmen

**Anzahl der Behandlungen:  
10 x pro Kalenderjahr**

### Allgemeines

- Beratung (in Verbindung mit einer zuschussfähigen Leistung)
- Untersuchung körperlich (in Verbindung mit einer zuschussfähigen Leistung)

### Akupunktur klassische Verfahren

- Akupunktur
- Schädelakupunktur

### Akupunktur verwandte Verfahren

- Akupressur
- Akupunktmassage nach Penzel
- Akupunktur zur Geburtsvorbereitung
- Moxa/Moxibustion
- Tenderpoint- bzw. Triggerpointbehandlung oder Spineliner® durch einen Facharzt für Orthopädie

### Anthroposophische Therapieverfahren

- Aromatherapie
- Atemtherapie
- Eutonie
- Heileurhythmie
- Malttherapie
- Musiktherapie

### Ausleitende Therapieverfahren

- Aderlass
- Baunscheidt-Behandlung
- Biersche Stauung
- Blutegelbehandlung (Einzelnachweis der Sachkosten erforderlich)
- Roedersches Verfahren

- Schröpfen
- Skarifikation der Haut
- Colon-Hydro-Therapie

### Diagnostik

- Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik
- Irisdiagnostik
- EMG-Untersuchung
- 3-D-Wirbelsäulenvermessung
- Neurologische Untersuchung

### Diagnostik (TCM-Diagnostik)

- Zungen- und Pulsdiagnostik

### Eigenblutbehandlung (ohne Beimischung)

- Kleines Eigenblut

### Eigenblutbehandlung (mit Beimischung)

- Hämatogene Oxidationstherapie (HOT) bzw. ISF-Kit
- Ozon-Therapie
- Oxyvenierungs- oder Sauerstoff-Infusions-Therapie (unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen)
- Großes Eigenblut

### Eigenharnbehandlung

- Eigenharnbehandlung

### Injektions-, Infiltrations- und Infusionstherapien

- Aslan-Therapie
- Gasgemischinjektion
- Infiltration paravertebral mit zuschussfähigen Medikamenten
- Infusion mit zuschussfähigen Medikamenten
- Injektionen (intraartikulär oder perineural) mit zuschussfähigen Medikamenten, unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen
- Injektionen (intrakutan oder Quaddelung oder Homöosiniatrie) mit zuschussfähigen Medikamenten, unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen
- Injektionen (subkutan oder intramuskulär oder intravenös oder intraarteriell) mit zuschussfähigen Medikamenten, unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen
- Neuraltherapie
- Proliferationstherapie auch Sklerosierungstherapie genannt

#### Manuelle Therapieverfahren

- Atlastherapie
- Chiropraktik
- Dorntherapie
- Osteopathie oder Cranio-Sakral-Therapie (unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen)

#### Physikalische Therapien (Elektro- und Magnettherapien)

- Elektrotherapie/Kurzweille
- Magnetfeldtherapie oder pulsierendes Magnetfeld (PMT) oder Trigon<sup>®</sup>-Signal-Therapie (pulsierende Signaltherapie), unabhängig vom gewählten Verfahren
- Mikrostrombehandlung

#### Physikalische Therapien (Lichttherapie)

- Infrarot-Lichttherapie
- Wira Lichttherapie

#### Physikalische Therapie (Wassertherapie)

- Hydrotherapie (medizinische Einzelbäder)
- Hydrojet bzw. Medistream (unabhängig vom gewählten Verfahren max. insgesamt 10 Behandlungen)
- SonoVital<sup>®</sup>-Therapie
- Subaquales Darmbad

#### Sauerstoffbehandlung

- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie – nach Ardenne –
- Inhalation mit ionisiertem Sauerstoff

#### Sonstige physikalische Therapien

- Hochtontherapie (Wadit)
- Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten

#### Sonstige Therapien

- Bindegewebsmassage (nur beim Heilpraktiker)
- Einreibung zu therapeutischen Zwecken in die Haut
- Extensions-Vibrationsbehandlungen/Schrägbettbehandlung
- Galileo<sup>®</sup> (nur beim Facharzt für Orthopädie)
- Lymphdrainage (nur beim Heilpraktiker)
- Nervenpunktmassage
- Reflex- und Fußreflexzonenmassage
- Shiatsu
- Tuina
- Tinnitus-Retraining-Therapie

