

Assicurazione ospedaliera myFlex

Assicurazione malattia complementare secondo la LCA

Condizioni supplementari (CS) Edizione 01.2009

La base delle Condizioni supplementari qui di seguito riportate (CS) sono le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione complementare per malattia secondo la LCA della CSS Assicurazione SA, qualora le presenti CS non prevedono regolamentazioni divergenti.

Indice

1	Condizioni d'ammissione	2
2	Prestazioni assicurate	2
3	Ulteriori servizi e prestazioni supplementari	5
4	Diritto alle prestazioni	5
5	Partecipazioni ai costi	5
6	Limitazioni delle prestazioni	6
7	Bonus per mancanza di prestazioni	6
8	Opzione Upgrade	6

1 Condizioni d'ammissione

- 1.1 Nell'ambito dell'Assicurazione ospedaliera myFlex, la persona assicurata può scegliere tra i tre livelli assicurativi «Economy», «Balance» o «Premium».
- 1.2 Sia la prima stipulazione di un'Assicurazione ospedaliera myFlex, nonché il passaggio da un livello di prestazioni minori a un livello assicurativo con entità di prestazioni maggiori, richiedono obbligatoriamente la compilazione della dichiarazione sullo stato di salute e la stipulazione avviene solo dopo esame ed accettazione dichiarata da parte della CSS.
- 1.3 I neonati vengono assicurati senza riserva dal giorno della nascita solo per il livello assicurativo «Economy», a condizione che la proposta assicurativa firmata pervenga alla CSS al più tardi 30 giorni dopo la nascita.
- 1.4 La copertura assicurativa per i postumi d'infortunio può essere esclusa. La persona assicurata che ha escluso la copertura dell'infortunio può, in qualsiasi momento e rilasciando una dichiarazione sullo stato di salute, richiedere la reinclusione o la nuova inclusione della copertura dell'infortunio. La reinclusione risp. la nuova inclusione della copertura dell'infortunio avviene solo dopo che la CSS ha esaminato e accettato la dichiarazione sullo stato di salute.

- 1.5 La copertura per maternità (tutte le prestazioni elencate alla cifra 2) può essere esclusa. La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento il ripristino o la nuova stipulazione di tale copertura. Anche in tal caso si applica il differimento di 365 giorni (cfr. cifra 2.9).

2 Prestazioni assicurate

Al verificarsi di un caso assicurativo, la CSS eroga le seguenti prestazioni a titolo integrativo e successivamente alle prestazioni di altre assicurazioni sociali, in modo particolare dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e /o dell'Assicurazione infortuni secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La relativa estensione delle prestazioni per il livello assicurativo corrispondente stipulato è regolamentato nella seguente tabella.

	Economy	Balance	Premium
2.1 Validità territoriale	Copertura in tutta la Svizzera per trattamenti programmati, copertura in tutto il mondo per trattamenti d'emergenza: La CSS paga tutte le prestazioni per esami diagnostici e trattamenti medici. Durante un soggiorno all'estero le prestazioni sono limitate alla fase acuta del trattamento qualora contemporaneamente non è esigibile un rientro in Svizzera.		Copertura in tutto il mondo per trattamenti programmati e d'emergenza: La CSS paga tutte le prestazioni per esami diagnostici e trattamenti medici. Per trattamenti programmati all'estero la CSS versa al massimo l'importo di CHF 500 000 per anno civile.
Qualora non sia possibile risalire al tipo di divisione nella quale la persona assicurata è stata sottoposta al trattamento, la CSS eroga le prestazioni corrispondenti alla divisione privata nel suo luogo di dimora svizzero con relativa partecipazione ai costi.			
2.2 Libertà di scelta delle divisioni (comune, semiprivata, privata) in caso di trattamenti stazionari	La persona assicurata prima del ricovero per un trattamento stazionario può scegliere in quale divisione (comune, semiprivata o privata) desidera sottoporsi al trattamento risp. soggiornare e paga la partecipazione dei costi annua indicata in polizza per la divisione scelta.		
2.3 Ospedale stazionario	La CSS versa per i costi di trattamento e di degenza stazionaria in ospedale nella divisione comune, semiprivata o privata negli ospedali che al momento del trattamento sono considerati fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA.		La CSS paga i costi di trattamento e soggiorno e degenza stazionaria in ospedale nella divisione comune, semiprivata o privata negli ospedali.
In caso di trattamenti programmati, la garanzia di pagamento della CSS per il fornitore di prestazioni scelto e per la divisione scelta, deve essere in possesso del fornitore di prestazioni al più tardi al momento del ricovero. Se in tale momento non si è in presenza di una garanzia di pagamento, non saranno rimborsati i costi. In casi urgenti dovrà essere immediatamente richiesta alla CSS una garanzia di pagamento della CSS per il fornitore di prestazioni scelto e per la divisione scelta.			
2.4 Ospedale ambulatoriale	La CSS versa per costi di trattamento e degenza per soggiorno ambulatoriale o semistazionario in ospedale presso i fornitori di prestazioni stabiliti per il soggiorno ospedaliero stazionario (Cifra 2.3), a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi ambulatoriali presso la CSS e tale trattamento ambulatoriale sia utile ad evitare o ridurre una degenza stazionaria assicurata, al massimo tuttavia il 90 % dell'importo massimo previsto per una degenza ospedaliera stazionaria ai sensi della tariffa (di riferimento) riconosciuta dalla LAMal.		

