Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Krankenversicherung a. G.
Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Krankheitskostenversicherung

Tarif B-Smart

Ergänzungstarif für Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind
Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif B-Smart in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif B-Smart. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs B-Smart im Versicherungsschein: **SMA**

Stand 01.02.2015

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs B-Smart. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)	100 %	300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit	100 %	einmalig insgesamt 1.000 EUR für beide Augen
Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräten)	100 %	300 EUR pro Kalenderjahr (zusammen mit Hörgeräten - siehe unten - insgesamt 600 EUR pro Kalenderjahr)
Hörgeräte	100 %	600 EUR pro Kalenderjahr (Leistungen für Heil- und sonstige Hilfsmittel - siehe oben - werden abgezogen.)
Gesetzliche Zuzahlungen	100 %	-
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker	100 %	150 EUR pro Kalenderjahr
Soforthilfe bei schweren Erkrankungen nach Anhang 2 sowie für Personen bis zum 21. Lebensjahr bei einem Grad der Behinderung von wenigstens 50	-	einmalig 5.000 EUR
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	15 EUR/Tag	-

K4839 02/15 DT

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen	100 %	-
Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr)	100 %	-
Reise-Schutzimpfungen	100 %	100 EUR pro Kalenderjahr
Auslandsreise-Krankenversicherung (für acht Wochen)	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif B-Smart können Personen versichert werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ein Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif B-Smart gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif B-Smart bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen[1] einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV ergänzt. Deshalb nehmen Sie bitte die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch.

Die Vorleistung der GKV ist Voraussetzung für die Übernahme der Kosten nach dem Tarif B-Smart in folgenden Fällen: Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes (Ziffer 7) und Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen (Ziffer 8). Leistet die GKV in diesen Fällen nicht, dann entfallen auch die Leistungen nach dem Tarif B-Smart.

Zusätzlich bietet der Tarif B-Smart Leistungen, für die bei der GKV kein Anspruch besteht (zum Beispiel in der Regel bei Sehhilfen für Erwachsene). In diesem Fall erhalten Sie die tariflichen Leistungen ohne Abzug einer Vorleistung der GKV.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Sehhilfen — **100 %** der Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Wie Sie den Gesamtbetrag innerhalb des Zeitraumes aufteilen, spielt dabei keine Rolle.

Beispiel:

Datum	Kosten	Leistung
18.10. des laufenden Jahres	1. Brille 225 EUR	225 EUR
01.08. des Folgejahres	2. Brille 150 EUR	75 EUR
bis 31.12. des Folgejahres		300 EUR insgesamt

Nach Ablauf von zwei Kalenderjahren besteht ein neuer Anspruch auf Sehhilfen, in diesem Beispiel ab 01.01. des dritten Jahres.

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)

100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR für beide Augen. Wir ersetzen die Kosten einmalig, frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs.

Versichert sind Operationen, um eine Fehlsichtigkeit zu beheben (zum Beispiel LASIK) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen.

Wir erstatten Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3. Heil- und Hilfsmittel

100 % der Kosten für Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräten) bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte (siehe unten) werden insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr erstattet.

Beispiel:

Sie haben in diesem Kalenderjahr für Hörgeräte bereits Leistungen in Höhe von 400 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Heil- und Hilfsmittel noch bis zu 200 EUR.

Heilmittel sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Hilfsmittel sind

- Bandagen
- orthopädische Schuhe
- Einlagen
- Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen
- elektronische Kehlköpfe
- Körperersatzstücke (zum Beispiel Prothesen und Epithesen)
- Geh- und Stützapparate
- Kunstaugen
- Krankenfahrstühle und
- lebenserhaltende Hilfsmittel, zum Beispiel Atemmonitore

100 % der Kosten für **Hörgeräte** bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR pro Kalenderjahr. Von dem Gesamtbetrag werden die Leistungen für Heil- und Hilfsmittel (siehe oben) abgezogen.

Beispiel:

Sie haben in diesem Kalenderjahr für Heilmittel bereits Leistungen in Höhe von 200 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Hörgeräte noch bis zu 400 EUR.

4. Gesetzliche Zuzahlungen **100 %** der Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch **(SGB V)** in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel, zum Beispiel Krankengymnastik oder Massagen (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hiilfsmittel, zum Beispiel Hörgeräte oder Krankenfahrstühle (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
  Falls Sie diese Leistung auch über einen anderen Tarif der Barmenia abgesichert haben, gilt Folgendes: Sie erhalten ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR für jeden Tag, für den Sie die Zuzahlung zu tragen haben.
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte beachten Sie bei den Belegen Folgendes:

Bitte reichen Sie bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln eine Kopie des Rezeptes und/oder der ärztlichen Verordnung ein. Diese müssen den Namen und Vornamen der versicherten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Apotheke) pro Mittel enthalten.