#### Anzahl der Behandlungen: 6 x pro Kalenderjahr

#### Homöopathie

- Homöopathische Folgeanamnese

#### Anzahl der Behandlungen: 5 x pro Kalenderjahr

#### Akupunktur verwandte Verfahren

- Ohr-Akupunktur

#### Extrakorporale Stoßwelle (ESWT) oder radiale Stoßwelle, unabhängig vom gewählten Verfahren

- Achillessehne
- Ellenbogen
- Fersensporn
- Fuß
- Hand
- Hüfte
- Knie
- Oberschenkel
- Schulter
- Steißbein
- Wirbelsäule

#### Anzahl der Behandlungen: 5 x je Gelenk pro Kalenderjahr

#### Intraartikuläre Injektionstherapie mit Hyaluronsäure

- Daumen
- Ellenbogen
- Fingergelenk
- Fuß
- Großzehe
- Handgelenk
- Hüfte
- Knie
- Schulter
- Sprunggelenk

## Anzahl der Behandlungen: 2 x pro Kalenderjahr

### Früherkennungsuntersuchung Check-up ab 35 Jahre

- Blutbild und Blutbildbestandteile (einschließlich Hämatokrit und Hämoglobin)
- Blutentnahme
- Blutsenkung (BKS, BSG)
- Blutzuckerbestimmung
- Differenzialblutbild (sog. großes Blutbild)
- Gesamtcholesterien
- Harnsäure
- Urinstreifentest allgemein/qualitative Harnuntersuchung
- Urinstreifentest Micro Albumin

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Eisenstoffwechsel)

- Eisen
- Ferritin

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Eiweiß)

- Gesamteiweiß

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Elektrolyte)

- Calcium
- Kalium
- Natrium

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Leberwert)

- GPT

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Nierenwert)

- Kreatinin

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Schilddrüse)

- TSH

### Früherkennungsuntersuchung Labor (Stoffwechsel)

- Lipase

## Anzahl der Behandlungen: 1 x pro Kalenderjahr

### Diagnostik

- Back-Check (nur Eingangsuntersuchung)
- Schlafstadien-Analyse
- Lungenfunktionsprüfung

### Früherkennungsuntersuchung Auge

- Fundus (Netzhaut)-Fotografie
- Spaltlampe
- Tonometrie

### Früherkennungsuntersuchung Bauchorgane

- Ultraschall Bauchspeicheldrüse
- Ultraschall Darm
- Ultraschall Gallenblase/Gallenwege
- Ultraschall Leber
- Ultraschall Magen
- Ultraschall Milz

### Früherkennungsuntersuchung Darm (Stuhluntersuchungen)

- Stuhltest auf Blut (chemisch oder immunologisch)
- Stuhltest auf Enzym (M2PK)

### Früherkennungsuntersuchung Haut (durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten)

- Auflichtmikroskopie
- videosystemgestützte Untersuchung

### Früherkennungsuntersuchung Knochen

- Knochendichtemessung mit dem Messverfahren DXA

### Früherkennungsuntersuchung Kopf

- Bestimmung der Intima-Media-Dicke
- Ultraschall/Doppler-Untersuchung Arterie carotis (Halsschlagader)
- Ultraschall/Doppler-Untersuchung Arterie carotis communis (Halsschlagader) ACC
- Ultraschall/Doppler-Untersuchung Arterie carotis externa (Halsschlagader) ACE
- Ultraschall/Doppler-Untersuchung Arterie carotis interna (Halsschlagader) ACI
- Ultraschall/Doppler-Untersuchung Arterie vertebralis AV

#### Früherkennungsuntersuchung Sonstige

- HIV-Test
- Ultraschall Herz  
(durch einen Facharzt für Kardiologie)
- Ultraschall Schilddrüse

#### Früherkennungsuntersuchung speziell für Frauen

- Mammographie
- Thin Prep  
(flüssigkeitsgestützte Dünnschichtzytologie)
- Ultraschall Achsel (Axilla)
- Ultraschall Brust
- Ultraschall Douglasraum
- Ultraschall Eierstock (Adnexe)
- Ultraschall Gebärmutter
- Ultraschall Vagina

#### Früherkennungsuntersuchung speziell für Männer

- PSA-Wert
- Ultraschall Harnröhre
- Ultraschall Hoden
- Ultraschall Prostata
- Ultraschall Samenblase