	Economy	Balance	Premium
2.5 Riabilitazione stazionaria	La CSS versa per i costi di trattamento e di degenza stazionaria di riabilitazione nella divisione comune, semiprivata o privata nelle cliniche di riabilitazione che al momento del trattamento sono considerati fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA.		La CSS versa per i costi di trattamento e soggiorno e degenza stazionaria di riabilitazione nella divisione comune, semiprivata o privata nelle cliniche di riabilitazione.
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile	Illimitatamente
2.6 Riabilitazione ambulatoriale	La CSS versa per costi di trattamento e degenza per soggiorno ambulatoriale o semistazionario di riabilitazione presso il fornitore di prestazioni stabilito per il soggiorno ospedaliero stazionario (cifra 2.5), a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi ambulatoriali presso la CSS e tale trattamento ambulatoriale sia utile ad evitare o ridurre una degenza stazionaria assicurata, al massimo tuttavia il 90 % dell'importo massimo previsto per una degenza di riabilitazione stazionaria ai sensi della tariffa (di riferimento) riconosciuta dalla LAMal.		
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile	Illimitatamente
2.7 Psichiatria stazionaria	La CSS versa per i costi di trattamento e di degenza stazionaria nella divisione comune, semiprivata o privata nelle cliniche psichiatriche che al momento del trattamento sono considerate fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA. Il presupposto per un trattamento stazionario è sempre la necessità di cure ospedaliere (il paziente ha bisogno di un trattamento in ambiente ospedaliero, ovvero, le applicazioni di tipo diagnostico e terapeutico sono possibili solo in ospedale a causa dei mezzi tecnici e del personale necessari). Le lungodegenze in cliniche psichiatriche diurne o notturne, per le quali non si è in presenza della necessità di ricovero ospedaliero, non sono coperte da questa assicurazione.		La CSS versa per i costi di trattamento e degenza stazionaria in una clinica psichiatrica nella divisione comune, semiprivata o privata. Il presupposto per un trattamento stazionario è sempre la necessità di cure ospedaliere (il paziente ha bisogno di un trattamento in ambiente ospedaliero, ovvero, le applicazioni di tipo diagnostico e terapeutico sono possibili solo in ospedale a causa dei mezzi tecnici e del personale necessari). Le lungodegenze in cliniche psichiatriche diurne o notturne, per le quali non si è in presenza della necessità di ricovero ospedaliero, non sono coperte da questa assicurazione.
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile	Al massimo per 180 giorni in un anno civile
2.8 Cure termali e di riposo	Cure termali: se la persona assicurata è stata in precedenza in trattamento intensivo a causa di malattie dell'apparato motorio e di sostegno, se la cura ha luogo in una stazione termale riconosciuta dalla CSS ed è condotta da un medico, se dura almeno 2 settimane, se comprende provvedimenti balneari e fisici ed è sotto sorveglianza medica. Cure di riposo: dopo una degenza stazionaria nelle case di cura riconosciute dalla CSS.		
	Cure termali e di riposo al massimo CHF 20 al giorno , fino al massimo CHF 500 per anno civile	Cure termali e di riposo al massimo CHF 80 al giorno , fino al massimo CHF 2000 per anno civile	Cure termali e di riposo al massimo CHF 160 al giorno , fino al massimo CHF 4000 per anno civile
2.9 Maternità	In caso di maternità, la CSS eroga allo scadere del differimento di 365 giorni dall'inizio dell'assicurazione e qualora le prestazioni per maternità non siano escluse: a) stesse prestazioni come in caso di malattia. b) i costi per un parto stazionario nella clinica ostetrica indicata sulla lista degli ospedali del Cantone, per l'ammontare corrispondente a un ricovero in ospedale per un parto (tenuto conto della partecipazione ai costi scelta).		

