



HUMANIS[®]

Tarif ZP 06/Kollektiv

Mannheimer Bedingungen 2009
für die Kollektiv-Pflegekosten-
zusatzversicherung nach

Tarif ZP 06

(Mannheimer VB 2009 Pflege-
kostenzusatz Kollektiv ZP 06)

Stand: 01.01.2009

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06
(Mannheimer VB 2009 Pflegekostenzusatz Kollektiv ZP 06)

§ 1	Gegenstand der Versicherung	3
§ 2	Versicherte Personen	3
§ 3	Örtlicher Geltungsbereich	3
§ 4	Versicherungsfall	3
§ 5	Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung	4
§ 6	Versicherungsleistungen	4
§ 7	Versicherte Aufwendungen	4
§ 8	Zusatzpflegegeld für häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen in Deutschland	6
§ 9	Vorgezogenes Betreuungsgeld bei Demenz	7
§ 10	Versicherte Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 3	7
§ 11	Auslandspflegegeld	7
§ 12	Jahreshöchstbetrag für alle Versicherungsleistungen	7
§ 13	Einschränkung der Leistungspflicht	7
§ 14	Auszahlung der Versicherungsleistungen	8
§ 15	Mannheimer Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06 und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG	8

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06 (Mannheimer VB 2009 Pflegekostenzusatz Kollektiv ZP 06)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

Die Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06 ist eine Zusatzversicherung zur Pflege-Pflichtversicherung in Deutschland (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI – vom 26.05.1994). Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die vereinbarten Leistungen für die Pflege, die sich gliedern in:

- Aufwändungsersatz für häusliche Pflege durch Berufspflegekräfte in Deutschland;
- Aufwändungsersatz für teilstationäre Pflege in Deutschland;
- Aufwändungsersatz für stationäre Pflege in Deutschland;
- Aufwändungsersatz für Pflegehilfsmittel bei häuslicher oder teilstationärer Pflege;
- Zusatzpflegegeld für häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen in Deutschland;
- Vorgezogenes Betreuungsgeld bei Demenz;
- Auslandspflegegeld.

§ 2 Versicherte Personen

Versichert werden Personen, die in Deutschland in der deutschen Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, soweit die jeweilige Person das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sie nach den Vereinbarungen im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag Versicherte oder Mitversicherte werden können (§ 3 Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2009).

§ 3 Örtlicher Geltungsbereich

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und nach Maßgabe des § 7 Nr. 4 und der §§ 9 und 11 auch auf die Pflege im Ausland.
2. Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in ein Gebiet außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes, endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 22 Nr. 1 c) Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2000 nicht, wenn im Zeitpunkt des Wegzugs ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

§ 4 Versicherungsfall

1. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie nach objektivem medizinischem Befund für die in Nr. 2 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Erheblichkeit kann entweder in der Intensität der erforderlichen Hilfe bei einzelnen Verrichtungen oder darin begründet sein, dass bei mehreren Verrichtungen Hilfe erforderlich ist. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
2. Als Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gelten: Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren, Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken, Stuhlgang und Wasserlassen, Fortbewegen im Zimmer (Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt) sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
3. Pflegebedürftigkeit nach Nr. 1 gilt als gegeben, wenn die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung als Pflegebedürftiger der Pflegestufen 1, 2 oder 3 anerkannt ist. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist unter Vorlage entsprechender Urkunden nachzuweisen; Änderungen sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
4. Beim Anspruch nach § 9 ist Versicherungsfall die fachärztlich festgestellte Demenz mindestens mittleren Grades einer erwachsenen versicherten Person. Demenz ist eine krankhafte Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns, die mit einer erheblichen Gedächtnisbeeinträchtigung und - unter Verlust bereits erlernter Fähigkeiten - mit erheblichen Störungen des Sprachvermögens, der Fähigkeit motorische Aktivitäten auszuführen, der Fähigkeit Gegenstände zu erkennen oder wiederzuerkennen, oder der Fähigkeit, im Alltag in logischer Abfolge planend und organisierend tätig zu sein, verbunden ist, und die weder mit einer Bewusstseinsstörung (Delir) noch mit einem primären anderen psychischen Leiden einhergeht. Demenz mittleren Grades liegt vor, wenn die versicherte Person infolge der Demenz geistig und körperlich nicht mehr in der Lage ist, mehr als nur einfache Tätigkeiten der täglichen Lebensführung auszuführen und deshalb überwiegend auf fremde Hilfe angewiesen ist. Die Demenz und ihr Grad sind durch einen Facharzt für Geriatrie, Psychiatrie oder Neurologie auf der Grundlage wissenschaftlich anerkannter Diagnosemethoden festzustellen, das ausführliche Attest hat auch die angewandten Diagnosemethoden und die durchgeführten Tests mit ihren Ergebnissen darzustellen.¹

