

## Synopse – Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT)

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016	Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017
<p><b>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b></p> <p>(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld und erbringt, soweit vereinbart, sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.</p> <p>(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach §§ 14 bzw. 45a SGB XI (siehe Anhang). Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistung ist, abhängig vom gewählten Tarif, die Einstufung in Pflegestufe I, II oder III nach § 15 SGB XI (siehe Anhang) durch die SPV (Soziale Pflegeversicherung) oder PPV (Private Pflegepflichtversicherung). Ein Anspruch auf Leistung besteht auch, wenn eine Einstufung in Pflegestufe I, II oder III nicht erfolgte, jedoch eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen mit daraus resultierendem erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand nach § 45a SGB XI durch die SPV oder PPV festgestellt wurde (Pflegestufe 0).</p> <p>(3) Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet mit dem Tag, an dem Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.</p> <p>(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, diesen Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen (MEVB/PT) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</p> <p>(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn und solange die Versicherung in der SPV bzw. PPV mit Leistungsanspruch weiterbesteht. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.</p> <p>(6) Aufnahmefähig sind Personen, die über eine deutsche Pflegepflichtversicherung verfügen.</p>	<p><b>§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?</b></p> <p>(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld und erbringt, soweit vereinbart, sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.</p> <p>(2) <b>Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach § 14 SGB XI (siehe Anhang). Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistung ist, abhängig vom gewählten Tarif, die Einstufung in den Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 nach § 15 SGB XI (siehe Anhang) durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) oder Private Pflegepflichtversicherung (PPV).</b></p> <p>(3) Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet mit dem Tag, an dem Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.</p> <p>(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, diesen Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen (MEVB/PT) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</p> <p>(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn und solange die Versicherung in der SPV bzw. PPV mit Leistungsanspruch weiterbesteht. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.</p> <p>(6) Aufnahmefähig sind Personen, die über eine deutsche Pflegepflichtversicherung verfügen.</p>
<p><b>§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes</b></p> <p>(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und im Übrigen die Voraussetzungen des § 198 VVG (siehe Anhang) erfüllt sind. Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.</p>	<p><b>§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes</b></p> <p>(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und im Übrigen die Voraussetzungen des § 198 VVG (siehe Anhang) erfüllt sind. Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.</p>
<p><b>§ 3 Wartezeiten</b></p> <p>(1) Die Wartezeit entfällt</p> <p>a) im Tarif proME Pflege; b) im Tarif proME Pflegeplus für die Pflegestufen II und III.</p>	<p><b>§ 3 Wartezeiten</b></p> <p>(1) Die Wartezeit entfällt</p> <p>a) im Tarif proME Pflege; b) im Tarif proME Pflegeplus für die <b>Pflegegrade 3, 4 und 5.</b></p>

