

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie con bonus (LAMal)

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

1. Principio

1.1 Cos'è l'assicurazione con bonus?

L'assicurazione con bonus è una particolare forma di assicurazione che accorda una riduzione dei premi se la persona assicurata non ha usufruito di prestazioni durante un anno. Ne sono escluse prestazioni in caso di gravidanza e per la prevenzione medica.

2. Prestazioni

2.1 Che cos'è assicurato?

Nell'assicurazione con bonus sono garantite le stesse prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per la riduzione o la perdita della riduzione del premio secondo la cifra 3.2 del presente regolamento, sono determinanti tutte le prestazioni medico-farmaceutiche ambulatoriali o stazionarie ai sensi delle CGA per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, eccetto le prestazioni per maternità come pure per la prevenzione medica.

La persona assicurata, che durante un periodo di riferimento non percepisce alcuna prestazione, ai sensi del capoverso 2, o che rimborsa, entro il termine previsto, le prestazioni di cui ha usufruito, passa, dal 1° gennaio dell'anno successivo, nel prossimo grado di premio inferiore, purché non abbia già raggiunto il più basso grado di premio.

Se durante un periodo di riferimento l'assicurato ha percepito prestazioni secondo il capoverso 2, rispettivamente se non ha rimborsato entro il termine previsto le prestazioni di cui ha usufruito, i premi aumentano d'un grado dal 1° gennaio del successivo anno civile, ma giungono al massimo al grado di premio 4 (vedi cfr. 3.2).

2.2 Cos'è il periodo di riferimento?

Il periodo dal 1° ottobre al 30 settembre è considerato periodo di riferimento, al fine di stabilire se l'assicurato ha percepito prestazioni secondo la cifra 2.1 delle presenti CGA. Durante il primo anno d'affiliazione all'assicurazione con bonus, tale periodo si estende dal 1° gennaio al 30 settembre.

3. Premi e partecipazioni ai costi

3.1 Qual'è il premio iniziale?

Il premio di base dell'assicurazione con bonus è del 10% più alto del premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

3.2 Quali gradi di premio esistono?

Sono applicabili i seguenti gradi di premio:

Gradi di premi	Riduzione in % del premio di base dell'assicurazione con bonus
4	0 nel primo anno
3	15 nel 2° anno dopo un periodo di riferimento senza prestazioni della cassa
2	25 nel 3° anno dopo due periodi di riferimento senza prestazioni della cassa
1	35 nel 4° anno dopo tre periodi di riferimento senza prestazioni della cassa
0	45 dal 5° anno dopo quattro o più periodi di riferimento senza prestazioni della cassa

4	0 nel primo anno
3	15 nel 2° anno dopo un periodo di riferimento senza prestazioni della cassa
2	25 nel 3° anno dopo due periodi di riferimento senza prestazioni della cassa
1	35 nel 4° anno dopo tre periodi di riferimento senza prestazioni della cassa
0	45 dal 5° anno dopo quattro o più periodi di riferimento senza prestazioni della cassa

L'assicurato che percepisce prestazioni nel corso di un periodo di riferimento viene retrocesso di un grado di premio (vedi cfr. 2.1), ma al massimo fino al grado di premio 4.

3.3 Come vengono calcolati i premi?

La data del trattamento è determinante per l'attribuzione delle spese di trattamento al rispettivo periodo di riferimento.

Le fatture di fornitori di prestazioni emesse prima del 30 settembre, devono essere inviate alla cassa entro il 31 ottobre.

Se, per motivi scusabili, fatture per il rimborso sono inviate dopo il termine fissato al capoverso 2, ma al più tardi entro il 31 dicembre, le stesse vengono ancora accettate e prese in considerazione per il calcolo del premio, se del caso anche retroattivamente.

Fatture emesse tardivamente dal fornitore di prestazioni, ed inviate per il rimborso dopo il 31 dicembre, saranno rimborsate solo se la persona assicurata avrà rivendicato il diritto a prestazioni, con comunicazione scritta, entro il 31 dicembre, indicando la data del trattamento e il nome del fornitore di prestazioni. Non sussiste più alcun diritto a prestazioni per fatture di trattamenti eseguiti fino al 30 settembre se, entro il 31 dicembre dello stesso anno civile, non sono inviate per il rimborso oppure se non sono preannunciate per il diritto a prestazioni.