Bitte reichen Sie bei anderen Zuzahlungen eine Quittung mit dem Namen der versicherten Person und des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Krankenhaus) ein.

Sie können auch ein von der GKV akzeptiertes Formular verwenden, mit dem die Zuzahlungen nachgewiesen werden. Dieses muss den Namen und Vornamen der behandelten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers enthalten. Außerdem muss Art und Höhe der Zuzahlung und das Datum der Leistung hervorgehen, für die Sie eine Zuzahlung zu tragen haben.

Wenn Sie die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V erreicht haben, sind Sie von Zuzahlungen befreit. In diesem Fall erhalten Sie keine Leistungen nach dem Tarif B-Smart.

5.	Naturheilverfahren durch Ärzte / Behandlungen durch Heilpraktiker	**100 %**	der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. Bei Naturheilverfahren durch Ärzte erstatten wir die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
6.	Soforthilfe bei schweren Erkrankungen (Einmalzahlung)	**5.000 EUR**	bei Vorliegen einer schweren ärztlich diagnostizierten Erkrankung, die Sie im Anhang 2 finden. Sie erhalten die Soforthilfe einmal für die gesamte Vertragsdauer in einer Summe. Tritt zu dieser Erkrankung eine weitere im Anhang 2 aufgeführte schwere Erkrankung hinzu, zahlen wir keine weitere Pauschalleistung. Bitte weisen Sie die schwere Erkrankung durch ein ärztliches Attest nach. Außerdem erhalten Sie zusätzlich die Soforthilfe in Höhe von 5.000 EUR, wenn - für die versicherte Person ein Grad der Behinderung (**GdB**) von wenigstens 50 nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (**SGB IX**) festgestellt wurde und - zu diesem Zeitpunkt die versicherte Person noch keine 21 Jahre alt ist. Bitte weisen Sie den GdB durch den Bescheid des Versorgungsamtes nach. Hat eine schwere Erkrankung nach Anhang 2 zu diesem GdB geführt, zahlen wir die Soforthilfe insgesamt nur einmalig. Das heißt: Bei Feststellung dieses GdB zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe. Das Gleiche gilt bei einer Erhöhung des GdB. Auch in diesem Fall zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe.
7.	Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (bei Leistung der GKV)	**15 EUR**	pro Tag für das nach diesem Tarif versicherte Kind, so lange Sie Krankengeld auf Grund der Erkrankung dieses Kindes nach § 45 SGB V erhalten. Bitte weisen Sie durch eine Bescheinigung der GKV nach, wie lange ein Anspruch auf Kinderkrankengeld bestand.
8.	Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen (nach Vorleistung der GKV)	**100 %**	der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte. Zu den Mehrkosten zählen nicht die Kosten für bessere Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus sowie für privatärztliche Behandlungen. Leistet die GKV nicht, entfällt auch die Leistung nach dem Tarif B-Smart.

9. Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)	**100 %**	der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden. Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.
10. Reise-Schutzimpfungen	**100 %**	der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr. Versichert sind die Kosten für Reise-Schutzimpfungen (einschließlich Malaria-Prophylaxe) bei Auslandsreisen einschließlich medizinischer Beratung. Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

11. **Versicherungsschutz im Ausland**

Vorbemerkung

Sie haben Versicherungsschutz bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen. Außerdem haben Sie Versicherungsschutz bei notwendiger ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

Sie erhalten Leistungen für im Ausland entstandene Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung. Dies gilt auch, wenn eine sich ausbreitende Infektionskrankheit (Pandemie) die Heilbehandlungen verursacht. Außerdem erhalten Sie die unter Ziffer 11 c) bis f) genannten Leistungen.

Der Versicherungsschutz besteht für **die ersten acht Wochen** eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Er verlängert sich, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraums die Rückreise antreten können. Sie haben dann so lange Versicherungsschutz, bis Sie ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit zurückreisen können. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Ende des Versicherungsverhältnisses.

Bei der Geburt eines Kindes im Ausland haben die versicherte Mutter und das neugeborene Kind so lange Versicherungsschutz, bis sie nach Deutschland zurückreisen können.

Bei im Ausland entstandenen Kosten

- müssen aus Rezepten das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen,
- müssen bei Zahnbehandlungen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Maßnahmen beinhalten und
- muss bei einer Überführung oder Bestattung eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

Weitere Details finden Sie unter § 6 MB/KK 09 (Auszahlung der Versicherungsleistungen).