¹ Hinweis: Nach der aktuellen Leistungsrichtlinie „Demenz“ der Mannheimer Krankenversicherung AG gehören zu den wissenschaftlich anerkannten Diagnosemethoden insbesondere die in den fachärztlichen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) dokumentierten Methoden. Geeignete Testverfahren sind beispielsweise der „Mini-Mental-Status-Test“ nach Marshal F. Folstein (1975). Die Leistungsrichtlinie ist nicht Teil der Versicherungsbedingungen, bei ihrer Auslegung und bei der Entscheidung über Versicherungsansprüche aber zu berücksichtigen. Sie wird laufend überprüft und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst. Der Versicherungsnehmer und der diagnostizierende Arzt können die Leistungsrichtlinie „Demenz“ jederzeit bei der Gesellschaft anfordern.

§ 5 Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung

1. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen - ausgenommen der Anspruch nach § 9 - entsteht erst, nachdem die Pflege-Pflichtversicherung in Anspruch genommen worden ist und die ihr jeweils obliegenden Leistungen erbracht hat. Ein Anspruch entsteht auch dann nicht, wenn die Pflege-Pflichtversicherung nur deshalb nicht leistet, weil Ansprüche ruhen (z.B. nach § 34 SGB XI) oder wegen dort geltender Wartezeiten noch nicht entstanden sind.
2. Vorleistungen der Pflege-Pflichtversicherung sind die von ihr jeweils zu erbringenden Leistungen, ohne Rücksicht darauf, ob sie unmittelbar mit dem Leistungserbringer oder mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person abgerechnet werden.
3. Der als Leistung der Pflege-Pflichtversicherung anzusetzende Betrag mindert sich nicht durch Eigenanteile, die der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung selbst zu tragen haben. Zu den Eigenanteilen zählen insbesondere etwaige Verwaltungskostenanteile, Selbstbehalte oder Zuzahlungen für die Inanspruchnahme des an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, aber auch die Kürzungen nach § 91 SGB XI, zu denen es kommt, wenn Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die den Preis für ihre Leistungen unmittelbar mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vereinbaren.
4. Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, wird bei der Ermittlung der Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung nicht nur auf die tatsächlich erbrachten Leistungen abgestellt, sondern auch auf die darüber hinaus gehenden Leistungen, die von der Pflege-Pflichtversicherung zu erbringen gewesen wären, wenn kein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bestanden hätte. Dies führt beim Ersatz versicherter Aufwendungen nach § 7 zu einer Erhöhung des Abzugsbetrages.
5. Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung und der Beihilfe sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.
6. Die Beendigung der Pflege-Pflichtversicherung einer versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

§ 6 Versicherungsleistungen

Die Tabelle in § 7 führt auf, welche Aufwendungen versichert sind und in welchem Umfang sie ersetzt werden. Das Zusatzpflegegeld für häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen ergibt sich aus § 8, das vorgezogene Betreuungsgeld bei Demenz aus § 9, die versicherte Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 3 aus § 10 und das Auslandspflegegeld aus § 11. Nähere Bestimmungen zum Jahreshöchstbetrag für alle Versicherungsleistungen eines Versicherungsjahres zusammen enthält § 12. Unter bestimmten Umständen, die in den §§ 7 bis 11 nicht berücksichtigt sind, schränken § 5 und § 13 die Leistungspflicht ein.

