

Spitalversicherung myFlex

Krankenzusatzversicherung nach VVG

Zusatzbedingungen (ZB) Ausgabe 01.2009

Grundlage der nachstehenden Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen nach VVG der CSS Versicherung AG, sofern die vorliegenden ZB keine anders lautenden Regelungen vorsehen.

Inhaltsverzeichnis

1	Aufnahmebedingungen	2
2	Versicherte Leistungen	2
3	Zusätzliche Dienst- und Mehrleistungen	5
4	Leistungsanspruch	5
5	Kostenbeteiligungen	5
6	Leistungseinschränkungen	6
7	Leistungsfreiheitsbonus	6
8	Option Upgrade	6

1 Aufnahmebedingungen

- 1.1 In der Spitalversicherung myFlex kann die versicherte Person zwischen den drei Versicherungsstufen «Economy», «Balance» oder «Premium» wählen.
- 1.2 Sowohl der Erstabschluss einer Spitalversicherung myFlex als auch der Wechsel von einer leistungsumfangsschwächeren zu einer leistungsumfangsstärkeren Versicherungsstufe bedarf zwingend der Abgabe einer Gesundheitsdeklaration und erfolgt nur nach Überprüfung und erklärter Annahme dieser durch die CSS.
- 1.3 Neugeborene werden nur in der Versicherungsstufe «Economy» vorbehaltlos auf den Tag der Geburt versichert, sofern der unterzeichnete Versicherungsantrag spätestens 30 Tage nach der Geburt bei der CSS eintrifft.
- 1.4 Die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen kann ausgeschlossen werden. Die versicherte Person, welche die Unfaldeckung ausgeschlossen hat, kann jederzeit unter Abgabe einer Gesundheitsdeklaration den Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfaldeckung beantragen. Der Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfaldeckung erfolgt nur nach Überprüfung und Annahme der Gesundheitsdeklaration durch die CSS.
- 1.5 Die Versicherungsdeckung (alle unter Ziffer 2 aufgezählten Leistungen) für Mutterschaft kann ausgeschlossen werden. Die versicherte Person kann jederzeit den Wieder- bzw. Neueinschluss dieser Deckung beantragen. Es gilt auch dann die Karenzfrist von 365 Tagen (vgl. Ziffer 2.9).

2 Versicherte Leistungen

Die CSS erbringt im Versicherungsfall folgende Leistungen ergänzend und im Nachgang zu den Leistungen anderer Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG). Der jeweilige Leistungsumfang für die entsprechend abgeschlossene Versicherungsstufe ist in nachfolgender Tabelle geregelt.

	ECONOMY	BALANCE	PREMIUM
2.1 Örtlicher Geltungsbereich	Schweizweite Deckung für Wahlbehandlungen, weltweite Deckung für Notfallbehandlungen: Die CSS bezahlt sämtliche Leistungen für diagnostische Untersuchungen und medizinische Behandlungen. Während eines Auslandsaufenthalts sind die Leistungen auf die Akutphase der Behandlung beschränkt, wenn gleichzeitig eine Rückkehr in die Schweiz nicht zumutbar ist.		Weltweite Deckung für Wahl- und Notfallbehandlungen: Die CSS bezahlt sämtliche Leistungen für diagnostische Untersuchungen und medizinische Behandlungen. Für Wahlbehandlungen im Ausland bezahlt die CSS einen Betrag von höchstens CHF 500 000 pro Kalenderjahr.
	Kann aufgrund der eingereichten Unterlagen und Belege nicht festgestellt werden, in welcher Abteilung die versicherte Person behandelt wurde, richtet die CSS die Leistungen analog der privaten Abteilung an deren schweizerischen Wohnort mit entsprechend vereinbarter Kostenbeteiligung aus.		
2.2 Wahlfreiheit von Abteilungen (allgemein, halbprivat, privat) bei stationären Behandlungen	Die versicherte Person kann vor Antritt einer stationären Behandlung wählen, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) sie sich behandeln lassen resp. aufhalten will und bezahlt dafür gemäss entsprechend gewählter Abteilung die auf der Police aufgeführte jeweilige jährliche Kostenbeteiligung.		
2.3 Spital stationär	Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Spitalaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Spitälern, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen.		Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Spitalaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Spitälern.
	Bei geplanten Behandlungen (Wahlbehandlungen) muss die Kostengutsprache der CSS für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung spätestens bei Eintritt beim Leistungserbringer vorliegen. Liegt zu diesem Zeitpunkt keine Kostengutsprache vor, so werden keine Kosten vergütet. Bei Notfällen muss unverzüglich eine Kostengutsprache der CSS für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung bei der CSS eingefordert werden.		
2.4 Spital ambulant	Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines ambulanten oder teilstationären Spitalaufenthalts in den für den stationären Spitalaufenthalt (Ziffer 2.3) festgelegten Leistungserbringern nur, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung bei der CSS für ambulante Kosten hat und diese ambulante Behandlung der Vermeidung oder Verkürzung eines versicherten stationären Spitalaufenthaltes dient, jedoch höchstens 90 % des maximalen Betrags für einen stationären Spitalaufenthalt gemäss dem im KVG anerkannten (Referenz-)Tarif.		

