



Assicurazione complementare

Condizioni speciali (CS)

salto

Edizione 2022

Condizioni speciali (CS) salto secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Edizione 2022

Indice

1	Basi dell'assicurazione	Pagina 3	5.6	Consulenza medica da parte di medici	Pagina 5
1.1	Scopo	Pagina 3	5.7	Esclusione delle prestazioni	Pagina 5
1.2	Assicuratore	Pagina 3	5.8	Obblighi in caso di sinistro	Pagina 5
1.3	Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	Pagina 3	5.8.1	Informazione del numero d'urgenza 24h di Sympany	
1.4	Persone assicurate	Pagina 3	5.8.2	Esonero dal segreto professionale	
1.5	Passaggio automatico alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist	Pagina 3	5.8.3	Rivendicazione del diritto	
1.6	Passaggio anticipato alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist	Pagina 3	5.8.4	Compensazione di biglietti ferroviari o aerei	
1.7	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	Pagina 3	6	Supplemento infortunio	Pagina 5
1.7.1	In generale		7	Prevenzione	Pagina 5
1.7.2	Ospedali per malattie acute		7.1	Vaccinazioni	Pagina 5
1.7.3	Elenco degli ospedali		7.2	Visita ginecologica preventiva	Pagina 5
1.7.4	Traitement hors canton pour des raisons médicales		7.3	Mettersi in forma	Pagina 5
1.7.5	Ospedali con tariffa riconosciuta		7.4	Rimanere in forma	Pagina 6
1.7.6	Criteri mancanti, tariffe massime		8	Mezzi ausiliari	Pagina 6
2	Cura ambulatoriale	Pagina 3	8.1	Mezzi visivi	Pagina 6
2.1	Tattamento medico al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro	Pagina 3	8.2	Ulteriori mezzi ausiliari	Pagina 6
2.2	Tattamento d'urgenza all'estero	Pagina 4	9	Tattamenti dentistici/denti del giudizio	Pagina 6
2.3	Durata delle prestazioni	Pagina 4	9.1	In generale	Pagina 6
3	Cura ospedaliera	Pagina 4	9.2	Fornitori di prestazioni e tariffe	Pagina 6
3.1	Tattamenti acuti	Pagina 4	9.3	Tattamento all'estero	Pagina 6
3.1.1	Entità delle prestazioni		10	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero	Pagina 6
3.1.2	Tattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore		10.1	Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza	Pagina 6
3.1.3	Tattamenti in ospedali fuori elenco		10.1.1	Entità delle prestazioni	
3.2	Riabilitazione ospedaliera	Pagina 4	10.1.2	Aliquota percentuale	
3.3	Cliniche psichiatriche	Pagina 4	11	Variante salto con ribasso in assenza di prestazioni (RAP)	Pagina 6
3.4	Prestazioni all'estero in caso di urgenze	Pagina 4	11.1	Principio	Pagina 6
4	Maternità	Pagina 4	11.2	Periodo di osservazione	Pagina 6
4.1	Costi per il trattamento ospedaliero	Pagina 4	11.3	Gradi di ribasso	Pagina 6
4.2	Parto in una clinica ostetrica	Pagina 4	11.4	Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni	Pagina 6
5	Assistance all'estero	Pagina 4	11.5	Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni	Pagina 7
5.1	Prestazioni ulteriori di Assistance	Pagina 4	11.6	Prestazioni di maternità	Pagina 7
5.2	Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario	Pagina 4	11.7	Assicurazione più elevata	Pagina 7
5.3	Anticipo spese a un ospedale	Pagina 4	12	Fasce d'età	Pagina 7
5.4	Informazione di congiunti in patria	Pagina 5			
5.5	Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero	Pagina 5			

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

salto corrisponde prestazioni non coperte per i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri, nonché per le urgenze all'estero.

salto eroga prestazioni relative a trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro, vaccinazioni, mezzi ausiliari, rimozione dei denti del giudizio, spese di trasporto, interventi di ricerca, salvataggio e recupero e corsi per un comportamento che promuove la salute.

salto si assume inoltre i costi non coperti per trattamenti extracantonali di malattie, infortuni e maternità in un ospedale per malattie acute.

