



**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)
GEMÄSS KVG**

Ausgabe 2019

Inhaltsverzeichnis

I. Vertragsgrundlagen

- Art. 101 Rechtsgrundlagen und Geltungsbereich
Art. 102 Tätigkeitsgebiet

II. Versicherungspflicht

- Art. 103 Aufnahme
Art. 104 Ende der Versicherungen
Art. 105 Wechsel des Versicherers
Art. 106 Wegfall von Ansprüchen

III. Beitragsrecht

- Art. 107 Beiträge (Prämien)
Art. 108 Altersgruppen
Art. 109 Kostenbeteiligung

IV. Mitwirkungspflichten

- Art. 110 Allgemeines
Art. 111 Meldepflichten allgemein

V. Unfall- und Militärversicherung

- Art. 112 Unfälle
Art. 113 Ruhen der Unfalldeckung
Art. 114 Meldepflicht bei Unfall/Militär

VI. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 115 Überentschädigung
Art. 116 Abrechnung der Schadenfälle
Art. 117 Schadenminderungspflichten
Art. 118 Abtretung und Verrechnung
Art. 119 Akteneinsicht
Art. 120 Verfügung
Art. 121 Einsprache
Art. 122 Verwaltungsgerichtsbeschwerde
Art. 123 Mahngebühren
Art. 124 Schlussbestimmungen

I. Vertragsgrundlagen

Art. 101 Rechtsgrundlagen und Geltungsbereich

1 Für die Durchführung dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 06.10.2000 (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18.03.1994 (KVG), sowie dessen Ausführungsbestimmungen massgebend. Sie gelten als Grundlage für diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

2 Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für:

- die obligatorische Krankenpflegeversicherung
 - ohne Hausarztmodell
 - mit Hausarztmodell
- die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Art. 102 Tätigkeitsbereich

Die Krankenkasse Birchmeier ist ausschliesslich im Kanton Aargau tätig.

II. Versicherungspflicht

Art. 103 Aufnahme

1 Jede Person, die im Tätigkeitsbereich nach Art. 102 Wohnsitz hat, ist berechtigt, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und/oder die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG abzuschliessen. Für den Abschluss der freiwilligen Taggeldversicherung ist zudem das Reglement über die Taggeldversicherung der Krankenkasse Birchmeier massgebend.

2 Die eintretende Person hat das von der Krankenkasse Birchmeier zur Verfügung gestellte Beitrittsformular vollständig und wahrheitsgemäss auszufüllen.

3 Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

4 Bei rechtzeitigem Beitritt eines Versicherten (Art. 3 KVG) beginnt die Versicherung mit der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet der Krankenkasse Birchmeier (Art. 5 Abs. 1 KVG).

5 Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt des Beitritts (Art. 5 Abs. 2 KVG).

Art. 104 Ende der Versicherungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung endet:

- Mit dem Tod der versicherten Person
- Durch Wechsel des Versicherers
- Durch definitiven Wegzug ins Ausland
- Durch Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der Krankenkasse Birchmeier
- bei Wegfall der Versicherungspflicht
- Für das Ende der freiwilligen Taggeldversicherung gilt zudem das Reglement über die Taggeldversicherung

Art. 105 Wechsel des Versicherers

1 Versicherte, die keine besondere Versicherungsform abgeschlossen haben, können den Versicherer nach Art. 7 Abs. 1 KVG auf das Ende eines Kalendersemesters, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, wechseln.

2 Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Krankenkasse Birchmeier muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen und dabei auf das Recht, die Versicherung zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG).

3 Muss die versicherte Person die Versicherung verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnorts oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber (Art. 7 Abs. 3 KVG)

4 Führt die Versicherung die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 43 Abs. 1 KVAG (Art. 7 Abs. 4 KVG).

5 Das Versicherungsverhältnis endet bei der Krankenkasse Birchmeier erst, wenn ihr der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Ebenfalls müssen die Prämien und allenfalls andere Ausstände vollumfänglich bezahlt sein. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist. (Art. 7 Abs. 5 KVG)

Art. 106 Wegfall von Ansprüchen

1 Nach Beendigung der Versicherung hat der Versicherte gegenüber der Krankenkasse Birchmeier, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keine rechtlichen Ansprüche.