	Economy	Balance	Premium
2.9 Maternità (continuazione)	c) nella clinica ostetrica non indicata sulla lista degli ospedali del Cantone, la CSS versa per un parto stazionario, senza necessità di presentare giustificativi, un importo massimo di CHF 1000 (anche per parti plurimi). Qualora l'intero periodo di convalescenza avviene nella clinica ostetrica, ma non il parto di per sé, senza necessità di presentare giustificativi, sarà versato al massimo l'importo unico di CHF 500.	c) nella clinica ostetrica non riportata sulla lista degli ospedali del Cantone, la CSS versa per un parto stazionario tutti i costi di degenza con giustificativi. Se l'intero periodo di convalescenza avviene nella clinica ostetrica, ma non il parto di per sé, saranno assunti al massimo il 50% dei costi di degenza risultanti con giustificativi.	
	d) per un parto ambulatoriale nella clinica ostetrica o a domicilio, la CSS versa, senza necessità di presentare giustificativi, l'importo unico massimo qui di seguito riportato (anche in caso di parto plurimo). Tali prestazioni non possono essere cumulate.		
	CHF 1000 per ogni parto	CHF 1500 per ogni parto	CHF 2000 per ogni parto
2.10 Neonato	a) Per un neonato sano la CSS rimborsa i costi di degenza e per le prime visite secondo la tariffa riconosciuta dalla LAMal durante la degenza ospedaliera della madre, a condizione che sia assicurato presso la CSS sin dalla nascita nella presente Assicurazione ospedaliera myFlex, almeno con livello assicurativo Economy.		
	La CSS eroga queste prestazioni al massimo per 10 giorni dopo la nascita	La CSS eroga queste prestazioni al massimo per 30 giorni dopo la nascita	La CSS eroga queste prestazioni al massimo per 60 giorni dopo la nascita
	b) Per la cura del neonato sano assicurato presso la CSS, quest'ultima non paga le prestazioni in caso di nuovo ricovero in ospedale della madre.	b) Per la cura del neonato sano assicurato presso la CSS, quest'ultima paga per il nuovo ricovero in ospedale della madre entro 10 settimane dalla nascita , al massimo CHF 100 al giorno.	b) Per la cura del neonato sano assicurato presso la CSS, quest'ultima paga per il nuovo ricovero in ospedale della madre entro 10 settimane dalla nascita, tutti i costi.
2.11 Rooming-In	Nessuna prestazione	In caso di degenza in ospedale di un minorenne assicurato presso la CSS, quest'ultima eroga dall'assicurazione del bambino per i costi di soggiorno della persona che l'accompagna , al massimo CHF 80 al giorno , fino al massimo CHF 2000 per anno civile.	In caso di degenza in ospedale di un minorenne assicurato presso la CSS, quest'ultima eroga dall'assicurazione del bambino per i costi di soggiorno della persona che l'accompagna , al massimo CHF 160 al giorno , fino al massimo CHF 4000 per anno civile. In caso di degenza in ospedale di una persona adulta assicurata presso la CSS, la CSS eroga dall'assicurazione della persona adulta per i costi di soggiorno della persona che l'accompagna , al massimo CHF 160 al giorno fino al massimo CHF 4000 per anno civile.
2.12 Sterilizzazione stazionaria	La CSS versa per i costi di una sterilizzazione stazionaria di uomini e donne fino all'importo qui di seguito riportato per caso assicurativo, considerando che la partecipazione ai costi sarà calcolata secondo la divisione scelta e la variante di partecipazione ai costi. Questa prestazione non può essere cumulata con prestazioni derivanti dall'Assicurazione ambulatoriale myFlex.		
	CHF 500 per caso assicurativo	CHF 4000 per caso assicurativo	CHF 10 000 per caso assicurativo