In aggiunta salto corrisponde contributi ai costi non coperti per trattamenti d'urgenza all'estero in caso di malattia, infortunio o parto prematuro, nonché per servizi durante viaggi d'affari o di vacanza o di soggiorno al di fuori del domicilio.

Le prestazioni di salto vengono fornite a titolo aggiuntivo a tutte le altre categorie assicurative stipulate presso Sympany.

salto eroga prestazioni a integrazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (di seguito assicurazione di base). Delle spese complessive viene assunta al massimo quella parte non coperta da un'assicurazione sociale (incl. l'assicurazione di base presso un altro assicuratore).

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la Sympany Versicherungen AG, Basilea (qui di seguito definita assicuratore).

1.3 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Le Condizioni generali d'assicurazione di Sympany Versicherungen AG sono parte integrante delle disposizioni di salto. In caso di divergenze, le Condizioni speciali di salto prevalgono rispetto alle Condizioni generali d'assicurazione.

1.4 Persone assicurate

salto può essere stipulata dal 19° anno d'età fino al compimento del 30° anno d'età.

1.5 Passaggio automatico alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist

salto si estingue il 31 dicembre dell'anno in cui si compie il 32° anno d'età. Il passaggio automatico nelle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist avviene il 1° gennaio dell'anno successivo, senza nuova dichiarazione sullo stato di salute. In caso di passaggio automatico non occorre una nuova dichiarazione sullo stato di salute nella misura in cui le limitazioni alla copertura già esistenti ai sensi delle Condizioni generali d'assicurazione proseguono senza variazioni.

1.6 Passaggio anticipato alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist

Un passaggio anticipato nelle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist è possibile senza nuova dichiarazione sullo stato di salute, con effetto dal 1° gennaio di ogni anno. Lo stesso diritto di passaggio viene garantito per un passaggio all'assicurazione mondial, anche nel corso dell'anno.

Anche in caso di gravidanza è possibile effettuare il passaggio o il cambio nel corso dell'anno. Le limitazioni alla copertura già esistenti ai sensi delle Condizioni generali d'assicurazione proseguono senza variazioni.

1.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

1.7.1 In generale

Le prestazioni vengono erogate solo se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dall'assicuratore. Per quanto riguarda il riconoscimento delle rispettive persone è necessario chiedere informazioni all'assicuratore. In caso di trattamento stazionario, le prestazioni vengono erogate nella misura in cui e fintanto che la persona assicurata debba restare in ospedale in conformità all'assicurazione di base e se il trattamento viene eseguito in un ospedale per cure acute. Il trattamento deve essere eseguito da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

1.7.2 Ospedali per malattie acute

Sono considerati ospedali per malattie acute gli istituti in grado di fornire quei servizi a livello medico e di cura che richiedono sorveglianza medica continua e che dispongono di quelle infrastrutture tecniche, indispensabili alla cura di malattie, infortuni e al trattamento di parti.

1.7.3 Elenco degli ospedali

I trattamenti ospedalieri devono inoltre avvenire in strutture ospedaliere che, secondo l'art. 39 LAMal, figurano nell'elenco degli ospedali del cantone d'ubicazione o del cantone di domicilio. In caso di trattamenti in altri ospedali vengono assicurate prestazioni ridotte.

1.7.4 Cura extracantonale per motivi medici

Il cantone di domicilio assume i costi supplementari di un'ospedalizzazione fuori cantone, motivata dal punto di vista medico, secondo le disposizioni legali (art. 41 cpv. 3 LAMal).

1.7.5 Ospedali con tariffa riconosciuta

Valgono come ospedali convenzionati gli ospedali con i quali l'assicuratore ha stipulato accordi relativi alle tariffe. L'assicuratore stila un elenco degli ospedali convenzionati, che può essere consultato in ogni momento.

