



Tarifbeschreibung OAP HP2

Der Tarif OAP HP2 gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Opel Aktiv Plus für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB).

Versicherungsfähigkeit und Mindestvertragsdauer

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Versicherte der BKK vor Ort. Mit dem Ausscheiden des Versicherten aus der BKK vor Ort endet der hiernach bestehende Versicherungsschutz. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer das Ausscheiden aus der BKK vor Ort unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Die Mindestvertragsdauer nach diesem Tarif beträgt 2 Jahre, wobei bei unterjährigem Vertragsbeginn die Zeit bis zum 31. Dezember des Jahres als erstes Versicherungsjahr gilt.

§1 Leistungen

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall (§ 1 Abs. 2 AVB) Ersatz der nachfolgend beschriebenen Aufwendungen für die im Einzelnen aufgelisteten Heilbehandlungsmaßnahmen. Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen, für die kein Anspruch auf Versicherungsleistungen der BKK vor Ort oder aus einer anderen gesetzlichen oder privaten Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung besteht. Es erfolgt keine Erstattung von Aufwendungen, auf deren Erstattung bei der BKK vor Ort oder einer anderen Versicherung verzichtet wurde oder für welche die BKK vor Ort bzw. der andere Versicherer deswegen nicht leistet, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht oder weil ein Selbstbehalt oder eine Zuzahlungspflicht besteht.

Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für bestimmte Früherkennungsmaßnahmen und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie für medizinisch notwendige Behandlungen, die ein Arzt (nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ –, höchstens bis zum 2,3-fachen Satz) oder ein Heilpraktiker (nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker – GebüH

–, aber auch höchstens bis zum 2,3-fachen 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 Gebührenhöchstsätze (2,3-facher Satz) 75 % der im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen für die nachfolgend aufgelisteten angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Heilpraktiker und Ärzte. Die Erstattung beträgt nach Maßgabe von § 4 Abs. 1 AVB im ersten (zeitanteilig) sowie im zweiten Versicherungsjahr insgesamt höchstens 300 EUR, im dritten Versicherungsjahr insgesamt höchstens 600 EUR und ab dem vierten Versicherungsjahr maximal 1.000 EUR. Aufwendungen für in den ersten drei Monaten nach Versicherungsbeginn erbrachte Leistungen werden nicht erstattet.

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.

Liste der erstattungsfähigen therapeutischen Maßnahmen einschließlich Früherkennungsmaßnahmen und gesundheitsfördernden Maßnahmen

- Augeninnendruckmessung mit Fotografie des Augenhintergrundes (1 x pro Kalenderjahr)
- Aderlass
- Akupressur (im Rahmen der TCM)
- Akupunktmassage nach Penzel
- Akupunktur (im Rahmen der TCM)
- Anthroposophische Medizin inkl. Arzneimittel
- Atemtherapie
- Atlastherapie
- Beratung und Untersuchung nur beim Arzt mit naturheilkundlicher Ausrichtung oder beim Heilpraktiker
- Biochemie nach Schüssler
- Biofeedback durch einen Neurologen
- Blutegelbehandlung
- Blutentnahme
- Chirotherapie nur beim Arzt oder Heilpraktiker
- Cranio-Sakrale-Therapie
- Dünnschichtzytologieverfahren zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses (1 x pro Kalenderjahr)
- Eigenblutbehandlung ohne Beimischung
- Einreibung zu therap. Zwecken in die Haut
- Elektrotherapie / Kurzwele
- ESWT-Stosswelle (5 Behandlungen pro Kalenderjahr)
- Fußreflexzonenmassage
- Galileo® beim Facharzt für Orthopädie
- Geburtsvorbereitung Mann
- Hautkrebsvorsorge vor dem 35. Lebensjahr beim Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1 x pro Kalenderjahr)
- Heileurythmie
- HIV Test (1 x pro Kalenderjahr)
- Homöopathie inkl. Arzneimittel
- Hydrotherapie

- Infiltration, paravertebral
- Infusion, Dauertropfinfusionen
- Injektionen (subkutan, intramuskulär, intravenös, intraartikulär)
- Knochendichtemessung mit dem Messverfahren DXA (1 x pro Kalenderjahr)
- Laborkosten (nur Differenzial-Blutbild, einzelne Parameter bitte erfragen)
- Lymphdrainage
- Malthherapie
- Mikrobiologische Therapie mit probiotischen Arzneimitteln
- Misteltherapie, ausschließlich durch Verordnung eines Onkologen
- Moxatherapie, Moxibustion (im Rahmen der TCM)
- Musiktherapie
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Osteopathische Behandlung, nur beim Arzt oder Heilpraktiker
- Phytotherapie (pflanzliche Arzneimittel)
- Phototherapie mit selektiven UV Spektrum
- Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten
- Quaddelung in Akupunkturpunkte
- Intrakutane Reiztherapie, Quaddelbehandlung
- Schröpfen unblutig
- Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel
- Shiatsu
- Spineliner® durch einen Facharzt für Orthopädie
- Therapie nach Dorn
- Triple Test (während der Schwangerschaft)
- Tuina
- Tumormarker M2-PK
- Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane (1 x pro Kalenderjahr)
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung (1 x pro Kalenderjahr)
- Vaginalultraschall (1 x pro Kalenderjahr)

§2 Leistungen für Familienangehörige

Für die Erstattung von Aufwendungen für einen Familienangehörigen ist der Abschluss eines eigenen, beitragspflichtigen Versicherungsvertrages des Familienangehörigen notwendig.



