



Assicurazione complementare Condizioni speciali (CS) salto

Edizione 2018

Indice

salto	
1	Basi dell'assicurazione pagina 3
1.1	Scopo
1.2	Assicuratore
1.3	Disposizioni comuni
1.4	Persone assicurate
1.5	Passaggio automatico alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist
1.6	Passaggio anticipato alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist
1.7	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
1.7.1	In generale
1.7.2	Ospedali per malattie acute
1.7.3	Elenco degli ospedali
1.7.4	Cura extracantonale per motivi medici
1.7.5	Ospedali con tariffa riconosciuta
1.7.6	Criteri mancanti, tariffe massime
2	Cura ambulatoriale pagina 3
2.1	T Trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro
2.2	T Trattamenti d'urgenza all'estero
2.3	D Durata delle prestazioni
3	Cura ospedaliera pagina 4
3.1	T Trattamenti acuti
3.1.1	E Entità delle prestazioni
3.1.2	T Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore
3.1.3	T Trattamenti in ospedali fuori elenco
3.2	R Riabilitazione ospedaliera
3.3	C Cliniche psichiatriche
3.4	P Prestazioni all'estero in caso di urgenze
4	Maternità pagina 4
4.1	C Costi per il trattamento ospedaliero
4.2	P Parto in una clinica ostetrica

Indice

salto		
5	Assistance all'estero	pagina 4
5.1	Prestazioni ulteriori di Assistance	
5.2	Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario	
5.3	Anticipo spese a un ospedale	
5.4	Informazione di congiunti in patria	
5.5	Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero	
5.6	Consulenza medica da parte di medici	
5.7	Esclusione delle prestazioni	
5.8	Obblighi in caso di sinistro	
5.8.1	Informazione della 24h Helpline emergenze	
5.8.2	Esonero dal segreto professionale	
5.8.3	Rivendicazione del diritto	
5.8.4	Compensazione di biglietti ferroviari o aerei	
6	Supplemento infortunio	pagina 5
7	Prevenzione	pagina 5
7.1	Vaccinazioni	
7.2	Visita ginecologica preventiva	
7.3	Mettersi in forma	
7.4	Rimanere in forma	
8	Mezzi ausiliari	pagina 6
8.1	Mezzi visivi	
8.2	Ulteriori mezzi ausiliari	
9	Trattamenti dentistici/denti del giudizio	pagina 6
9.1	In generale	
9.2	Fornitori di prestazioni e tariffe	
9.3	Trattamento all'estero	
10	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero	pagina 6
10.1	Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza	
10.1.1	Entità delle prestazioni	
10.1.2	Aliquota percentuale	
10.1.3	Prestazioni di terzi	
11	Variante salto con ribasso in assenza di prestazioni (RAP)	pagina 6
11.1	Principio	
11.2	Periodo di osservazione	
11.3	Gradi di ribasso	
11.4	Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni	
11.5	Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni	
11.6	Prestazioni di maternità	
11.7	Assicurazione più elevata	

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 corrisponde prestazioni per trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro, vaccinazioni, mezzi ausiliari, estrazioni dei denti del giudizio, costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero e per corsi di promozione della 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 corrisponde prestazioni a complemento dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie (base). Dei costi complessivi viene assunta al massimo quella parte non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. base presso un altro assicuratore).

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la Sympany Assicurazioni SA, Basilea (qui di seguito definita assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di salto. In caso di divergenze le disposizioni di salto precedono le disposizioni comuni.

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. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le disposizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

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.

In caso di gravidanza, il passaggio o il cambiamento è possibile durante l'anno. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le disposizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

1.7.1 In generale

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni alla cassa.

In caso di trattamento ospedaliero, le prestazioni vengono corrisposte soltanto se la persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale conformemente alla base e se la cura viene effettuata in un ospedale per malattie acute. I trattamenti devono essere eseguiti da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della 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

Sono considerati ospedali con tariffa riconosciuta quegli ospedali con i quali l'assicuratore ha stipulato specifiche convenzioni per la determinazione delle tariffe. La cassa 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 eventuali tariffe massime stabilite dall'assicuratore possono essere consultate presso la cassa.