1.7.6 Criteri mancanti, tariffe massime

Se per i reparti ospedalieri, un ospedale non conosce alcun criterio o conosce criteri diversi da quelli descritti nelle presenti disposizioni, a livello assicurativo questi vengono considerati come reparto ospedaliero privato. L'assicuratore ha la facoltà di determinare tariffe massime per il reparto comune, che fungono da criteri di classificazione per le tariffe e le convenzioni di un ospedale con tariffa riconosciuta analoga situato nella regione di residenza della persona assicurata.

Le tariffe massime eventualmente stabilite dall'assicuratore possono essere consultate presso l'assicuratore.

2 Cura ambulatoriale

2.1 Trattamento medico al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro

Le cure da parte di medici delle casse aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte a complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Trattamento d'urgenza all'estero

In caso di trattamenti medici d'urgenza all'estero, le spese sono interamente coperte da salto a complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base.

2.3 Durata delle prestazioni

Per quanto non previsto diversamente dalle condizioni salto, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

3 Cura ospedaliera

3.1 Trattamenti acuti

3.1.1 Entità delle prestazioni

A complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base, salto copre il livello di prestazioni del reparto comune di un ospedale per cure acute con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera (camere a più letti).

Non sono assicurati né la partecipazione ai costi dell'assicurazione di base, né i contributi giornalieri alle spese di degenza ospedaliera.

3.1.2 Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, vengono coperte al massimo le spese che sarebbero insorte nel reparto ospedaliero assicurato. Se non è possibile determinare questi costi, salto prevede un importo forfetario.

CHF 30.- al giorno

3.1.3 Trattamenti in ospedali fuori elenco

Se il trattamento avviene in un ospedale non figurante sull'elenco degli ospedali cantonali, è coperto al massimo un importo forfetario.

CHF 30.- al giorno

3.2 Riabilitazione ospedaliera

Se il trattamento medico avviene in un sanatorio multifunzionale riconosciuto dall'assicuratore oppure in un reparto o una clinica di riabilitazione, per i primi 60 giorni salto garantisce la piena copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti.

I sanatori o gli istituti di riabilitazione riconosciuti figurano in un elenco che può essere consultato in ogni momento presso l'assicuratore.

3.3 Cliniche psichiatriche

In caso di degenza ospedaliera in una clinica psichiatrica, trattamento psichiatrico in un ospedale per malattie acute o in una clinica specializzata, salto si assume per 90 giorni l'intera copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti.

Queste prestazioni vengono corrisposte una volta nel corso di tre anni civili.

3.4 Prestazioni all'estero in caso di urgenze

A complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base, salto si assume le spese per la cura stazionaria in caso di emergenza nel reparto comune di un ospedale per cure acute durante un soggiorno temporaneo all'estero. Se dovessero insorgere costi maggiori, salto assume le prestazioni aggiuntive di Assistance.

Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando un rientro in patria non è possibile dal punto di vista medico, al massimo tuttavia per un anno. In caso di cura stazionaria occorre inoltrare all'assicuratore immediatamente, al più tardi entro 10 giorni dal ricovero, una domanda di garanzia di assunzione dei costi.

4 Maternità

4.1 Costi per il trattamento ospedaliero

salto copre per la madre i costi non coperti dell'assicurazione di base per un parto in ospedale, nel reparto comune, in tutta la Svizzera.

Se per il neonato non sussiste alcuna assicurazione corrispondente, l'assicurazione salto della madre si assume i costi non coperti del bambino in ospedale, nel reparto comune in tutta la Svizzera.

4.2 Parto in una clinica ostetrica

In caso di parto in una clinica ostetrica riconosciuta dall'assicuratore ma non presente nell'elenco cantonale degli ospedali, salto eroga, per ogni parto, i seguenti contributi:

90%, fino al max. CHF 1'000.-

5 Assistance all'estero

5.1 Prestazioni ulteriori di Assistance

Relativamente ai viaggi fino al massimo 100 giorni per anno civile, vengono assunte a partire dall'inizio del viaggio le spese non assicurate per trattamenti ospedalieri, viaggi di visita e viaggi di ritorno extra, spese di trasporto e interventi di soccorso a carico di Assistance per il seguente importo.

massimo CHF 50'000.-

Sono escluse le partecipazioni alle spese e le franchigie.