§ 7 Versicherte Aufwendungen

Nr.	Versicherte Aufwendungen	Prozentsatz von den Pflegekosten vor Abzug der Vorleistungen nach § 5
1.	<p>Häusliche Pflege durch Berufspflegekräfte in Deutschland</p> <p>Zur häuslichen Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen siehe § 8.</p> <p>Zur Pflege im Ausland siehe § 11.</p> <p>Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl frei unter den von der Pflege-Pflichtversicherung anerkannten Leistungserbringern; das sind die zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen und anerkannte Pflegekräfte, die mit der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen.</p> <p>Ersetzt werden Aufwendungen für Pflege.</p> <p>Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie auf der Grundlage der für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen oder den Vereinbarungen, die er auf deren Grundlage mit der Pflege-Pflichtversicherung getroffen hat, berechnet sind.</p> <p>Zum Zusammentreffen mit Pflegegeld siehe § 8 Nr. 2.</p>	<p>80%</p> <p>abzüglich der Vorleistungen nach § 5 für die häusliche Pflege und zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.</p>

Nr.	Versicherte Aufwendungen	Prozentsatz von den Pflegekosten vor Abzug der Vorleistungen nach § 5
2.	<p>Teilstationäre Pflege in Deutschland</p> <p>Zur Pflege im Ausland siehe § 11.</p> <p>Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl frei unter den von der Pflege-Pflichtversicherung anerkannten Leistungserbringern; das sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige auch nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.</p> <p>Ersetzt werden die Aufwendungen für Pflege sowie Fahrtkosten zu und von der Pflegeeinrichtung.</p> <p>Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie auf der Grundlage der für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen oder den Vereinbarungen, die er auf deren Grundlage mit der Pflege-Pflichtversicherung getroffen hat, berechnet sind.</p> <p>Zum Zusammentreffen mit Pflegegeld siehe § 8 Nr. 2.</p>	<p>80%</p> <p>abzüglich der Vorleistungen nach § 5 für die teilstationäre Pflege und zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.</p>
3.	<p>Stationäre Pflege in Deutschland</p> <p>Zur Pflege im Ausland siehe § 11.</p> <p>Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl frei unter den von der Pflege-Pflichtversicherung anerkannten Leistungserbringern; das sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige ganztägig (vollstationär) untergebracht und gepflegt werden können.</p> <p>Ersetzt werden Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrtkosten zu und von der Pflegeeinrichtung mit einem Spezial-Krankenfahrzeug.</p> <p>Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie auf der Grundlage der für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen oder den Vereinbarungen, die er auf deren Grundlage mit der Pflege-Pflichtversicherung getroffen hat, berechnet sind.</p> <p>Erbringt die Pflege-Pflichtversicherung bei stationärer Pflege nur geringere als die für stationäre Pflege zu erbringenden Leistungen, weil sie stationäre Pflege nicht für erforderlich hält, wird als Vorleistung der von ihr bei erforderlicher stationärer Pflege zu erbringende Betrag in Abzug gebracht.</p> <p>Zum Zusammentreffen mit Pflegegeld siehe § 8 Nr. 2.</p>	<p>80%</p> <p>abzüglich der Vorleistungen nach § 5 für die stationäre Pflege und zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.</p>

