



Zusatzversicherung Besondere Bedingungen (BB) salto

Ausgabe 2018

Inhaltsverzeichnis

salto			
1	Grundlagen der Versicherung	Seite	3
1.1	Zweck		
1.2	Versicherungsträger		
1.3	Gemeinsame Bestimmungen		
1.4	Versicherte Personen		
1.5	Automatischer Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist		
1.6	Vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist		
1.7	Leistungsvoraussetzung		
1.7.1	Allgemeines		
1.7.2	Akutspital		
1.7.3	Spitalliste		
1.7.4	Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung		
1.7.5	Spitäler mit anerkanntem Tarif		
1.7.6	Fehlende Kriterien, Maximaltarife		
2	Ambulante Behandlung	Seite	3
2.1	Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes		
2.2	Notfallbehandlung im Ausland		
2.3	Leistungsdauer		
3	Stationäre Behandlung	Seite	4
3.1	Akutbehandlung		
3.1.1	Leistungsumfang		
3.1.2	Behandlung in einer höheren Spitalabteilung		
3.1.3	Behandlung in einem Nichtlistenspital		
3.2	Stationäre Rehabilitation		
3.3	Psychiatrische Kliniken		
3.4	Leistungen im Ausland bei Notfällen		
4	Mutterschaft	Seite	4
4.1	Kosten der stationären Behandlung		
4.2	Geburt in Geburtshaus		

Inhaltsverzeichnis

salto			
5	Assistance im Ausland	Seite	4
5.1	Zusätzliche Assistance-Leistungen		
5.2	Besuchsreise und Extrarückreise		
5.3	Kostenvorschuss an ein Spital		
5.4	Benachrichtigung von Personen zu Hause		
5.5	Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland		
5.6	Medizinische Beratung durch Ärzte		
5.7	Leistungsausschlüsse		
5.8	Pflichten im Schadenfall		
5.8.1	Benachrichtigung der 24h Notfallnummer Sympany		
5.8.2	Entbindung von der Schweigepflicht		
5.8.3	Geltendmachung des Anspruchs		
5.8.4	Anrechnung von Bahn- oder Flugbillets		
6	Unfallzusatz	Seite	5
7	Prävention	Seite	5
7.1	Impfungen		
7.2	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung		
7.3	Fit werden		
7.4	Fit bleiben		
8	Hilfsmittel	Seite	6
8.1	Sehhilfen		
8.2	Übrige Hilfsmittel		
9	Zahnärztliche Behandlung/Weisheitszähne	Seite	6
9.1	Allgemeines		
9.2	Leistungserbringer und Tarif		
9.3	Behandlung im Ausland		
10	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen	Seite	6
10.1	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen		
10.1.1	Leistungsumfang		
10.1.2	Selbstbehalt		
10.1.3	Leistungen Dritter		
11	salto Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	Seite	6
11.1	Grundsatz		
11.2	Beobachtungsperiode		
11.3	Rabattstufen		
11.4	Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit		
11.5	Stufenanpassung bei Leistungsbezug		
11.6	Mutterschaftsleistungen		
11.7	Höherversicherung		

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

salto versichert ungedeckte Kosten von ambulanten und stationären Behandlungen sowie Notfällen im Ausland.

salto erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Impfungen, Hilfsmittel, Weisheitszahnextraktionen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und an Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten.

salto übernimmt zudem die ungedeckten Kosten für ausserkantonale Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Ausserdem erbringt salto Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen im Ausland bei Krankheit, Unfall, frühzeitiger Geburt sowie Servicedienstleistungen während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts.

Die Leistungen von salto werden im Nachgang zu allen anderen bei Sympany abgeschlossenen Versicherungsabteilungen erbracht.

salto erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (*basis*). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. *basis* bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von salto. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von salto den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherte Personen

salto kann ab Beginn des 19. Altersjahres bis zum vollendeten 30. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Automatischer Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist

salto erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 32. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Versicherungsabteilungen *plus*, *hospita allgemein* und *tourist* erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres. Beim automatischen Übertritt ist keine neue Gesundheitsdeklaration erforderlich, wobei aber bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen unverändert weitergeführt werden.

1.6 Vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist

Ein vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen *plus*, *hospita allgemein* und *tourist* ist jeweils ohne neue Gesundheitsdeklaration per 1. Januar eines Jahres möglich. Gleiches Übertrittsrecht gilt für den Wechsel in die *mondial* Versicherung, wobei dieser unterjährig erfolgen kann.

Auch bei Schwangerschaft ist der Übertritt bzw. Wechsel unterjährig möglich. Bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen werden unverändert weitergeführt.

1.7 Leistungsvoraussetzung

1.7.1 Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von der Kasse anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

Bei stationärer Behandlung werden Leistungen nur ausgerichtet, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von *basis* ist und wenn die Behandlung in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.7.2 Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern, notwendig sind.

1.7.3 Spitalliste

Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons oder des Wohnkantons aufgeführt sind. Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind reduzierte Leistungen versichert.

1.7.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.7.5 Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Vertragsspitäler gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste der Vertragsspitäler, die jederzeit eingesehen werden kann.

1.7.6 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann in diesem Fall für die allgemeine Abteilung Maximaltarife festlegen, die sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif richten.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

2 Ambulante Behandlung

2.1 Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen von *basis* gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Notfallbehandlung im Ausland

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus salto im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten gedeckt.

2.3 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von salto nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Stationäre Behandlung

3.1 Akutbehandlung

3.1.1 Leistungsumfang

salto deckt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Leistungsstufe Allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

Nicht versichert ist die bei basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

3.1.2 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären, gedeckt. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus salto eine Pauschale ausgerichtet.