§3 Beiträge

Der monatlich zu entrichtende Basisbeitrag ist in Abhängigkeit des aktuellen Alters der versicherten Person der folgenden Tabelle zu entnehmen. Das aktuelle Alter der versicherten Person ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Kalenderjahr, für das der Beitrag zu entrichten ist, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Demnach erhöht sich der Beitrag in der Regel altersabhängig zum 1. Januar eines jeden Jahres. Die Beitragsgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8b der AVB stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

Beitragstabelle Frauen

Lebensalter	Beitrag/€	Lebensalter	Beitrag/€
0	5,51	51	20,06
1	5,51	52	20,21
2	5,51	53	20,37
3	5,51	54	20,52
4	5,51	55	20,68
5	5,51	56	20,84
6	5,51	57	20,99
7	5,51	58	21,15
8	5,51	59	21,30
9	5,51	60	21,46
10	5,51	61	21,61
11	5,51	62	21,68
12	5,51	63	21,74
13	5,51	64	21,81
14	5,51	65	21,87
15	5,51	66	21,94
16	5,51	67	22,00
17	5,51	68	22,07
18	5,51	69	22,14
19	5,51	70	22,20
20	5,51	71	22,27
21	15,48	72	22,34
22	15,63	73	22,40
23	15,78	74	22,47
24	15,93	75	22,54
25	16,09	76	22,60
26	16,24	77	22,67
27	16,39	78	22,74
28	16,54	79	22,81
29	16,69	80	22,88
30	16,84	81	22,95
31	16,99	82	23,01
32	17,14	83	23,08

33	17,29	84	23,15
34	17,44	85	23,22
35	17,60	86	23,29
36	17,75	87	23,36
37	17,90	88	23,43
38	18,05	89	23,50
39	18,20	90	23,57
40	18,35	91	23,64
41	18,51	92	23,71
42	18,66	93	23,79
43	18,82	94	23,86
44	18,97	95	23,93
45	19,13	96	24,00
46	19,28	97	24,07
47	19,44	98	24,14
48	19,59	99	24,22
49	19,75	100	24,29
50	19,90		

Beitragstabelle Frauen

Beitragstabelle Männer

Lebensalter	Beitrag/€	Lebensalter	Beitrag/€
0	5,51	51	9,49
1	5,51	52	9,56
2	5,51	53	9,63
3	5,51	54	9,71
4	5,51	55	9,78
5	5,51	56	9,85
6	5,51	57	9,93
7	5,51	58	10,00
8	5,51	59	10,07
9	5,51	60	10,15
10	5,51	61	10,22
11	5,51	62	10,29
12	5,51	63	10,37
13	5,51	64	10,44
14	5,51	65	10,52
15	5,51	66	10,60
16	5,51	67	10,67
17	5,51	68	10,75
18	5,51	69	10,83
19	5,51	70	10,91
20	5,51	71	10,99
21	7,32	72	11,06
22	7,39	73	11,14
23	7,46	74	11,23
24	7,54	75	11,31
25	7,61	76	11,39
26	7,68	77	11,47
27	7,75	78	11,55
28	7,82	79	11,64



29	7,89	80	11,72
30	7,96	81	11,81
31	8,04	82	11,89
32	8,11	83	11,98
33	8,18	84	12,06
34	8,25	85	12,15
35	8,32	86	12,24
36	8,39	87	12,33
37	8,46	88	12,42
38	8,54	89	12,51
39	8,61	90	12,60
40	8,68	91	12,69
41	8,75	92	12,78
42	8,83	93	12,87
43	8,90	94	12,97
44	8,97	95	13,06
45	9,05	96	13,16
46	9,12	97	13,25
47	9,19	98	13,35
48	9,27	99	13,44
49	9,34	100	13,54
50	9,41		

Beitragstabelle Männer

Im Falle eines erhöhten Risikos können Zuschläge zum Basisbeitrag festgelegt werden, die es der Opel Aktiv Plus ermöglichen, Antragstellern trotz Vorerkrankungen Versicherungsschutz anzubieten (Risikozuschläge). Die Höhe eines Risikozuschlags bestimmt sich in Abhängigkeit vom persönlichen Gesundheitszustand mit Hilfe des Gesundheitsfragebogens bei Antragsstellung und wird als prozentualer Zuschlag zum Basisbeitrag festgelegt. Der Risikozuschlag berechnet sich unabhängig von einem Schadenfreiheitsrabatt auf 100 % des für das erreichte Alter anwendbaren Basisbeitrags.

§4 Schadenfreiheitsrabatt

Hat der Versicherte innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten keine Leistungen in Anspruch genommen, ermäßigt sich der in der Tabelle unter §3 angegebene Basisbeitrag gemäß folgender Übersicht und Erläuterung.

Übersicht Schadensfreiheitsklassen (SF)

Jahr	OAP / SF	%
1.	00	100
2.	01	100
3.	02	100
4.	03	100

5.	04	97
6.	05	95
7.	06	93
8.	07	90
9.	08	85
10.	09	80
11.	10	75

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen mit einem Schadenfreiheitsrabatt (SFR) von bis zu 25 % vor. Zum Versicherungsbeginn erfolgt eine Einstufung in die Klasse SF 03 (100 % des Basisbeitrags). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächst bessere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in Klasse SF 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif beansprucht wurden. Maßgebend ist hier der Termin, zu dem die Rechnung bei der Opel Aktiv Plus eingegangen ist. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen beansprucht, so erfolgt eine Rückstufung um 3 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als Klasse SF 00). Der für eine Schadenfreiheitsklasse angegebene Prozentsatz wird auf den jeweils gültigen Basisbeitrag angewendet (ohne Berücksichtigung eines Risikozuschlags).