Nr.	Versicherte Aufwendungen	Prozentsatz von den Pflegekosten vor Abzug der Vorleistungen nach § 5
4.	<p>Pflegespezifische technische Hilfsmittel bei häuslicher oder teilstationärer Pflege</p> <p>Ersetzt werden Aufwendungen für die Anschaffung, die Wiederbeschaffung und die Reparatur von im häuslichen Bereich für die Pflege notwendigen pflegespezifischen technischen Hilfsmitteln, insbesondere Tragegeräte, Hebegeräte, Liftgeräte, Krankenfahrstühle, Sonderausstattungen für Betten und im Sanitärbereich der Wohnung des Versicherten. Ist ein pflegespezifisches technisches Hilfsmittel nur vorübergehend notwendig, werden die dafür entstehenden Mietkosten bis zur Höhe des Betrages ersetzt, der für eine Anschaffung aufzuwenden gewesen wäre.</p> <p>In Fällen, in denen die Pflege-Pflichtversicherung zwar Leistungen im Sinne der vorstehenden Nrn. 1 bis 3 oder des § 8, aber keine oder nur anteilige Leistungen für das Pflegehilfsmittel erbringt, weil die gesetzliche oder eine private Krankenversicherung ganz oder anteilig für das Hilfsmittel leistet oder zu leisten hat, werden Aufwendungen für das Hilfsmittel, abweichend vom Grundsatz der Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, nach folgenden Maßgaben ersetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, sind zunächst deren Leistungen in Anspruch zu nehmen, nachzuweisen und anstelle der unterbliebenen Vorleistungen der Pflege-Pflichtversicherung von dem sich unter Anwendung des Erstattungsprozentsatzes von 80% ergebenden Betrages in Abzug zu bringen. - Besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, reduziert sich der Erstattungsprozentsatz auf ein Abzug anteiliger Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung erfolgt in diesem Falle nicht. <p>Erfolgt die Pflege im Ausland, gilt:</p> <p>Die Aufwendungen werden nur ersetzt, wenn für den Monat, in dem die Aufwendungen entstanden sind, auch ein Auslandspflegegeld nach § 11 gezahlt wird. Aufwendungen werden, abweichend vom Grundsatz der Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, auch dann ersetzt, wenn die Pflege-Pflichtversicherung keine Leistungen für das Pflegehilfsmittel erbringt. In diesem Fall reduziert sich jedoch der Erstattungsprozentsatz auf</p> <p>Der Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel ist innerhalb von zwei Kalenderjahren begrenzt auf insgesamt</p>	<p>80% abzüglich der Vorleistungen nach § 5 für das Pflegehilfsmittel und zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.</p> <p>40%</p> <p>40%</p> <p>EUR 5.200,-</p>

§ 8 Zusatzpflegegeld für häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen in Deutschland

1.	Für jeden Monat, für den die Pflege-Pflichtversicherung für Pflegemaßnahmen in Deutschland ausschließlich ein Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI für die Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen erbringt, wird für die häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen ein Zusatzpflegegeld in Höhe des sich aus § 37 Abs. 1 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe ergebenden Betrages gezahlt.
2.	Für jeden Monat, für den die Pflege-Pflichtversicherung für Pflegemaßnahmen in Deutschland Leistungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege im Sinne des § 7 Nrn. 1 bis 3 oder neben solchen Leistungen ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37 Abs. 1 SGB XI erbringt, wird für die häusliche Pflege durch Familienangehörige oder andere selbst beschaffte Pflegehilfen ein Zusatzpflegegeld in Höhe des sich aus § 37 Abs. 1 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe ergebenden Betrages gezahlt. Das Zusatzpflegegeld mindert sich um die für den gleichen Monat zu erbringenden Leistungen nach § 7 Nrn. 1 bis 3.
3.	Das Zusatzpflegegeld ist zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.

§ 9 Vorgezogenes Betreuungsgeld bei Demenz

1. Ist der Versicherungsfall Demenz mittleren Grades im Sinne des § 4 Nr. 4 eingetreten und ist die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung noch nicht als pflegebedürftig anerkannt, wird bis zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflege-Pflichtversicherung ein Betreuungsgeld in Höhe des Pflegegeldes gezahlt, das von der Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen wäre, wenn die versicherte Person Anspruch auf ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Familienangehörige aus Pflegestufe 1 hätte. Das Betreuungsgeld ist zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld entsteht frühestens zum 1. des auf den Leistungsantrag folgenden Monats, er endet, wenn Demenz mindestens mittleren Grades nicht mehr gegeben ist oder mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit fortgezahltes Betreuungsgeld wird auf Ansprüche auf Versicherungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit angerechnet.
2. Der Versicherer ist berechtigt, nachzuprüfen, ob Demenz mindestens mittleren Grades weiterhin gegeben oder nicht mehr gegeben ist. Die Auskunfts- und Untersuchungsobliegenheiten des § 16 Nrn. 1 und 2 Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2000 gelten auch für die Nachprüfung. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VVG von der Leistungspflicht frei.