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016	Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017
<p>(2) Die Wartezeit im Tarif proME Pflegeplus beträgt für die Pflegestufen 0 und I drei Jahre, sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.</p>	<p>(2) Die Wartezeit im Tarif proME Pflegeplus beträgt für die <b>Pflegegrade 1 und 2</b> drei Jahre, sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.</p>
<p><b>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</b></p>	<p><b>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</b></p>
<p>(1) a) Tarif proME Pflege</p> <p>Die Höhe des Pflegetagegeldes beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei ambulanter Pflege (häuslicher und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege) in Pflegestufe II 65 %</li> <li>in Pflegestufe III 100 %</li> <li>– bei vollstationärer Pflege in Pflegestufe II 100 %</li> <li>in Pflegestufe III 100 %</li> </ul> <p>des vereinbarten Tagessatzes.</p> <p>Wird der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt, obwohl dies nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erfolgt die Leistung nach den Erstattungssätzen für ambulante Pflege.</p> <p>b) Tarif proME Pflegeplus</p> <p>Die Höhe des Pflegetagegeldes beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in Pflegestufe 0 (vgl. § 1 Abs. 2) 30 %</li> <li>– bei ambulanter Pflege (häuslicher und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege) in Pflegestufe I 30 %</li> <li>in Pflegestufe II 65 %</li> <li>in Pflegestufe III 100 %</li> <li>– bei vollstationärer Pflege in Pflegestufe I 100 %</li> <li>in Pflegestufe II 100 %</li> <li>in Pflegestufe III 100 %</li> </ul> <p>des vereinbarten Tagessatzes.</p> <p>Wird der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt, obwohl dies nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erfolgt die Leistung nach den Erstattungssätzen für ambulante Pflege.</p> <p>(2) Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegetagegeld ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit nach Einstufung in eine Pflegestufe (0, I, II oder III), für die tarifliche Leistungen vereinbart sind, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung nach diesem Tarif innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die SPV bzw. PPV zugeht. Bei Antragstellung nach Ablauf von sechs Monaten seit der Feststellung durch die SPV bzw. PPV zahlt der Versicherer das tarifliche Pflegetagegeld ab dem Datum des Zugangs des Antrages beim Versicherer.</p> <p>Das Pflegetagegeld wird monatlich für den jeweils vorangegangenen Monat gezahlt. Ändert sich die Einstufung, ändert sich das zu zahlende Pflegetagegeld entsprechend.</p> <p>Entfällt die Leistungspflicht des Versicherers ganz oder teilweise (zum Beispiel wegen Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit), so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflegetagegelder, die auf Zeiten nach Wegfall der Pflegebedürftigkeit bzw. Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe entfallen, verpflichtet.</p>	<p>(1) a) Tarif proME Pflege</p> <p>Die Höhe des Pflegetagegeldes beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei ambulanter Pflege (häuslicher und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege) in <b>Pflegegrad 3 50 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 4 70 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 5 100 %</b></li> <li>– bei vollstationärer Pflege in <b>Pflegegrad 3 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 4 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 5 100 %</b></li> </ul> <p>des vereinbarten Tagessatzes.</p> <p>b) Tarif proME Pflegeplus</p> <p>Die Höhe des Pflegetagegeldes beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei ambulanter Pflege (häuslicher und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege) in <b>Pflegegrad 1 30 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 2 30 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 3 50 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 4 70 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 5 100 %</b></li> <li>– bei vollstationärer Pflege in <b>Pflegegrad 1 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 2 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 3 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 4 100 %</b></li> <li>in <b>Pflegegrad 5 100 %</b></li> </ul> <p>des vereinbarten Tagessatzes.</p> <p>(2) Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegetagegeld ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit nach Einstufung in <b>einen Pflegegrad</b>, für <b>den</b> tarifliche Leistungen vereinbart sind, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung nach diesem Tarif innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die SPV bzw. PPV zugeht. Bei Antragstellung nach Ablauf von sechs Monaten seit der Feststellung durch die SPV bzw. PPV zahlt der Versicherer das tarifliche Pflegetagegeld ab dem Datum des Zugangs des Antrages beim Versicherer.</p> <p>Das Pflegetagegeld wird monatlich für den jeweils vorangegangenen Monat gezahlt. Ändert sich die Einstufung, ändert sich das zu zahlende Pflegetagegeld entsprechend.</p> <p>Entfällt die Leistungspflicht des Versicherers ganz oder teilweise (zum Beispiel wegen Einstufung in <b>einen niedrigeren Pflegegrad</b> oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit), so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflegetagegelder, die auf Zeiten nach Wegfall der Pflegebedürftigkeit bzw. Einstufung in <b>einen niedrigeren Pflegegrad</b> entfallen, verpflichtet.</p>