Sie haben keinen Versicherungsschutz

- für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen und
- bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung

100 % der Kosten für

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel. Dazu zählen zum Beispiel auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach der individuellen Lebensführung dienen, zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung und Haarwuchsmittel) und Verbandmittel.
- ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden und auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind. Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen
- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
- notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus
- notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall
- Zahnbehandlung in Form von notwendigen einfachen Zahnfüllungen, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz

Versicherungsschutz besteht auch für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, soweit diese ein Arzt vornimmt.

Wir erstatten Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus.

Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung:

Bei einer stationären Heilbehandlung können Sie an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:

30 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung. Bitte reichen Sie in diesem Fall eine Bescheinigung des Krankenhauses ein.

b)	Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)	**100 %**	der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden. Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.
c)	Krankenhaustagegeld	**15 EUR**	für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.
d)	Rettung und Bergung	**100 %**	der Kosten bis zu einem Betrag von 5.000 EUR, wenn Sie wegen eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden müssen.
e)	Rücktransport	**100 %**	der Kosten für - einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie wegen Krankheit oder Unfall an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche medizinisch geschulte Begleitpersonal. - Rettungsflüge. Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Außerdem ist Voraussetzung, dass der Rettungsflug nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, Ihr Leben zu retten. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden. Diese Kosten ersetzen wir auch, wenn - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland über den Rücktransportkosten liegen oder - nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.
		500 EUR	pauschal zum Ausgleich weiterer Kosten bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge.
f)	Überführung	**100 %**	der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR, wenn Sie im Ausland sterben. Versichert sind die Kosten der Überführung an den Wohnsitz oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	6,81
15 - 21	9,80
21 - 30	12,36
31 - 40	14,88
41 - 50	19,09
51 - 60	24,65
61 -	38,11

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 30 Jahre und sechs Monate, 40 Jahre und sechs Monate, 50 Jahre und sechs Monate bzw. 60 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

Beispiel:

Bei Abschluss des Tarifs B-Smart sind Sie 35 Jahre alt. Der Beitrag wird nach der Altersgruppe 31 - 40 berechnet. Wenn Sie am 03.03. eines Jahres 40 Jahre alt werden, zahlen Sie ab dem 01.10. dieses Jahres den Beitrag der Altersgruppe 41 - 50.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten.

Bei Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) haben Sie erst nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs Versicherungsschutz (siehe Buchstabe B, Ziffer 2).

2. Wird die Liste für Naturheilverfahren aktualisiert?

Ändern sich die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, können wir den Leistungsumfang entsprechend ändern. Voraussetzung ist, dass dies zur Wahrung Ihrer Interessen erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen der Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?	Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, dann gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Diese Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, Sie müssen den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.
4. Wann können Sie den Tarif B-Smart kündigen?	Nach dem Tarif B-Smart beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif B-Smart zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif B-Smart ohne eine Frist zum Ende eines jeden Monats kündigen.
	Beispiel:
	Beginn des Tarifs B-Smart: 01.04. des laufenden Jahres
	Ende der Mindesttarifdauer: 31.03. des Folgejahres
	Frühest möglicher Kündigungstermin des Tarifs B-Smart: 31.03. des Folgejahres
5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV endet?	In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif B-Smart zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV unverzüglich mit.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridan- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
  Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien (Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.)
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopatischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie

- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Neuraltherapie
- Nervenpunktmassage
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

Anhang 2

Liste der versicherten schweren Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne des Buchstaben B, Ziffer 6 des Tarifs B-Smart gelten:

- Akuter Herzinfarkt mit sonografisch nachgewiesener Einschränkung der Pumpfunktion von mindestens 50 %
- Bösartiger solider Tumor mit Metastasierung
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten
- Bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades

- Infektiöse, parasitäre und bösartige Erkrankungen infolge HIV-Krankheit
- Nicht medikamentös herbeigeführtes Koma oder Wachkoma
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens (Blindheit) auf beiden Augen
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Hörvermögens (Taubheit) auf beiden Ohren
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sprachvermögens (Stummheit) durch organische Ursachen (Irreversible Schädigung des Sprechapparates - Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge - oder des zentralen Nervensystems)
- Poliomyelitis mit dauerhafter Paralyse (Beeinflussung von Atmung und Motorik)
- Dauerhafter Verlust oder irreversible völlige Funktionsunfähigkeit mindestens eines Armes und eines Beines oder beider Arme und beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenkes
- Progressive Muskeldystrophie
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit
- Systemischer Lupus erythematodes
- Motoneuronerkrankung mit irreversiblem Verlust neurologischer Fähigkeiten