5.2 Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario

Se una persona assicurata si ammala gravemente o subisce un grave infortunio e deve essere ricoverata all'ospedale per oltre 7 giorni, l'assicuratore organizza e paga a una persona a lei vicina un viaggio di visita per permettere a quest'ultima di assisterla (biglietto ferroviario 1a classe, biglietto aereo classe economica).

Se per necessità mediche una persona assicurata deve essere trasportata per il trattamento stazionario dall'estero in un ospedale appropriato del proprio cantone di domicilio, il numero d'urgenza 24h di Sympany organizza il rientro anticipato dei familiari che viaggiano con la persona o di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

Se una persona assicurata si ammala o ha un infortunio e non può intraprendere il viaggio di ritorno previsto a seguito di una degenza ospedaliera, il numero d'urgenza 24h di Sympany organizza il rientro anticipato della persona assicurata, dei familiari che viaggiano con la persona o di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

5.3 Anticipo spese a un ospedale

Qualora un soggetto assicurato debba essere ricoverato in un ospedale all'estero, l'assicuratore provvede, se necessario, a versare un anticipo sulle spese ospedaliere nella seguente misura:

Fino a CHF 20'000.-

Se una parte dell'importo anticipato non è coperto dall'assicurazione stipulata, essa sarà addebitata alla persona assicurata. La somma richiesta va in questo caso rimborsata entro 30 giorni.

5.4 Informazione di congiunti in patria

Se il numero d'urgenza 24h di Sympany dovesse mettere in atto provvedimenti, ne informerà i familiari della persona assicurata e fornirà dettagli in merito all'accaduto e ai provvedimenti intrapresi.

5.5 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

Se necessario, il numero d'urgenza 24h di Sympany fornisce ai propri assicurati l'indirizzo di un medico o di un ospedale nella regione di soggiorno. In caso di difficoltà linguistiche, il numero d'urgenza 24h di Sympany fornisce aiuto per traduzioni.

5.6 Consulenza medica da parte di medici

Se durante il viaggio la persona assicurata necessita di aiuto, di cui non può avvalersi sul luogo, i medici dal numero d'urgenza 24h di Sympany forniscono una consulenza medica.

Tale consulenza va intesa unicamente come consiglio e non può in nessun caso essere considerata una diagnosi.

5.7 Esclusione delle prestazioni

In aggiunta alle limitazioni delle prestazioni derivanti dalle Condizioni generali d'assicurazione di Sympany Versicherungen AG non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative

- per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già al momento della partenza o il cui subentrare poteva essere individuato dalla persona assicurata già al momento della partenza e un trattamento medico era quindi prevedibile,
- se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a trattamenti e cure oppure di partorire,
- qualora il numero d'urgenza 24h di Sympany non abbia espresso il proprio preventivo assenso per azioni di ricerca, recuperi, rimpatri, viaggi di visita o rientri anticipati.

Non si applicano però riduzioni delle prestazioni per fattispecie non imputabili alla persona assicurata o se la persona assicurata dimostra che la violazione contrattuale non influisce in alcun modo sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

Se un trasporto d'urgenza o un rimpatrio non è possibile a causa di condizioni esterne come scioperi, tumulti, violenze, gravi sinistri industriali, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, non se ne può esigere l'organizzazione e l'esecuzione.

5.8 Obblighi in caso di sinistro

5.8.1 Informazione del numero d'urgenza 24h di Sympany

In caso di improvvisa malattia, infortunio e parto prematuro in Svizzera e all'estero che richiedono un ricovero ospedaliero o misure di soccorso, è indispensabile informare immediatamente il numero d'urgenza 24h di Sympany.