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016	Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017
<p>(3) Dynamik – Erhöhung von Beitrag und Leistung</p> <p>Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 10 %, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>a) Die versicherte Person hat am Stichtag der Anpassung das 16. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.</p> <p>b) Die versicherte Person war in den letzten drei Jahren ununterbrochen mit Leistungsanspruch versichert und die Höhe des Pflegetagegeldes hat sich nicht geändert.</p> <p>c) Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 oder 45a SGB XI (siehe Anhang).</p> <p>Die dynamischen Erhöhungen erfolgen alle drei Jahre zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres. Die erste Erhöhung erfolgt frühestens nach Ablauf von 36 Monaten. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Stichtag der Anpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet. Ein bisher eventuell vereinbarter Beitragszuschlag wird im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag erhöht. Die Erhöhung wird dabei auf volle Euro gerundet.</p> <p>Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pflegetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des Monats schriftlich widerspricht, zu dem die Änderung wirksam geworden wäre.</p> <p>Macht der Versicherungsnehmer von drei aufeinander folgenden Anpassungen keinen Gebrauch, ist die erneute Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung nur nach erneuter Gesundheitsprüfung möglich.</p> <p>Erlangt der Versicherer von dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit erst Kenntnis, nachdem eine planmäßige Erhöhung durchgeführt wurde, so wird die betroffene planmäßige Erhöhung rückgängig gemacht und beide Vertragspartner sind verpflichtet, einander empfangene Leistungen zurückzugewähren.</p>	<p>(3) Dynamik – Erhöhung von Beitrag und Leistung</p> <p>Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 10 %, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>a) Die versicherte Person hat am Stichtag der Anpassung das 16. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.</p> <p>b) Die versicherte Person war in den letzten drei Jahren ununterbrochen mit Leistungsanspruch versichert und die Höhe des Pflegetagegeldes hat sich nicht geändert.</p> <p>c) Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang).</p> <p>Die dynamischen Erhöhungen erfolgen alle drei Jahre zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres. Die erste Erhöhung erfolgt frühestens nach Ablauf von 36 Monaten. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Stichtag der Anpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet. Ein bisher eventuell vereinbarter Beitragszuschlag wird im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag erhöht. Die Erhöhung wird dabei auf volle Euro gerundet.</p> <p>Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pflegetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des Monats <b>in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail)</b> widerspricht, zu dem die Änderung wirksam geworden wäre.</p> <p>Macht der Versicherungsnehmer von drei aufeinander folgenden Anpassungen keinen Gebrauch, ist die erneute Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung nur nach erneuter Gesundheitsprüfung möglich.</p> <p>Erlangt der Versicherer von dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit erst Kenntnis, nachdem eine planmäßige Erhöhung durchgeführt wurde, so wird die betroffene planmäßige Erhöhung rückgängig gemacht und beide Vertragspartner sind verpflichtet, einander empfangene Leistungen zurückzugewähren.</p>
<p>(4) Assistenzleistungen</p> <p>Abweichend zu § 1 Abs. 2 und 3 beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird und beim Pflegeversicherungsträger unverzüglich ein Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt wurde. Er endet, wenn die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht oder wenn der Vertrag endet.</p> <p>Es besteht Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis (siehe Anhang). Die Assistenzleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.</p> <p>Der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen kann über die kostenfreie Hotline des Versicherers (0800 1797-500) gemeldet werden. Die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.</p>	<p>(4) Assistenzleistungen</p> <p>Abweichend zu § 1 Abs. 2 und 3 beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird und beim Pflegeversicherungsträger unverzüglich ein Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt wurde. Er endet, wenn die in der <b>SPV oder PPV</b> getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht oder wenn der Vertrag endet.</p> <p>Es besteht Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis (siehe Anhang). Die Assistenzleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.</p> <p>Der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen kann über die kostenfreie Hotline des Versicherers (0800 1797-500) gemeldet werden. Die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.</p>
<p>(5) Option auf Höherversicherung</p> <p>Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für sich und alle nach dem Tarif proME Pflege mitversicherten Personen zum Beginn des 61. Kalendermonats nach Vertragsbeginn eine Umstellung in einen höherwertigen Pflegetagegeldtarif, der zum Umstellungszeitpunkt für den Neuzugang geöffnet ist, zu verlangen. Die Höhe des zum Wechselzeitpunkt</p>	<p>(5) Option auf Höherversicherung</p> <p>Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für sich und alle nach dem Tarif proME Pflege mitversicherten Personen zum Beginn des 61. Kalendermonats nach Vertragsbeginn eine Umstellung in einen höherwertigen Pflegetagegeldtarif, der zum Umstellungszeitpunkt für den Neuzugang geöffnet ist, zu verlangen. Die Höhe des zum Wechselzeitpunkt</p>