2 Ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen hat der Versicherte noch zu begleichen. Zu Unrecht bezogene Leistungen muss er der Krankenkasse Birchmeier zurückzahlen.

3 Der Versicherte hat keine Ansprüche auf das Vermögen der Krankenkasse Birchmeier.

III. Beitragsrecht

Art. 107 Prämien (Beiträge)

- 1 Die Höhe der Beiträge wird nach Altersgruppen abgestuft. Die Prämien sind in den Prämientabellen geregelt.
- 2 Prämienveränderungen muss die Krankenkasse Birchmeier mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen und auf das Recht hinweisen, den Versicherer wechseln zu können.
- 3 Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen im Voraus zu entrichten.
- 4 Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.
- 5 Die Krankenkasse Birchmeier kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG (frei wählbare Jahresfranchise, eingeschränkte Arztwahl) vermindern.
- 6 Bei Militärdienst von mehr als 60 Tagen ohne Unterbruch ist die versicherte Person ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn der Krankenkasse Birchmeier meldet. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt die Krankenkasse Birchmeier ab dem nächsten ihr möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung, keine Prämie mehr.

Art. 108 Altersgruppen

- 1 Es bestehen folgende Altersgruppen:

Altersgruppe 1 „Kinder“	bis vollendetes 18. Altersjahr
Altersgruppe 2 „junge Erwachsene“	19.- vollendetes 25. Altersjahr
Altersgruppe 3 „Erwachsene“	ab 26. Altersjahr
- 2 Für die Bestimmung der Prämien ist das tatsächliche Alter massgebend.
- 3 Mit dem vollendetem 18. Altersjahr werden „Kinder“ in die Altersgruppe 2 „junge Erwachsene“ umgeteilt; ab dem 26. Altersjahr werden „junge Erwachsene“ in die Altersgruppe 3 „Erwachsene“ umgeteilt:

Art. 109 Kostenbeteiligung

- 1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen für die ambulante wie auch für die stationäre Behandlung.
- 2 Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht aus:
 - a) einem festen Jahresbetrag (Franchise Fr. 300.-) und
 - b) mit einem prozentualen Selbstbehalt, der die Franchise übersteigenden Kosten. Der jährliche Höchstbetrag richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- 3 Die Franchise und der Selbstbehalt werden pro Kalenderjahr erhoben, massgebend ist das Behandlungsdatum.
- 4 Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Krankenkasse Birchmeier versichert, so sind für sie zusammen höchstens die maximale Kostenbeteiligung für eine erwachsene Person zu entrichten.
- 5 Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64, Absatz 5 des Gesetzes beträgt Fr. 15.-. Keinen Betrag haben zu entrichten:
 - a) Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung nach Artikel 61, Absatz 3 des Gesetzes.
 - b) Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.
- 6 Keine Kostenbeteiligung wird erhoben auf den Leistungen für Mutterschaft, sowie bei den Allgemeinen Leistungen bei Krankheit, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.
- 7 Vorbehalten bleiben Leistungen, für welche das Departement des Innern (EDI) kraft Verordnung eine höhere Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen vorsehen kann, oder aber eine herab-

gesetzte oder aufgehobene Kostenbeteiligung für die Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten einführen kann.

- 8 Der Versicherte kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Kostenbeteiligung (wählbare Franchise) wählen. Reduzierte Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten bei der Krankenkasse Birchmeier wie folgt:
 - für Kinder bis zur Vollendung des 18. Altersjahr;
 - für Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr;
 - bei Sistierung der Unfalldeckung;
 - bei einer Versicherung mit wählbarer Franchise
 - für das Hausarzt-System
- 9 Der Wechsel von einer Franchise zur anderen ist jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres möglich.

IV. Mitwirkungspflichten

Art. 110 Allgemeines

- 1 Der Antragsteller oder dessen gesetzlicher oder mit gültiger Vollmacht ausgewiesene Vertreter muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Aufnahme oder die Abklärung von Drittleistungspflichten nötig sind. Im Bereich der Taggeldversicherung hat er ferner alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, welche für die Aufnahme, die Vorbehalte, die Klärung der Gesundheitsstörungen sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistungen benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder, Belege über die Leistungen Dritter. Er muss Dritte ermächtigen, solche Unterlagen herauszugeben und Auskunft zu erteilen.
- 2 Der Antragsteller bzw. der Versicherte muss sich im Bereich der Taggeldversicherung weiteren von der Krankenkasse Birchmeier angeordneten Abklärungsmassnahmen unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.
- 3 Die Krankenkasse Birchmeier kann im Einzelfall auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Die Versicherten haben alle Personen und Stellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die im Einzelfall erforderlich sind.