5.8.2 Esonero dal segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché gli assicuratori dal segreto professionale nei confronti del numero d'urgenza 24h di Sympany ovvero nei confronti dell'assicuratore.

5.8.3 Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente all'assicuratore il suo diritto alle prestazioni, mettendo a disposizione tutte le informazioni e i dati di carattere medico e amministrativo necessari. Se i dettagli contenuti nelle fatture risultano insufficienti e su esplicita richiesta le informazioni supplementari non vengono messe a disposizione, le prestazioni vengono determinate con equo apprezzamento.

5.8.4 Compensazione di biglietti ferroviari o aerei

I biglietti ferroviari o aerei inutilizzati vanno inoltrati spontaneamente all'assicuratore. Se i biglietti ormai inutilizzabili vengono venduti o sono stati rimborsati da terzi, le indennità ricevute saranno computate sulle prestazioni assicurative. In caso di mancata osservanza di questo obbligo, l'assicuratore può esigere dall'assicurato interessato il rimborso di un importo determinato con equo apprezzamento o di compensare tale importo con il diritto alle prestazioni.

6 Supplemento infortunio

In seguito a una degenza ospedaliera causata da un infortunio vengono assunti i mezzi ausiliari necessari al proseguimento del trattamento, secondo la prassi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Nella stessa misura vengono assunti i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte o una funzione corporea, se questi sono stati danneggiati da un infortunio che richiede un trattamento ospedaliero.

Su queste prestazioni viene versata un'aliquota percentuale del 10%.

7 Prevenzione

7.1 Vaccinazioni

Le spese per le vaccinazioni anti-infettive vengono rimborsate nella seguente misura:

il 90%, delle spese effettive, al massimo CHF 220.- per anno civile

Non vengono erogate prestazioni per vaccinazioni legate alla professione, la cui efficacia è contestata medicalmente o che sono ancora nello stadio di ricerca.

7.2 Visita ginecologica preventiva

Per ogni anno civile vengono assunte le spese di un esame ginecologico preventivo secondo la tariffa LAMal, a condizione che in quell'anno civile non vengano versate relative prestazioni da un'assicurazione LAMal.

Su queste prestazioni occorre versare un'aliquota percentuale del 10%.

7.3 Mettersi in forma

Per le spese documentate di un corso riconosciuto dall'assicuratore per apprendere comportamenti che promuovono la salute (ad es. abbandono del fumo, scuola per la schiena, consulenza nutrizionale) salto eroga il seguente contributo:

CHF 150.- per anno civile

L'assicuratore definisce i corsi riconosciuti per l'apprendimento di comportamenti che promuovono la salute. L'elenco dei corsi

riconosciuti viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

7.4 Rimanere in forma

Possono essere corrisposti contributi per ulteriori misure preventive riconosciute come sport, fitness e corsi di rilassamento.

Complessivamente al massimo CHF 200.- per anno civile

L'assicuratore definisce le istituzioni riconosciute, le misure preventive, i contributi ai costi e le limitazioni alle prestazioni. L'elenco delle istituzioni riconosciute, delle misure preventive, dei contributi ai costi e delle limitazioni alle prestazioni viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

8 Mezzi ausiliari

8.1 Mezzi visivi

Per lenti di occhiali e lenti a contatto necessarie per la correzione visiva viene erogato il seguente importo:

CHF 420.- nel corso di 3 anni civili

8.2 Ulteriori mezzi ausiliari

È possibile rimborsare le spese per il noleggio e l'acquisto di mezzi ausiliari adeguati alla condizione di salute prescritti dal medico, per i quali l'assicurazione di base non eroga prestazioni.

50%, fino a max. CHF 250.- per anno civile

L'assicuratore definisce i mezzi ausiliari riconosciuti.

L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

9 Trattamenti dentistici/denti del giudizio

9.1 In generale

L'assicurazione copre i costi per la rimozione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in modalità stazionaria, vengono assunti i costi fino all'ammontare dei forfait giornalieri stabiliti per contratto relativi al reparto comune nel cantone di domicilio. Su queste prestazioni viene applicata un'aliquota percentuale del 10%.