<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016</b>	<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017</b>
<p>versicherten Tagessatzes bleibt hierbei unverändert. Die Mecklenburgische ist verpflichtet, diese Umstellung ohne Gesundheitsprüfung durchzuführen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>a) Keine von der Umstellung betroffene Person ist zum Zeitpunkt des Wechsels älter als 55 Jahre.</p> <p>b) Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts ist bei keiner der von der Umstellung betroffenen Personen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 eingetreten.</p> <p>c) Der Umstellungsantrag muss der Mecklenburgischen mindestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt vorliegen. Für die Einhaltung der Fristen ist der Versicherungsnehmer verantwortlich.</p> <p>d) Eine wiederholte Ausübung des Optionsrechts ist nicht möglich.</p>	<p>versicherten Tagessatzes bleibt hierbei unverändert. Die Mecklenburgische ist verpflichtet, diese Umstellung ohne Gesundheitsprüfung durchzuführen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>a) Keine von der Umstellung betroffene Person ist zum Zeitpunkt des Wechsels älter als 55 Jahre.</p> <p>b) Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts ist bei keiner der von der Umstellung betroffenen Personen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 eingetreten.</p> <p>c) Der Umstellungsantrag muss der Mecklenburgischen mindestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt vorliegen. Für die Einhaltung der Fristen ist der Versicherungsnehmer verantwortlich.</p> <p>d) Eine wiederholte Ausübung des Optionsrechts ist nicht möglich.</p>
<b>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</b>	<b>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</b>
<p>(1) Keine Leistungspflicht besteht</p> <p>a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;</p> <p>b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;</p> <p>c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden.</p>	<p>(1) Keine Leistungspflicht besteht</p> <p>a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;</p> <p>b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;</p> <p>c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden.</p>
<b>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen</b>	<b>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen</b>
<p>(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise, Erst- und alle Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten, überlassen werden. Diese werden Eigentum des Versicherers.</p> <p>(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).</p> <p>(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.</p> <p>(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.</p> <p>(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.</p>	<p>(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise, Erst- und alle Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten, überlassen werden. Diese werden Eigentum des Versicherers.</p> <p>(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).</p> <p>(3) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.</p> <p>(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.</p> <p>(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.</p>
<b>§ 7 Ende des Versicherungsschutzes</b>	<b>§ 7 Ende des Versicherungsschutzes</b>
<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>
<b>§ 8 Beitragszahlung</b>	<b>§ 8 Beitragszahlung</b>
<p>(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.</p>	<p>(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.</p>

<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016</b>	<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017</b>
<p>Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.</p> <p>Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.</p> <p>Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 9 MEVB/PT.</p> <p>(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.</p> <p>(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.</p> <p>(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.</p> <p>(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung drei Euro. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.</p> <p>(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.</p>	<p>Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.</p> <p>Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.</p> <p>Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 9 MEVB/PT.</p> <p>(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.</p> <p>(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.</p> <p>(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.</p> <p>(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung drei Euro. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.</p> <p>(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.</p>
<p><b>§ 9 Beitragsberechnung</b></p>	<p><b>§ 9 Beitragsberechnung</b></p>
<p>(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.</p> <p>(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter<sup>1</sup> der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den</p>	<p>(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.</p> <p>(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter<sup>1</sup> der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den</p>

<sup>1</sup> Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016</b>	<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017</b>
<p>technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <p>(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.</p> <p>(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.</p>	<p>technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <p>(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.</p> <p>(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.</p>
<p><b>§ 10 Beitragsanpassung</b></p> <p>(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern.</p> <p>Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Entsprechend § 14 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) wird dieser Vergleich für jede Beobachtungseinheit (Kinder, männliche Erwachsene, weibliche Erwachsene; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden) des Tarifs gemäß dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % in einer Beobachtungseinheit, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % in einer Beobachtungseinheit, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.</p> <p>Darüber hinaus vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten. Entsprechend § 14a Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) wird dieser Vergleich für jede Beobachtungseinheit des Tarifs, bei der Sterbewahrscheinlichkeiten kalkulatorisch berücksichtigt werden (männliche Erwachsene, weibliche Erwachsene; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden), gemäß dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % in einer Beobachtungseinheit, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.</p> <p>Eine Beitragsanpassung für die Beobachtungseinheit der Kinder wird nur in Verbindung mit einer Beitragsanpassung für mindestens eine Beobachtungseinheit der Erwachsenen durchgeführt. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Höchstsätze und vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.</p> <p>(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.</p> <p>(3) Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.</p> <p>(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.</p>	<p><b>§ 10 Beitragsanpassung</b></p> <p>(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern.</p> <p>Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Entsprechend § 15 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) (siehe Anhang) wird dieser Vergleich für jede Beobachtungseinheit (Kinder, männliche Erwachsene, weibliche Erwachsene; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden) des Tarifs gemäß dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % in einer Beobachtungseinheit, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % in einer Beobachtungseinheit, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.</p> <p>Darüber hinaus vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten. Entsprechend § 16 KVAV (siehe Anhang) wird dieser Vergleich für jede Beobachtungseinheit des Tarifs, bei der Sterbewahrscheinlichkeiten kalkulatorisch berücksichtigt werden (männliche Erwachsene, weibliche Erwachsene; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden), gemäß dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % in einer Beobachtungseinheit, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.</p> <p>Eine Beitragsanpassung für die Beobachtungseinheit der Kinder wird nur in Verbindung mit einer Beitragsanpassung für mindestens eine Beobachtungseinheit der Erwachsenen durchgeführt. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Höchstsätze und vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.</p> <p>(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.</p> <p>(3) Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.</p> <p>(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.</p>