§ 10 Versicherte Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 3

1. Wird die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung als Pflegebedürftiger der Pflegestufe 3 anerkannt, befreit der Versicherer den Versicherungsnehmer mit Wirkung für die Zukunft von der Beitragszahlungspflicht für dieses Versicherungsverhältnis (Beitragsbefreiung). Der Anspruch auf die Beitragsbefreiung entsteht zum 1. des Monats, in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 3 eingetreten ist, rückwirkend aber höchstens für die Zeit ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 3 nicht mehr besteht.
2. Entfällt die von der Pflege-Pflichtversicherung anerkannte Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 3, ist dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 11 Auslandspflegegeld

Erfolgt die Pflege im Ausland, wird anstelle der Versicherungsleistungen nach § 7 Nrn. 1 bis 3 und § 8, wenn die Pflege-Pflichtversicherung für die Pflege im Ausland Leistungen für die häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege im Sinne des § 7 Nrn. 1 bis 3 oder ein Pflegegeld im Sinne des § 37 Abs. 1 SGB XI erbringt, ein pauschales Auslandspflegegeld in Höhe des Pflegegeldes gezahlt, das die Pflege-Pflichtversicherung nach § 37 Abs. 1 SGB XI bei häuslicher Pflege der versicherten Person in Deutschland erbringen würde. Es ist zusammen mit anderen Versicherungsleistungen begrenzt auf den Jahreshöchstbetrag nach § 12.

§ 12 Jahreshöchstbetrag für alle Versicherungsleistungen

1. Für alle auf ein Versicherungsjahr entfallenden Versicherungsleistungen nach den §§ 7 bis 9 und 11 gilt ein Jahreshöchstbetrag, der jeweils gesondert für die Versichertengruppen Männer, Frauen und Kinder, für die Beiträge für Kinder zu entrichten sind, festgelegt ist. Die für eine versicherte Person zu erbringenden Versicherungsleistungen für das Versicherungsjahr dürfen zusammen diesen Jahreshöchstbetrag nicht übersteigen.
2. Der Jahreshöchstbetrag beträgt für Männer EUR 50.000, für Frauen EUR 50.000 und für Kinder EUR 50.000. Er wird nach Nr. 3 angepasst.
3. Der Jahreshöchstbetrag wird bei jeder Beitragsüberprüfung ebenfalls überprüft und, wenn es in der jeweiligen Versichertengruppe zu einer Beitragsanpassung kommt, gegebenenfalls angepasst. Die Anpassung des Jahreshöchstbetrages erfolgt auf der Grundlage der Entwicklung des vom Statistischen Bundesamts herausgegebenen Verbraucherpreisindex für Deutschland (Stand 2005 = 108,3; Basis 2000 = 100). Der Versicherer vergleicht den Indexstand 2005 beziehungsweise den der jeweils letzten Erhöhung des Jahreshöchstbetrages zugrundeliegenden Indexstand mit dem Indexstand am Ende des der Beitragsüberprüfung vorausgegangenen Jahres. Ergibt sich bei diesem Vergleich eine Erhöhung des Indexes, wird der Jahreshöchstbetrag, wenn der Beitrag aufgrund der Beitragsüberprüfung angepasst wird, zum Termin der Beitragsanpassung entsprechend erhöht. Dabei wird der Jahreshöchstbetrag unter kaufmännischer Rundung auf jeweils volle 10 EUR um das Doppelte der Indexsteigerung erhöht.
4. Über Erhöhungen nach Nr. 3 informiert der Versicherer im Zuge der Beitragsanpassung nach § 14 Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2009.

§ 13 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für
 - a) Versicherungsfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - b) solche Versicherungsfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - c) Aufwendungen für Pflege durch Personen oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) stationäre Heilbehandlung, Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, Kurbehandlung und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.
2. Keine Leistungspflicht besteht, soweit eine Pflegemaßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder soweit die geforderte Vergütung nicht angemessen ist. Der Versicherer kann die geltend gemachten Beträge entsprechend herabsetzen.
 3. Stehen die Aufwendungen für die Pflegemaßnahme oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 4. Besteht außerhalb der Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen auf Beihilfe, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

§ 14 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen gilt § 17 Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2009.
2. Die Nachweise – Urkunden, Rechnungen und sonstige Belege – sind im Original vorzulegen.
3. Rechnungen über Pflege müssen enthalten
 - den Namen der gepflegten Person,
 - die Art der Pflegeleistungen,
 - den Pflegezeitraum.

§ 15 Mannheimer Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06 und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG

Die Mannheimer Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Pflegekostenzusatzversicherung nach Tarif ZP 06 (Mannheimer VB 2009 Pflegekostenzusatz Kollektiv ZP 06) werden ergänzt durch die Allgemeinen Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2009) und gelten nur in Verbindung mit ihnen.