

Tarif Easy Ambulant

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Easy Ambulant für die Versicherung der Kosten ambulanter Leistungen für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2023

Bei dem Tarif Easy Ambulant handelt es sich um einen Tarif, der nach

- Abschnitt B I Leistungen für Naturheilverfahren, Arznei- und Verband-, Heil-, Hilfsmittel, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, gesetzliche Zuzahlungen sowie digitale Gesundheitsanwendungen vorsieht. Die vorgenannten Leistungen sind zusammen insgesamt auf die vereinbarte jährliche Leistungshöhe nach Abschnitt B I Satz 1 begrenzt;
- Abschnitt B II Leistungen für Sehhilfen und refraktive Chirurgie vorsieht. Diese Leistungen fallen nicht unter die vereinbarte jährliche Leistungshöhe nach Abschnitt B I Satz 1, sondern sehen jeweils individuelle Erstattungshöchstbeträge vor.

Die Kostenerstattungen werden dabei dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum).

Nicht voll beanspruchte jährliche Leistungshöhen bzw. Erstattungshöchstbeträge können nicht in das darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden.

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Buchstabe a) sind die Kosten für Leistungen nach Abschnitt B dem Grunde und der Höhe nach auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bei Behandlung der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen wären.

Die unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegereignissen

Als Kriegereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlungen in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

i) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

j) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben oder
- für die grundsätzlich ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht; ausgenommen hiervon sind jedoch Personen mit Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung, es sei denn, dieser Anspruch wird durch eine Reservedienstleistung oder dienstliche Veranstaltung nach dem Soldatengesetz begründet.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Tarifstufen

Die Versicherung kann nach folgenden Tarifstufen vereinbart werden (vgl. Abschnitt B I):

- Tarifstufe Easy Ambulant 600
- Tarifstufe Easy Ambulant 1200

Je versicherte Person kann nur eine der beiden Tarifstufen vereinbart werden.

5. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel, Sehhilfen, Impfstoffe für Schutzimpfungen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

8. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

9. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Leistungen der GKV, der Heilfürsorge bzw. anderer ggf. vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen. Diese Vorleistungen sind auf den Rechnungsbelegen durch einen Erstattungsvermerk entsprechend nachzuweisen.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei dieser bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen, deren Erstattung je Kalenderjahr auf die vereinbarte Leistungshöhe begrenzt ist

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend unter Abschnitt B I aufgeführten Leistungen ist je versicherte Person und Kalenderjahr – unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle – und je vereinbarter Tarifstufe insgesamt begrenzt auf folgende Leistungshöhe:

| Tarifstufe | Easy Ambulant 600 | Easy Ambulant 1200 |
|---|-------------------|--------------------|
| Maximale Leistungshöhe (je Kalenderjahr) | 600,- Euro | 1.200,- Euro |

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar oder endet es vor dem 31. Dezember eines Jahres, gilt die maximale Leistungshöhe für dieses Kalenderjahr in vollem Umfang.

1. Naturheilverfahren

Erstattet werden die Kosten für durch Ärzte und Heilpraktiker angewendete Naturheilverfahren bis zu 100 %.

Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Zu Naturheilverfahren gehören auch Chiropaktik und Osteopathie.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) genannten Gebührensätze und Höchsterstattungsbeträgen.

2. Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

3. Heilmittel

Erstattet werden die Kosten für Heilmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten). Erstattungsfähig sind auch die Kosten für ärztlich verordnetes Kinesiotaping bis zu 100 %, soweit diese Anwendung von approbierten Ärzten, Heilpraktikern oder Physiotherapeuten durchgeführt wird.

4. Hilfsmittel

Erstattet werden die Kosten für von einem approbierten Arzt verordnete Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch, einschließlich der Zuzahlungen nach § 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Hierzu zählen auch lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgeräte), die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher).

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),
- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

5. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für die nachfolgend aufgeführten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu 100 %:

- Großer Gesundheits-Check:
 1. Anamnese
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
 2. Klinische Untersuchung
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), einschließlich Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Ruhe-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Lungenfunktionstest
- Schilddrüsen-Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs
- Augeninnendruckmessung, Augenhintergrundspiegelung sowie optische Kohärenztomographie (OCT) zur Augenvorsorge / Glaukomfrüherkennung
- Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich (Video-)Dermatoskopie

- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus
- Toxoplasmose im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung – Osteodensitometrie
- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr

Erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

6. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard-, Indikations- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden bis zu 100 %.

Darüber hinaus werden die Schutzimpfungen gegen Hepatitis A, Meningokokken-Infektionen und FSME sowie die Malaria-Prophylaxe bis zu 100 % erstattet.

Die Kosten der ärztlichen Impfleistung einschließlich der Impfberatung sind nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

7. Fahrkosten

Erstattet werden die Kosten für Zuzahlungen zu Fahrkosten nach § 60 SGB V (siehe Anhang), die im Zusammenhang mit Fahrten zu einer ambulanten Behandlung stehen, bis zu 100 %.

8. Haushaltshilfe

Erstattet werden die Kosten für Zuzahlungen für eine Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 5 SGB V (siehe Anhang) bis zu 100 %.

9. Rehabilitationsmaßnahmen / Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Erstattet werden die Kosten für Zuzahlungen zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 5 und 6 SGB V (siehe Anhang) und für Zuzahlungen einer ambulanten Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme nach § 41 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) bis zu 100 %.

10. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese nicht im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychotherapeuten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Erstattet werden die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen bis zu 70 %.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Der Versicherer ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

II. Kosten für Sehhilfen und refraktive Chirurgie

Die nachfolgenden erstattungsfähigen Kosten für Sehhilfen und refraktive Chirurgie werden nicht auf die in Abschnitt B I Satz 1 vereinbarte jährliche Leistungshöhe angerechnet.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar oder endet es vor dem 31. Dezember eines Jahres, gelten die nachfolgenden maximalen Erstattungsbeträge für dieses Kalenderjahr in vollem Umfang.

1. Sehhilfen

Erstattet werden die Kosten für Sehhilfen bis zu 100 %, jedoch nicht mehr als bis zu 300,- Euro je Leistungsperiode. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein.

Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Dazu zählen auch jeweils Bildschirmarbeitsplatzbrillen und Sonnenbrillen mit Dioptrien.

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

2. Refraktive Chirurgie

Erstattet werden die Kosten für refraktive Chirurgie bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 600,- Euro je Auge und je Versicherungsfall.

Als refraktive Chirurgie gelten augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Rechnungsbelege (inklusive eines Vorleistungsvermerkes der GKV, der Heilfürsorge bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter sowie der Angabe über die Höhe eventuell angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt) nachzuweisen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise und Leistungsunterlagen erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen (z. B. die Originalrechnung oder den Nachweis, dass keine Vorleistung erbracht wurde) zu verlangen.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Der Versicherer ist nur zur Leistung verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person vom Beitrag befreit.

Die Beitragsbefreiung gilt für jeden Monat, in dem Elterngeld bezogen wird, maximal für drei Monate, sofern

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, für das Elterngeld beantragt wird, mindestens acht Monate nach diesem Tarif – nicht als Anwartschaftsversicherung – versichert ist,
- die Beitragsraten zu Beginn des Bezugs von Elterngeld vollständig gezahlt worden sind,
- keine Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person für diesen Tarif besteht und
- der Bezug von Elterngeld innerhalb von drei Monaten nach Bezugsbeginn durch eine Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.

Maßgebend ist der jeweils zu zahlende Monatsbeitrag der versicherten Person für diesen Tarif einschließlich etwaiger Zuschläge. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Beginn des Bezugs von Elterngeld folgt.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.