#### Früherkennungsuntersuchung speziell für werdende Eltern

- Geburtsvorbereitung Mann (max. zuschussfähiger Betrag 100 EUR)
- Laborparameter AFP, beta-HCG, Östriol, PAPP A (bei Triple-Test oder Ersttrimester-Screening)

#### Früherkennungsuntersuchung Urogenitaltrakt

- Urintest auf Enzym (NMP22 Bladder Check)
- Ultraschall Nebenniere
- Ultraschall Niere
- Ultraschall Blase

#### Homöopathie

- Homöopathische Erstanamnese

#### Anzahl der Behandlungen: 1 x pro Mitgliedschaft

#### Vorsorgemaßnahme Bewegungsapparat

- Kieser Training  
(max. zuschussfähiger Betrag 500 EUR)

#### Medikamente/Arzneimittel

##### Alternativmedizinische Präparate

- Autovaccine (max. zuschussfähiger Betrag 80,00 EUR)
- Biochemie nach Schüssler

##### Besondere Therapierichtungen

- Anthroposophische Medizin
- Homöopathie
- Misteltherapie  
(nur nach Verordnung eines Onkologen)
- Phytotherapie (pflanzliche Arzneimittel)
- Mikrobiologische Arzneimittel aus lebensfähigen Mikroorganismen

##### Sonstige

- Diätplan
- Impfung auf Nachfrage

#### 1.2 Stationäre Behandlung

Bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer sonstigen Heilanstalt werden die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen nach vorstehendem Abschnitt 1.1 erstattet.

#### 1.3 Krankheitsverhütung und Gesundheitsvorsorge

Zur Vorbeugung gegen Erkrankung und zur Wiederherstellung der Gesundheit kann einzelnen Versicherten eine Kur gewährt werden, wenn deren Notwendigkeit durch die ärztlichen Gutachter des Versicherers bestätigt wird. Der Versicherte erhält für die Dauer der Kurverschickung Krankengeld. Für die Berechnung des Krankengeldes sind die jeweils gültigen Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden, die den Versicherten als Mitgliedern von prae natura gemäß § 1 Abs. 4 der Satzung des Versicherers bekanntgegeben werden. Die Höhe des Krankengeldes vermindert sich um den Betrag, der als Beitrag an den Rentenversicherungsträger und zur Bundesagentur für Arbeit zu zahlen wäre. Die Krankengeldzahlung entfällt, wenn und soweit von der gesetzlichen Krankenversicherung Krankengeld oder von einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger Rente gewährt wird oder ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht.

#### 1.4 Fahrtkosten

Bis zu einer Entfernung von 100 km werden Fahrten für ambulante Behandlungen, die durch prae natura bezuschusst werden, erstattet. Fahrten zu Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und für stationäre Behandlungen werden nicht

ersetzt. Die Fahrtkosten können formlos unter Angabe der gefahrenen Kilometer bzw. Vorlage der Fahrscheine beantragt werden. Für Fahrten mit dem eigenen PKW werden 0,14 Euro je Kilometer ersetzt, sonst wird der Preis einer Fahrkarte 2. Klasse mit der Deutschen Bahn bzw. der Preis eines öffentlichen Verkehrsmittels erstattet. Entsprechend werden im Falle der Gewährung einer Kur Fahrtkosten zum Kurort erstattet.

### 1.5 Sterbegeld

Im Falle des Ablebens eines Versicherten zahlt der Versicherer ein Sterbegeld in Höhe von 525,- Euro, wenn einer der nachfolgend aufgezählten Bezugsberechtigten mit dem Versicherten zum Zeitpunkt des Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Der Sterbefall und der Anspruch auf Sterbegeld sind unter Beifügung der Sterbeurkunde, einer Bestätigung der häuslichen Gemeinschaft durch den Anspruchsteller und der Rechnung über die entstandenen Bestattungskosten anzumelden. Bezugsberechtigt sind in dieser Reihenfolge der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter und die Geschwister des Versicherten. Fehlen solche Berechtigten, so verbleibt das Sterbegeld dem Verein. Stirbt ein Versicherter an den Folgen eines bei der Adam Opel AG erlittenen Arbeitsunfalls, so erhöht sich das Sterbegeld um ein zusätzliches Sondersterbegeld in Höhe von 154,- Euro.