2 Cura ambulatoriale

2.1 Trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro

In aggiunta alle prestazioni dell'assicurazione base, le cure da parte di medici della cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Trattamenti d'urgenza all'estero

In caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, salto pre-

vede la piena copertura dei costi a complemento delle prestazioni della 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

salto assume i costi delle prestazioni in reparto comune in un ospedale per malattie acute con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera (camera a più letti) a complemento delle prestazioni della base.

Non sono assicurati né la partecipazione ai costi della 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 la cassa.

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 base salto assume i costi per i trattamenti stazionari d'urgenza in un ospedale per malattie fino alla piena copertura nel reparto comune nel corso di 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 trattamento stazionario va

immediatamente, o al più tardi entro 10 giorni dal ricovero, presentata alla cassa una garanzia di pagamento.

4 Maternità

4.1 Costi per il trattamento ospedaliero

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

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 casa parto riconosciuta che non sia riportata in nessun elenco ospedali cantonale, salto eroga i seguenti contributi per parto:

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 in patria in un ospedale confacente nel cantone di domicilio per una degenza ospedaliera, la 24h Helpline emergenze organizza il rimpatrio straordinario di familiari o di una persona vicina all'assicurato. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

Se una persona assicurata si ammala o subisce un infortunio e a causa di una degenza ospedaliera non è in grado di affrontare il rientro, la 24h Helpline emergenze organizza il rimpatrio straordinario della persona assicurata, dei familiari in viaggio con lei o di una persona 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 la 24h Helpline emergenze organizza dei provvedimenti, essa informa i familiari della persona assicurata in merito alle circostanze ed alle misure adottate.

5.5 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

All'occorrenza la 24h Helpline emergenze intermedia ai propri assicurati un medico o un ospedale nelle vicinanze del luogo di soggiorno. In caso di difficoltà linguistiche essa fornisce anche un supporto alla traduzione.

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 della 24h Helpline emergenze 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 restrizioni delle prestazioni delle disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA, non sussiste alcun diritto alle prestazioni

- 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,
- se la 24h Helpline emergenze non ha accordato il proprio consenso ad azioni di ricerca, trasporti di rimpatrio o viaggi di rimpatrio straordinari.

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 della 24h Helpline emergenze

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 la 24h Helpline emergenze.

5.8.2 Esonero dal segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché eventuali altri assicuratori dal segreto professionale nei confronti della 24h Helpline emergenze o nei confronti dell'assicuratore stesso.

5.8.3 Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente alla cassa il suo diritto alle prestazioni, mettendo a disposizione tutte le informazioni e i dati di carattere medico o amministrativo indispensabili. Vengono riconosciute unicamente fatture originali leggibili e dettagliate. 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 spontaneamente inoltrati alla cassa. 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 certificate di corsi riconosciuti dalla cassa intesi a promuovere comportamenti sani (per es. disassuefazione dal fumo, corsi di ginnastica per la schiena, consulenza nutrizionistica), salta l'eroga il seguente contributo:

CHF 150.- per anno civile

L'assicuratore determina i corsi di promozione della salute riconosciuti. L'elenco dei corsi riconosciuti viene continuamente aggiornato e può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

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

La cassa definisce le istituzioni riconosciute, le misure preventive, i contributi ai costi e i limiti delle prestazioni. L'elenco delle istituzioni riconosciute, delle misure preventive, delle partecipazioni ai costi e dei limiti delle prestazioni viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso la cassa.

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

Le spese di noleggio o acquisto di strumenti ausiliari necessari e adattati allo stato di salute, e per i quali l'assicurazione base non eroga alcuna prestazione, possono essere rimborsate su indicazione medica.

Il 50%, fino a un massimo di CHF 250.- per anno civile

La cassa definisce gli strumenti ausiliari riconosciuti.

L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti è costantemente aggiornato o completato ed è possibile consultarlo in ogni momento presso la cassa.

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 l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in ospedale, vengono assunti costi fino all'ammontare del forfait giornaliero per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilito contrattualmente. 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 medico-sanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella per l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, 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, salto eroga 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.-

10.1.3 Prestazioni di terzi

In caso di sostegno a una guardia aerea o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo se non sono state versate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate condizioni contrattuali di tenore diverso.

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

È considerato periodo d'osservazione un lasso di tempo compreso tra il 1° settembre o la data di decorrenza assicurativa fino al 31 agosto dell'anno 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	premio ordinario salto +20%
1	premio ordinario salto
2	premio ordinario 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.