	Economy	Balance	Premium
2.13 Trasporti per evitare o abbreviare una degenza ospedaliera	La CSS paga i costi per trasporti la cui esecuzione aiuta ad evitare o ridurre le degenze ospedaliere, a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi di trasporto presso la CSS, e ciò fino all'importo qui di seguito riportato. Questa prestazione non può essere cumulata con prestazioni derivanti dall'Assicurazione ambulatoriale myFlex.		
	Fino a un massimo di CHF 250 per anno civile	Fino a un massimo di CHF 1000 per anno civile	Fino a un massimo di CHF 2000 per anno civile
2.14 Atti temerari	Nessuna prestazione		Malattie ed infortuni in seguito ad atti temerari (cfr. cifra 28.2 lett. l CGA), sono assicurati fino all'importo massimo di CHF 500 000 per anno civile.
2.15 Malattie croniche	La CSS versa soltanto prestazioni per degenze per casi acuti . Le prestazioni per malattie croniche risp. il loro trattamento non sono assunte da tale assicurazione. Sono considerate malattie croniche, quelle che per il trattamento non necessitano più di una degenza in ospedale per casi acuti. Le prestazioni fornite da istituzioni non previste per il trattamento di persone assicurate con malattie acute, come ad esempio case di cura, case per anziani, residenze per anziani, ospizi o lungodegenze in cliniche psichiatriche diurne o notturne, non sono coperte da questa assicurazione.		

3 Ulteriori servizi e prestazioni supplementari

- 3.1 La CSS stabilisce in una lista (cfr. cifra 41 CGA), quali prestazioni rispetto alla cifra 2 possono essere erogate come servizi e prestazioni supplementari, come ad esempio promozione della salute, prevenzione o assistenza. Anche per i servizi e le prestazioni supplementari esistono i tre livelli d'offerta «Economy», «Balance» e «Premium». La CSS stabilisce autonomamente l'entità delle prestazioni dei singoli livelli d'offerta.
- 3.2 Servizi e prestazioni supplementari dipendono dall'adempimento di condizioni formulate unilateralmente dalla CSS e in qualsiasi momento modificabili.
- 3.3 La CSS pubblica l'elenco aggiornato delle prestazioni in Internet. Qualora la CSS non dovesse pubblicare un elenco di questo tipo in Internet, le prestazioni possono essere verificate nelle Agenzie CSS.

4 Diritto alle prestazioni

- 4.1 Le prestazioni sono computate alla somma delle prestazioni assicurate per anno civile, secondo le date di trattamento risp. di esecuzione. I costi che si verificano dopo l'esaurimento del diritto non possono essere riportati all'anno successivo.
- 4.2 Qualora venga concordata una limitazione delle prestazioni per caso assicurativo, tale limitazione vale indipendentemente dalla data di trattamento risp. esecuzione per il singolo caso assicurativo (incluso complicazioni ed eventuali trattamenti successivi risp. trattamenti che ne conseguono) ed è da considerare esaurita non appena tutti i costi legati a tale caso assicurativo avranno raggiunto il limite delle prestazioni.
- 4.3 Le prestazioni risp. contributi previsti nelle presenti CS saranno erogati nella misura concordata, esclusivamente a titolo integrativo e successivamente alle assicurazioni menzionate alla cifra 31.1 CGA, in modo particolare successivamente all'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal. Le parti di costi coperti da tali assicurazioni, nonché le partecipazioni ai costi derivanti da tali assicurazioni non sono assicurate nell'ambito dell'Assicurazione ospedaliera myFlex, indipendentemente dal fatto che le assicurazioni menzionate siano stipulate o meno.

- 4.4 Se alla cifra 2 non vi sono regolamentazioni divergenti, saranno rimborsati al massimo i costi comprovati che si sono effettivamente verificati.

- 4.5 In caso di trattamenti all'estero, occorre contattare immediatamente il Centralino d'emergenza della CSS. Le prestazioni saranno erogate soltanto se la CSS le approva risp. le ha organizzate.

5 Partecipazioni ai costi

- 5.1 In caso di degenze stazionarie si applicano le partecipazioni ai costi annuali indicati in polizza. Per le prestazioni erogate ambulatorialmente vale una quota-parte generale del 10%. Per ciò che concerne le prestazioni limitate a una determinata somma non si applica nessuna partecipazione ai costi risp. nessuna quota-parte, a condizione che la cifra 2 non preveda altro.
- 5.2 La persona assicurata, prima del ricovero per un trattamento può scegliere in quale divisione (comune, semiprivata o privata) desidera sottoporsi al trattamento stazionario risp. desidera soggiornare, e paga la partecipazione ai costi annuale corrispondente alla divisione scelta e riportata nella polizza.
- 5.3 La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento un passaggio in un'altra variante di partecipazione ai costi. Il passaggio della persona assicurata in una variante con partecipazione ai costi minore può essere concessa, con effetto all'inizio del mese seguente l'accettazione, previa presentazione e accettazione di una dichiarazione sullo stato di salute. Qualora non venga presentata alcuna dichiarazione sullo stato di salute oppure quest'ultima non è accettata senza riserve da parte della CSS, per i livelli assicurativi «Balance» e «Premium» il passaggio avviene solo con effetto all'inizio dell'anno civile successivo al prossimo dopo la proposta, mentre per il livello assicurativo «Economy» è escluso.
- 5.4 Nell'Assicurazione ospedaliera myFlex sono previste le seguenti varianti di partecipazione ai costi:

	Economy Variante 1	Balance Variante 1	Premium Variante 1
Divisione comune:	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi
Divisione semiprivata:	40 % fino a CHF 8000 per anno civile	20 % fino a CHF 2000 per anno civile	nessuna partecipazione ai costi
Divisione privata:	70 % fino a CHF 14 000 per anno civile	35 % fino a CHF 4000 per anno civile	35 % fino a CHF 2000 per anno civile

	Economy Variante 2	Balance Variante 2	Premium Variante 2
Divisione comune:	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi
Divisione semiprivata:	20 % fino a CHF 4000 per anno civile	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi
Divisione privata:	35 % fino a CHF 7000 per anno civile	35 % fino a CHF 2000 per anno civile	nessuna partecipazione ai costi

6 Limitazioni delle prestazioni

- 6.1 Nel caso assicurativo, la CSS non eroga prestazioni per trattamenti e rimedi curativi di medicina alternativa risp. complementare.
- 6.2 La libera scelta tra i fornitori di prestazioni decade, quando la persona assicurata ha stipulato l'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitativa dei fornitori di prestazioni. In caso di infrazione non saranno assunti costi a carico di tale assicurazione.
- 6.3 Per le degenze e/o trattamenti presso un fornitore di prestazioni riconosciuto ai sensi della cifra 9 CGA, la cui divisione è riportata sulla lista dei fornitori di prestazioni senza divisione comune, semiprivata o privata riconosciuta dalla CSS (cfr. cifra 41 CGA), non vengono assunti costi a tale riguardo. Cifra 6.3 vale solo per i livelli assicurativi «Economy» e «Balance».
- 6.4 In cambio di una riduzione dei premi può essere stipulata la variante assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. La CSS per tale variante ha una lista (cfr. cifra 41 CGA) dalla quale è visibile quali fornitori di prestazioni possono essere scelti. Per degenze e/o trattamenti presso uno dei fornitori di prestazioni mancanti sulla lista della CSS non saranno assunti costi. La lista può essere modificata unilateralmente dalla CSS. Se per tale ragione singoli fornitori di prestazioni non rientrano più nella lista, all'interno della partecipazione ai costi e del livello assicurativo scelti, esiste la possibilità di passare senza dichiarazione sullo stato di salute alla variante assicurativa senza scelta limitata del fornitore di prestazioni. Indipendentemente da ciò, la CSS garantisce in qualsiasi momento una scelta adeguata sia dal punto di vista medico che regionale. Cifra 6.4 vale solo per i livelli assicurativi «Economy» e «Balance».

7 Bonus per mancanza di prestazioni

- 7.1 Ogni persona assicurata può beneficiare di un rimborso annuo unico sotto forma di bonus, se durante il periodo di osservazione la CSS non ha versato prestazioni assicurative previste dalle presenti CS.
- 7.2 Come periodo d'osservazione è da considerare il lasso di tempo dall'inizio di settembre fino alla fine di agosto degli ultimi due anni consecutivi, durante i quali la persona assicurata ha stipulato questa Assicurazione ospedaliera myFlex.

- 7.3 In occasione della prima stipulazione dell'Assicurazione ospedaliera myFlex, la CSS può prevedere periodi d'osservazione più brevi.
- 7.4 La CSS stabilisce ogni anno l'entità del bonus sulla base del grado di raggiungimento del risultato del prodotto Assicurazione ospedaliera myFlex. Il versamento avviene se il risultato del prodotto dell'ultimo anno d'esercizio chiuso, rientrante nell'arco del periodo d'osservazione, si colloca nell'ambito del valore individuato sulle basi tecniche.
- 7.5 Il bonus per mancanza di prestazioni sarà rimborsato nell'anno civile successivo al periodo d'osservazione, a condizione che la persona assicurata l'01.01. di tale anno civile continua ad avere l'Assicurazione ospedaliera myFlex presso la CSS. La persona assicurata sarà informata per iscritto sul suo diritto e sull'entità del bonus individuale.