CHF 30.– pro Tag

3.1.3 Behandlung in einem Nichtlistenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so ist höchstens eine Pauschale gedeckt.

CHF 30.– pro Tag

3.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt salto für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

3.3 Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt salto die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen.

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht.

3.4 Leistungen im Ausland bei Notfällen

salto übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten einer notfallmässigen stationären Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes. Fallen höhere Kosten an, übernimmt salto zusätzliche Leistungen aus Assistance.

Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr. Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse

sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt, ein Kostengutsprachege such einzureichen.

4 Mutterschaft

4.1 Kosten der stationären Behandlung

salto deckt die von basis nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz, für die Mutter.

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, übernimmt die Versicherungsabteilung salto der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz.

4.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von der Kasse anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden aus salto pro Geburt folgende Beiträge erbracht:

90%, bis max. CHF 1000.–

5 Assistance im Ausland

5.1 Zusätzliche Assistance-Leistungen

Bei Reisen bis zu 100 Tagen pro Kalenderjahr werden ab Reiseantritt an stationäre Behandlungen, Besuchsreisen und Extrarückreisen, Transportkosten und Rettungsaktionen Beiträge aus Assistance an die ungedeckten Kosten übernommen.

Max. CHF 50 000.–

Ausgenommen davon sind Kostenbeteiligungen und Selbstbehalte.

5.2 Besuchsreise und Extrarückreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und während mehr als 7 Tagen hospitalisiert werden muss, organisiert und bezahlt der Versicherer eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse).

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die 24h Notfallnummer Sympany die Extrarückreise von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthaltes die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die 24h Notfallnummer Sympany die Extrarückreise der versicherten Person, von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

5.3 Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten.

Bis zu CHF 20 000.–

Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die 24h Notfallnummer Sympany Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person und informiert diese über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

5.5 Vermittlung von Spitalern und Arztkontakten im Ausland

Die 24h Notfallnummer Sympany vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die 24h Notfallnummer Sympany Übersetzungshilfe.

5.6 Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der 24h Notfallnummer Sympany medizinische Beratung.

Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

5.7 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den Leistungsbeschränkungen aus den gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

- für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben respektive deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar war und für welche eine medizinische Behandlung absehbar war,
- wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
- wenn die 24h Notfallnummer Sympany zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extrarückreise nicht vorgängig seine Zustimmung erteilt hat.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadenereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und deren Durchführung nicht verlangt werden.

5.8 Pflichten im Schadenfall

5.8.1 Benachrichtigung der 24h Notfallnummer Sympany

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und im Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die 24h Notfallnummer Sympany zu benachrichtigen.

5.8.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der 24h Notfallnummer Sympany bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.8.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte und leserliche Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemässen Ermessen.

5.8.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbilletts sind unaufgefordert der Kasse einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann der Versicherer einen nach pflichtgemässen Ermessen festgelegten Betrag vom betreffenden Versicherten zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6 Unfallzusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7 Prävention

7.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden folgende Beiträge vergütet:

90% der effektiven Kosten, max. CHF 220.- pro Kalenderjahr

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

7.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine entsprechenden Leistungen aus einer KVG-Versicherung erbracht werden.

Auf diese Leistung wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7.3 Fit werden

An die ausgewiesenen Kosten eines von der Kasse anerkannten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird aus salto folgender Beitrag geleistet:

CHF 150.- pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

7.4 Fit bleiben

Für weitere anerkannte Präventivmassnahmen wie Sport, Fitness und Entspannungskurse können Beiträge ausgerichtet werden.

Insgesamt max. CHF 200.- pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kosten-

beiträge und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

8 Hilfsmittel

8.1 Sehhilfen

An Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden, wird folgender Beitrag ausgerichtet:

CHF 420.- innerhalb von 3 Kalenderjahren

8.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- und Kaufpreise von notwendigen, dem Gesundheitszustand angepassten Hilfsmitteln, an die aus basis keine Leistungen erbracht werden, können auf ärztliche Verordnung Kosten vergütet werden.

50%, bis max. CHF 250.- pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

9 Zahnärztliche Behandlung/Weisheitszähne

9.1 Allgemeines

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen. Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

9.2 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

9.3 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,

- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs-, Bergungs- und Suchaktionen
- wird insgesamt folgender Beitrag geleistet:

CHF 40 000.- pro Kalenderjahr

Fallen höhere Kosten an, übernimmt salto an Transportkosten und Rettungsaktionen zusätzliche Leistungen aus Assistance.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person folgenden Selbstbehalt zu tragen:

CHF 100.-

10.1.3 Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugschwad oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

6/7

11 salto Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

11.1 Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

11.2 Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

11.3 Rabattstufen

In der Versicherungsabteilung salto mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR salto	Prämie Leistungsfreiheitsrabatt salto
0	Prämie ordentl. salto +20%
1	Prämie ordentl. salto
2	Prämie ordentl. salto -30%

Die Prämie von salto mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Der Versicherer kann auf Beginn der neuen Versicherungsperiode neue Rabattstufen einführen, respektive die Rabatte der Kostenentwicklung anpassen.

11.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während dreier aufeinanderfolgender Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt bei salto mit Leistungsfreiheitsrabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe mit dem maximalen Rabatt befindet.

11.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

11.6 Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

11.7 Höherversicherung

Ein Wechsel von salto mit Leistungsfreiheitsrabatt zur ordentlichen salto Versicherung ist nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Ausgenommen sind Versicherte in der Stufe mit maximalem Rabatt und ohne Leistungsbezug in der aktuellen Beobachtungsperiode.