Le fatture di fornitori di prestazioni con data di trattamento entro il 30 settembre e presentate entro il 31 ottobre vengono prese in considerazione per il calcolo ordinario del bonus per l'anno-premi successivo.

Le fatture presentate o annunciate dopo il 31 ottobre e fino al 31 dicembre rientrano in un computo particolare del bonus che comporta eventualmente un adeguamento retroattivo del grado di premio.

Entro 30 giorni dalla notifica del conteggio del bonus, l'assicurato può rimborsare alla cassa le prestazioni rimosse, per evitare la retrocessione in un grado di premio inferiore. A questo scopo, alla fine del periodo di riferimento, la Visana rimette agli assicurati un conteggio delle prestazioni che hanno percepito. Se il versamento avviene tardivamente, l'importo versato viene rimborsato.

3.4 Quali partecipazioni ai costi dovete pagare?

Tutte le prestazioni dell'assicurazione con bonus soggiacciono ai principi in materia di partecipazione ai costi secondo la LAMal con una franchigia annua ordinaria.

3.5 Commissioni

Le persone assicurate hanno diverse possibilità di effettuare il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi senza commissioni. L'assicuratore può addebitare alle persone assicurate le commissioni applicate al pagamento allo sportello postale o presso altri punti di accesso fisici della Posta.

4. Ammissione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

Ogni socio di Visana, assicurato nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, può affiliarsi all'assicurazione con bonus per l'inizio di un anno civile, indipendentemente dallo stato di salute e dall'età.

Nuovi assicurati possono affiliarsi alle stesse condizioni valide per l'adesione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma solo per l'inizio di un anno civile. Sono applicabili, per analogia, le disposizioni pubblicate sotto cifra 2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Ciò vale parimenti per gli assicurati di Visana che non hanno ancora stipulato un'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

In caso di cambio d'assicuratore nel corso di un anno civile, il periodo d'assicurazione senza prestazioni trascorso presso un'altra cassa malati viene accreditato ai candidati all'ammissione in un'assicurazione con bonus, ai sensi dell'articolo 7 capoversi 2, 3 e 4 LAMal.

In tutti gli altri casi il periodo senza prestazioni trascorso presso un'altra cassa malati non viene considerato.

Anche gli assicurati di Visana aventi l'assicurazione per le cure medico-sanitarie con franchigia annua opzionale possono aderire all'assicurazione con bonus; tuttavia, la franchigia annua più elevata viene sostituita con la franchigia annua ordinaria.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria dell'assicurazione con bonus può essere data, rispettando un termine di preavviso di tre mesi, per la fine di un anno civile. La disdetta è valida soltanto se essa perviene alla Visana nel rispetto dei termini, vale a dire al più tardi l'ultimo giorno lavorativo prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi. In occasione della comunicazione del nuovo premio, la persona assicurata può dare la disdetta, osservando un termine di preavviso di un mese, per la fine del mese che precede l'inizio di validità del nuovo premio.

6. Disposizioni aggiuntive

6.1 Quando sono applicabili le condizioni generali (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?

Le CGA dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono applicabili a tutte le questioni non specialmente disciplinate nel presente regolamento.

6.2 Cosa succede in caso di soppressione dell'assicurazione con bonus?

Se l'assicurazione con bonus viene annullata da Visana per la fine di un anno civile, ciò deve essere comunicato all'assicurato con un preavviso minimo di 2 mesi. Senza un riscontro esplicitamente contrario da parte della persona assicurata o una disdetta, si effettua automaticamente il trasferimento all'assicurazione di base ordinaria di Visana.

Nel caso di assicurati affiliati all'assicurazione con bonus da meno di 12 mesi, viene rimborsata la differenza del 10 % sul premio iniziale (vedi cfr. 3.1).

7. Entrata in vigore

7.1 Quando entrano in vigore queste CGA?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2015. Eventuali modifiche possono essere apportate in ogni momento dalla Visana.