8 Opzione Upgrade (Diritto d'opzione per un cambio di livello assicurativo senza dichiarazione sullo stato di salute)

- 8.1 Coloro che stipulano un'Assicurazione ospedaliera myFlex con il livello assicurativo «Economy» o «Balance», pagando un premio supplementare, possono garantirsi, senza dover nuovamente presentare la dichiarazione sullo stato di salute, il diritto di passaggio unico per i livelli assicurativi «Balance» risp. «Premium».
- 8.2 Può essere richiesta una della seguenti varianti:
a) da «Economy» a «Balance»
b) da «Balance» a «Premium»
- 8.3 Un'opzione può essere richiesta al più tardi fino al compimento del 68esimo anno di età e deve essere dichiarata al più tardi con effetto al 1° gennaio seguente il compimento del 70esimo anno d'età. Dichiarazioni d'esercizio del diritto successive non producono alcun tipo di effetto giuridico. L'opzione si estingue definitivamente il 31 dicembre successivo al compimento del 70esimo anno di età, qualora il diritto non sia stato precedentemente esercitato con validità giuridica.
- 8.4 L'opzione sarà concessa soltanto alle persone assicurate che hanno potuto stipulare un'Assicurazione ospedaliera myFlex dopo che la loro dichiarazione sullo stato di salute è stata esaminata e accettata senza limitazioni risp. esclusioni/riserve. L'opzione può essere richiesta senza nuova presentazione di una dichiarazione dello stato di salute

ancora durante i 16 mesi susseguenti la consegna della dichiarazione sullo stato di salute. Allo scadere di tale termine, può essere fatto uso dell'opzione soltanto con una nuova presentazione di una dichiarazione sullo stato di salute. In questo caso vale la cifra 1.2 per analogia.

- 8.5 L'esercizio dell'opzione deve essere dichiarato per iscritto alla CSS, considerando che tale dichiarazione dovrà essere pervenuta alla CSS al più tardi l'ultimo giorno lavorativo del mese di novembre e durante gli usuali orari d'ufficio. Dichiarazioni pervenute con ritardo sono nulle e non producono alcun effetto giuridico. In caso di dichiarazione valevole dell'opzione, all'01.01. dell'anno civile seguente si procede a realizzare il cambio di livello assicurativo concordato.
- 8.6 Dopo la valevole dichiarazione dell'opzione, i premi supplementari a tale riguardo (cifra 17 CGA) sono dovuti fino al 31 dicembre che precede il cambio di livello assicurativo. Successivamente, sarà fatturata la tariffa dei premi valevole per il livello assicurativo scelto.
- 8.7 L'opzione può essere esercitata solo una volta, al più presto 12 mesi dopo la stipulazione e con effetto al 1° gennaio prossimo.
- 8.8 L'opzione può essere esercitata al più presto con effetto al 1° gennaio seguente il compimento del 20esimo anno di età. Successivamente, può essere esercitata soltanto sempre ogni 5 anni (vale a dire, con effetto al 1° gennaio seguente il compimento del 25esimo, 30esimo, 35esimo ecc. anno di età).
- 8.9 Con l'esercizio dell'opzione, avviene il cambio di livello assicurativo, mantenendo il rischio assicurato (malattia, infortunio, maternità). Se la persona assicurata oltre a ciò ha scelto la variante di partecipazione ai costi con la partecipazione ai costi maggiore, il cambio di livello assicurativo avviene mantenendo tale variante.
- 8.10 L'opzione può essere disdetta per iscritto dalla persona assicurata, con effetto alla fine di un anno civile e rispettando un preavviso di disdetta di 3 mesi. Se la persona assicurata disdice l'Assicurazione ospedaliera myFlex, risp., tale assicurazione si estingue per un altro motivo, contemporaneamente alla chiusura di tale assicurazione si estingue anche tale opzione.
- 8.11 I premi supplementari pagati dalla persona assicurata alla CSS per l'opzione, in caso di disdetta risp. in caso del venir meno dell'assicurazione, rimangono interamente alla CSS, e ciò indipendentemente dal fatto che l'opzione sia stata o non sia stata esercitata.
- 8.12 Se una persona assicurata adotta un cambio di livello assicurativo regolare dopo aver presentato una dichiarazione sullo stato di salute, l'opzione stipulata per un corrispondente cambio del livello assicurativo decade senza disdetta con effetto alla data del cambio assicurativo. La persona assicurata anche in questo caso non ha diritto al rimborso dei premi supplementari pagati per l'opzione.