Art. 111 Meldepflichten

- 1 Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Krankenkasse Birchmeier innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen. Sistierungen während Militärdienst von mehr als 60 Tagen ohne Unterbruch müssen 8 Wochen vor Dienstbeginn gemeldet werden.
- 2 Badekurverordnungen sind der Kasse 14 Tage vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, wo die Kur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

V. Unfall- und Militärversicherung

Art. 112 Unfälle

- 1 Die Krankenkasse Birchmeier übernimmt bei Unfällen gemäss KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.
- 2 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.
- 3 Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind jedoch von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.

Art. 113 Ruhen der Unfalldeckung

1 Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Die Krankenkasse Birchmeier veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Der Antrag hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

2 Die Unfälle sind gemäss KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

3 Die Krankenkasse Birchmeier übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

4 Die Krankenkasse Birchmeier hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihre Pflicht nach Art. 10 KVG hinzuweisen.

5 Ist der Versicherte nicht mehr UVG versichert, muss er innerhalb von 30 Tagen der Krankenkasse Birchmeier die Versicherungslücke melden.

6 Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 5 nicht erfüllt, so kann die Krankenkasse Birchmeier von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Krankenkasse Birchmeier davon Kenntnis erhält, verlangen.

Art. 114 Meldepflicht bei Unfall/Militär

Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, der Krankenkasse Birchmeier unverzüglich zu melden. Er hat Auskunft zu geben über:

- a) Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b) den behandelnden Arzt oder das Spital;
- c) allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen

VI. Verschiedene Bestimmungen

Art. 115 Überentschädigung

1 Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Personen führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden. Dabei werden Hilflosenentschädigung und Zuschläge für Hilflosigkeit nicht berücksichtigt.

2 Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen die folgenden Grenzen übersteigen:

- a) die der versicherten Person entstanden Diagnose- und Behandlungskosten;
- b) die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten
- c) den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

Art. 116 Abrechnung der Schadenfälle

Obwohl die Krankenkasse Birchmeier auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet sie – vorbehalten anderslautender Regelungen in den Tarifverträgen – direkt mit dem Versicherten ab.

Art. 117 Schadenminderungspflichten

1 Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien, usw.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.

2 Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlung, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

Art. 118 Abtretung und Verrechnung

Ohne ausdrückliche Zustimmung der Krankenkasse Birchmeier sind die Versicherten nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen.

Art. 119 Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Art. 120 Verfügung

1 Ist eine versicherte Person der Krankenkasse Birchmeier mit einem Entscheid betreffend der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder der freiwilligen Taggeldversicherung nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.

2 Die Krankenkasse Birchmeier muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen; aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

Art. 121 Einsprache

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung bei der Krankenkasse Birchmeier Einsprache erhoben werden.

Art. 122 Verwaltungsgerichtsbeschwerde

1 Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem von Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für die Entscheidung von Streitigkeiten der Versicherer mit Versicherten zuständig ist.

2 Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Krankenkasse Birchmeier entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Art. 123 Mahngebühren

Bei verspäteter Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen stellt die Krankenkasse Birchmeier eine Mahngebühr von **CHF 80.00** ab zweiter Mahnung und im Falle einer Betreibung eine Umtriebsentschädigung von zusätzlich **CHF 100.00** in Rechnung.

Art. 124 Schlussbestimmungen

1 Die vorliegenden AVB wurden vom Vorstand der Krankenkasse Birchmeier am 20. Februar 2019 genehmigt. Sie treten am 1. März 2019 in Kraft.

2 Diese AVB ersetzen alle früheren AVB bzw. Reglemente.

Abkürzungen

AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
HAS	Hausarztmodell
HMO	Gesundheitszentrum
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
UTI	Unfall- Tod- und Invaliditätsversicherung
UVG	Unfallversicherungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Sämtliche Formulierungen umfassen grundsätzlich beide Geschlechter