9.2 Fornitori di prestazioni e tariffe

Il versamento avviene secondo la tariffa valida per le prestazioni dentistiche dell'assicurazione obbligatoria per le cure medicosanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella per l'assicurazione obbligatoria per le cure medicosanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono dentisti coloro in possesso di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone sulla base del conseguimento di un attestato scientifico ha fornito l'autorizzazione di esercitare la professione.

9.3 Trattamento all'estero

I trattamenti all'estero vengono coperti solo se il personale medico dispone di una formazione equivalente ad una formazione svizzera e i costi non sono superiori a quelli vigenti in Svizzera.

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero

10.1 Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per i costi

- di trasporti di emergenza necessari per ragioni mediche, effettuati con un mezzo di servizio, verso l'ospedale adatto più vicino,
- di trasporto in un ospedale adeguato nel cantone di domicilio della persona assicurata per la degenza ospedaliera,
- per azioni di salvataggio recupero e ricerca viene versata in totale la seguente prestazione:

CHF 40'000.- per anno civile

Se insorgono spese superiori a tale importo, salta erogazione prestazioni supplementari per gli interventi di trasporto e di soccorso a carico di Assistance.

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Aliquota percentuale

Per il singolo caso il soggetto assicurato deve farsi carico del seguente importo di franchigia:

CHF 100.-

11 Variante salto con ribasso in assenza di prestazioni (RAP)

11.1 Principio

Nella variante con ribasso per assenza di prestazioni è concesso un ribasso sui premi in caso di assenza di prestazioni.

11.2 Periodo di osservazione

Quale periodo d'osservazione vale il lasso di tempo dal 1° settembre o dall'inizio dell'assicurazione fino al 31 agosto successivo. Determinante per il calcolo delle prestazioni durante il periodo d'osservazione risulta la data d'elaborazione di una fattura.

11.3 Gradi di ribasso

Nella categoria assicurativa salto con ribasso per assenza di prestazioni, sono integrati i seguenti gradi di ribasso o i seguenti premi:

Grado di ribasso RAP salto	Premio ribasso per assenza di prestazioni salto
0	premi ordinari salto +20%
1	premi ordinari salto
2	premi ordinari salto -30%

Il premio per salto con ribasso per assenza di prestazioni figura sulla polizza d'assicurazione. All'inizio del nuovo periodo d'assicurazione l'assicuratore può introdurre nuovi gradi di ribasso o adeguare i ribassi dello sviluppo dei costi.

11.4 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni

Se, all'interno dello stesso grado di ribasso, la persona assicurata non ha beneficiato di prestazioni durante tre periodi d'osservazione consecutivi, salto con ribasso per assenza di prestazioni prevede un adeguamento di grado a partire dal 1° gennaio del quarto anno, a condizione che la persona assicurata non abbia già raggiunto il grado di ribasso massimo.

11.5 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione la persona assicurata ha percepito prestazioni, la retrogradazione avviene il 1° gennaio dell'anno successivo (al massimo fino al grado di ribasso 0).

11.6 Prestazioni di maternità

Costi per trattamenti ospedalieri conseguenti a maternità non influiscono sul conteggio o non sono considerati beneficio di prestazioni e non incidono pertanto sull'adeguamento di grado.

11.7 Assicurazione più elevata

Un passaggio da salto con ribasso per assenza di prestazioni all'assicurazione salto ordinaria è possibile solo previa dichiarazione dello stato di salute. Sono esclusi gli assicurati nel grado con il ribasso massimo e senza beneficio delle prestazioni nel periodo d'osservazione attuale.

12 Fasce d'età

In questa categoria assicurativa vale la tariffa in base all'età. Vale a dire che i premi della categoria assicurativa generalmente crescono ad ogni passaggio alla successiva fascia d'età:

anni	
19 - 27	28 - 32