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016	Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017
<p><b>§ 11 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung</b></p>	<p><b>§ 11 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung</b></p>
<p>Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.</p> <p>Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung. Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.</p>	<p>Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.</p> <p>Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung. Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.</p>
<p><b>§ 12 Obliegenheiten</b></p>	<p><b>§ 12 Obliegenheiten</b></p>
<p>(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Einstufung in eine höhere Pflegestufe ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherer den Erst- und alle Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten zu überlassen. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.</p> <p>(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.</p> <p>(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.</p>	<p>(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Einstufung in <b>einen höheren Pflegegrad</b> ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherer den Erst- und alle Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten zu überlassen. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.</p> <p>(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.</p> <p>(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.</p>
<p><b>§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen</b></p>	<p><b>§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen</b></p>
<p>(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.</p> <p>Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 12 Abs. 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstag an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Erlangt der Versicherer von dem Wegfall oder einer Minderung der Pflegebedürftigkeit erst später Kenntnis, so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflegetagegelder verpflichtet.</p> <p>(2) Wird die in § 12 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.</p> <p>(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.</p>	<p>(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.</p> <p>Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 12 Abs. 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstag an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Erlangt der Versicherer von dem Wegfall oder einer Minderung der Pflegebedürftigkeit erst später Kenntnis, so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflegetagegelder verpflichtet.</p> <p>(2) Wird die in § 12 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.</p> <p>(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.</p>

Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016	Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017
<b>§ 14 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte</b>	<b>§ 14 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte</b>
<p>(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p>(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.</p> <p>(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.</p>	<p>(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p>(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.</p> <p>(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.</p>
<b>§ 15 Aufrechnung</b>	<b>§ 15 Aufrechnung</b>
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.	Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
<b>§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer</b>	<b>§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer</b>
<p>Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.</p> <p>Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des darauf folgenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.</p> <p>Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 205 Abs. 1 bis 5 VVG (siehe Anhang).</p>	<p>Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.</p> <p>Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des darauf folgenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.</p> <p>Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 205 Abs. 1 bis 5 VVG (siehe Anhang).</p>
<b>§ 17 Kündigung durch den Versicherer</b>	<b>§ 17 Kündigung durch den Versicherer</b>
<p>(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.</p> <p>(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.</p>	<p>(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.</p> <p>(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.</p>
<b>§ 18 Sonstige Beendigungsgründe</b>	<b>§ 18 Sonstige Beendigungsgründe</b>
<p>(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch gemäß § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.</p> <p>(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p>(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten oder besteht aufgrund dieser Verlegung kein Leistungsanspruch mehr aus der SPV bzw. PPV, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der</p>	<p>(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch gemäß § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.</p> <p>(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p>(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten oder besteht aufgrund dieser Verlegung kein Leistungsanspruch mehr aus der SPV bzw. PPV, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der</p>



<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version bis 31.12.2016</b>	<b>Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen „proME Pflege“ und „proME Pflegeplus“ (MEVB/PT) – Version ab 01.01.2017</b>
Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
<b>§ 19 Gerichtsstand</b>	<b>§ 19 Gerichtsstand</b>
<p>(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.</p> <p>(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig</p>	<p>(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.</p> <p>(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig</p>
<b>§ 20 Änderungen der Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen</b>	<b>§ 20 Änderungen der Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen</b>
<p>(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere wenn und soweit sich die gesetzlichen Grundlagen für die Leistungen, Pflegestufen oder Einstufungskriterien nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der SPV und PPV ändern, können die Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer.</p> <p>Wenn der Versicherer einen Pflegetagegeldtarif anbietet, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den bestehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen neuen Tarif mit nach den Bewertungskriterien des Versicherers vergleichbarem Leistungsumfang umstellen zu lassen.</p> <p>(2) Ist eine Bestimmung in den Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.</p>	<p>(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere wenn und soweit sich die gesetzlichen Grundlagen für die Leistungen, <b>Pflegegrade</b> oder Einstufungskriterien nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der SPV und PPV ändern, können die Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer.</p> <p>Wenn der Versicherer einen Pflegetagegeldtarif anbietet, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den bestehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen neuen Tarif mit nach den Bewertungskriterien des Versicherers vergleichbarem Leistungsumfang umstellen zu lassen.</p> <p>(2) Ist eine Bestimmung in den Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.</p>