### § 2 Leistungsausschlüsse

praenatura übernimmt keine Aufwendungen bei Behandlung durch Familienangehörige sowie für Behandlungen beim Zahnarzt, für Zahnersatz und bei kieferorthopädischen Behandlungen. Heil- und Hilfsmittel, wie z. B. Massagen, Einlagen, Hörgeräte, Brillen, werden nicht erstattet. Alle chemisch definierten Arzneimittel sowie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme und Organpräparate sind von der Erstattung ausgeschlossen.

### § 3 Leistungen für Familienangehörige der Mitglieder

Der Versicherungsschutz umfasst auch die Familienangehörigen der Versicherungsnehmer. Die Definition der Familienangehörigen ergibt sich aus § 10 des fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (§ 10 SGB V). Der Anspruch erlischt mit dem Ende der Familienversicherung. Leistungen für Familienangehörige werden entsprechend den Regelungen des § 1 erbracht, wobei ein Krankengeld im Sinne von § 1.3 nicht beansprucht werden kann und die Kurkosten für Kinder nur zu zwei Dritteln erstattet werden.

### § 4 Beiträge

Der monatliche Beitrag beträgt:

		Beitrag Mitglied EURO	Beitrag Opel EURO	Verwal- tungs- kosten Zuschlag EURO
a)	für Opel Werksangehörige – vorbehaltlich Buchstabe b)	3,50	3,50	
b)	für Opel Werksangehörige in der beruflichen Aus- oder Fortbildung	2,00	2,00	
c)	für Aus- oder Fortzubildende ohne Beitragszuschuss des Arbeitgebers	4,00		0,50
d)	für werksangehörige Rentner und deren hinterbliebene Ehegatten	5,60		
e)	für nichtwerksangehörige Rentner und deren hinterbliebene Ehegatten	5,60		0,50
f)	für Mitglieder, die aufgrund einer Betriebsvereinbarung von den Regelungen zum vorgezogenen Altersaustritt bei der Adam Opel AG Gebrauch gemacht haben	5,60		
g)	für andere Mitglieder	7,00		0,50

Opel zahlt für Werksangehörige an den Versicherer die gleichen Beiträge, die diese gemäß vorstehender Buchstaben a) und b) selbst aufzubringen haben, und führt die auf sie entfallenden Beitragsanteile nach Fertigstellung jeder Lohn- oder Gehaltsabrechnung zusammen mit den Beiträgen der Versicherungsnehmer an den Versicherer ab. Opel überweist jedoch nur die auf sich selbst entfallenden Beitragsanteile für die Werksangehörigen, wenn der Lohn-/Gehaltsabzug nicht möglich war.

Für Mitglieder, die nach der Genehmigung des 11. Satzungsantrages praenatura beitreten und die keine Opel Werksangehörigen sind, erhöht sich der jeweils zu zahlende Beitrag um einen Verwaltungskostenzuschlag. Der Verwaltungskostenzuschlag beträgt monatlich 0,50 EUR.

Die Adam Opel AG erstattet dem Verein darüber hinaus den Anteil der Personalkosten, der für die Betreuung der Versicherungsnehmer, die Mitarbeiter der Adam Opel AG oder Bezieher einer Opel-Rente sind, sowie der Mitglieder, die bis zur Genehmigung des 11. Satzungsantrags prae natura beigetreten sind, erforderlich ist.

Entfällt die Personalkostenerstattung durch Opel oder wird diese eingeschränkt, können die Beiträge aller Versicherten dieses Tarifs gem. § 18 Abs. 3 der Satzung und unabhängig von § 8b Nr. 2 und 3 der AVB dieses Tarifs angepasst werden, ohne dass es hierfür der Mitwirkung eines Treuhänders bedarf.

Soweit die oben genannten Beitragsanteile von Opel für die Versicherten unter a) und b) entfallen, hat der Versicherungsnehmer diese selbst zu tragen, und zwar ohne eines weiteren ausdrücklichen Beschlusses zur Beitragserhöhung und ohne dass es hierfür der Mitwirkung eines Treuhänders bedarf. Entsprechend erhöht sich der Beitrag der unter a), b), d) und f) genannten Versicherten um den Verwaltungskostenzuschlag von monatlich 0,50 EUR, wenn der Beitragseinzug nicht mehr durch Opel erfolgt. Die durch den Entfall der Beitragsanteile oder des Beitragseinzugs von Opel erforderlichen zusätzlichen Beiträge sind von den Versicherungsnehmern ab dem zweiten Monat zu zahlen, nachdem der Versicherer über den Wegfall der Unterstützung durch Opel informiert hat.