	ECONOMY	BALANCE	PREMIUM
2.5 Rehabilitation stationär	Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Rehabilitationsaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Rehabilitationskliniken, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen .		Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Rehabilitationsaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Rehabilitationskliniken .
	Während höchstens 60 Tagen im Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen im Kalenderjahr	Unbegrenzt
2.6 Rehabilitation ambulant	Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines ambulanten oder teilstationären Aufenthalts in den für den stationären Rehabilitationsaufenthalt (Ziffer 2.5) festgelegten Leistungserbringern nur, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung bei der CSS für ambulante Kosten hat und diese ambulante Behandlung der Vermeidung oder Verkürzung eines versicherten stationären Rehabilitationsaufenthaltes dient, jedoch höchstens 90 % des maximalen Betrags für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt gemäss dem im KVG anerkannten (Referenz-)Tarif.		
	Während höchstens 60 Tagen im Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen im Kalenderjahr	Unbegrenzt
2.7 Psychiatrie stationär	Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Aufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in psychiatrischen Kliniken, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen . Eine stationäre Behandlung setzt immer eine Spitalbedürftigkeit (der Patient bedarf einer Behandlung im Spitalmilieu, d.h. diagnostische und therapeutische Anwendungen sind aufgrund der apparativen und personellen Anforderungen nur im Spital möglich) voraus. Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken, bei denen die Spitalbedürftigkeit nicht gegeben ist, werden von dieser Versicherung nicht bezahlt.		Die CSS bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Aufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in psychiatrischen Kliniken . Eine stationäre Behandlung setzt immer eine Spitalbedürftigkeit (der Patient bedarf einer Behandlung im Spitalmilieu, d.h. diagnostische und therapeutische Anwendungen sind aufgrund der apparativen und personellen Anforderungen nur im Spital möglich) voraus. Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken, bei denen die Spitalbedürftigkeit nicht gegeben ist, werden von dieser Versicherung nicht bezahlt.
	Während höchstens 60 Tagen im Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen im Kalenderjahr	Während höchstens 180 Tagen im Kalenderjahr
2.8 Bade- und Erholungskuren	Badekuren: Wenn die versicherte Person vorgängig wegen Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates eingehend behandelt worden ist, die Kur in einem ärztlich geleiteten CSS-anerkannten Heilbad stattfindet, mindestens zwei Wochen dauert, balneologische und physikalische Massnahmen umfasst und kurärztlich überwacht wird. Erholungskuren: Nach einem Spitalaufenthalt in den von der CSS-anerkannten Erholungsheimen.		
	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 20 pro Tag bis maximal CHF 500 pro Kalenderjahr	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 80 pro Tag bis maximal CHF 2000 pro Kalenderjahr	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 160 pro Tag bis maximal CHF 4000 pro Kalenderjahr
2.9 Mutterschaft	Bei Mutterschaft erbringt die CSS nach Ablauf einer Karenzfrist von 365 Tagen seit Versicherungsbeginn und wenn die Leistungen für Mutterschaft nicht ausgeschlossen wurden: a) die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. b) die Kosten für eine stationäre Geburt im Geburtshaus, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, in der Höhe eines Spitalaufenthaltes für eine Geburt (unter Berücksichtigung der entsprechend gewählten Kostenbeteiligung).		

	ECONOMY	BALANCE	PREMIUM
2.9 Mutterschaft (Fortsetzung)	c) im Geburtshaus, das nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, bezahlt die CSS für eine stationäre Geburt ohne Kostennachweis einen einmaligen maximalen Beitrag von CHF 1000 (auch bei Mehrlingsgeburten). Wenn die gesamte Erholungszeit im Geburtshaus erfolgt, nicht aber die Geburt an sich, so wird ohne Kostennachweis maximal der einmalige Betrag von CHF 500 ausgeschüttet.	c) im Geburtshaus, das nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, bezahlt die CSS für eine stationäre Geburt sämtliche ausgewiesenen Aufenthaltskosten. Wenn die gesamte Erholungszeit im Geburtshaus erfolgt, nicht aber die Geburt an sich, so werden maximal 50 % der ausgewiesenen Aufenthaltskosten übernommen.	
	d) für eine ambulante Geburt im Geburtshaus oder zu Hause bezahlt die CSS ohne Kostennachweis den nachfolgend aufgeführten, einmaligen maximalen Beitrag (auch bei Mehrlingsgeburten). Diese Leistungen können nicht kumuliert werden.		
	CHF 1000 pro Geburt	CHF 1500 pro Geburt	CHF 2000 pro Geburt
2.10 Neugeborenes	a) Für ein gesundes Neugeborenes vergütet die CSS die Aufenthalts- und Erstuntersuchungskosten nach dem im KVG anerkannten Tarif während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern es ab Geburt bei der CSS in der vorliegenden Spitalversicherung myFlex mindestens in der Versicherungsstufe Economy versichert ist.	a) Für ein gesundes Neugeborenes vergütet die CSS die Aufenthalts- und Erstuntersuchungskosten nach dem im KVG anerkannten Tarif während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern es ab Geburt bei der CSS in der vorliegenden Spitalversicherung myFlex mindestens in der Versicherungsstufe Economy versichert ist.	a) Für ein gesundes Neugeborenes vergütet die CSS die Aufenthalts- und Erstuntersuchungskosten nach dem im KVG anerkannten Tarif während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern es ab Geburt bei der CSS in der vorliegenden Spitalversicherung myFlex mindestens in der Versicherungsstufe Economy versichert ist.
	Diese Leistungen erbringt die CSS während längstens 10 Tagen ab Geburt	Diese Leistungen erbringt die CSS während längstens 30 Tagen ab Geburt	Diese Leistungen erbringt die CSS während längstens 60 Tagen ab Geburt
	b) Für die Pflege des gesunden und bei der CSS versicherten Neugeborenen bezahlt diese bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter keine Leistungen .	b) Für die Pflege des gesunden und bei der CSS versicherten Neugeborenen bezahlt diese bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter innerhalb von 10 Wochen nach der Geburt höchstens CHF 100 pro Tag .	b) Für die Pflege des gesunden und bei der CSS versicherten Neugeborenen bezahlt diese bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter innerhalb von 10 Wochen nach der Geburt alle Kosten .
2.11 Rooming-In	Keine Leistungen	Im Falle eines stationären Spitalaufenthaltes eines bei der CSS versicherten minderjährigen Kindes bezahlt die CSS aus der Versicherung des Kindes an die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson höchstens CHF 80 pro Tag bis maximal CHF 2000 pro Kalenderjahr .	Im Falle eines stationären Spitalaufenthaltes eines bei der CSS versicherten minderjährigen Kindes bezahlt die CSS aus der Versicherung des Kindes an die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson höchstens CHF 160 pro Tag bis maximal CHF 4000 pro Kalenderjahr . Im Falle eines Spitalaufenthaltes einer bei der CSS versicherten erwachsenen Person bezahlt die CSS aus der Versicherung der erwachsenen Person an die Aufenthaltskosten für ihre Begleitperson höchstens CHF 160 pro Tag bis maximal CHF 4000 pro Kalenderjahr .
2.12 Unterbindung stationär	Die CSS bezahlt die Kosten für eine stationäre Unterbindung von Männern und Frauen bis zum nachfolgend aufgeführten Betrag pro Versicherungsfall, wobei die Kostenbeteiligung gemäss gewählter Abteilung und Kostenbeteiligungsvariante zum Tragen kommt. Diese Leistung kann nicht mit Leistungen aus der Ambulantversicherung myFlex kumuliert werden.		
	CHF 500 pro Versicherungsfall	CHF 4000 pro Versicherungsfall	CHF 10 000 pro Versicherungsfall

	ECONOMY	BALANCE	PREMIUM
2.13 Transportkosten zur Vermeidung oder Verkürzung von Spitalaufenthalten	Die CSS bezahlt die Kosten für Transporte, deren Ausführung dazu dient, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung bei der CSS für Transportkosten hat bis zum nachfolgend aufgeführten Betrag. Diese Leistung kann nicht mit Leistungen aus der Ambulantversicherung myFlex kumuliert werden.		
	Bis höchstens CHF 250 pro Kalenderjahr	Bis höchstens CHF 1000 pro Kalenderjahr	Bis höchstens CHF 2000 pro Kalenderjahr
2.14 Wagnisse	Keine Leistungen		Krankheiten und Unfälle infolge von Wagnissen (vgl. Ziffer 28.2 lit. I AVB) sind bis zu einem Höchstbetrag von CHF 500 000 pro Kalenderjahr versichert.
2.15 Chronische Krankheiten	Die CSS bezahlt nur die Leistungen für Akutaufenthalte . Leistungen für chronische Erkrankungen resp. deren Behandlungen werden von dieser Versicherung nicht bezahlt. Als chronische Krankheiten gelten Behandlungen, die nicht mehr einer akuten, stationären Spitalbedürftigkeit entsprechen.		
	Leistungen, welche von nicht zur Behandlung von akutkranken versicherten Personen vorgesehenen Einrichtungen erbracht werden, wie beispielsweise Pflegeheime, Altersheime, Alterswohnungen, Sterbehospize oder Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken, werden von dieser Versicherung nicht gedeckt.		
3	Zusätzliche Dienst- und Mehrleistungen		
3.1	Die CSS bestimmt in einer Liste (vgl. Ziffer 41 AVB), welche im Verhältnis zu Ziffer 2 zusätzlichen Leistungen als Dienst- und Mehrleistungen, wie zum Beispiel Gesundheitsförderung, Prävention oder Assistance, erbracht werden können. Es bestehen auch bei den angebotenen Dienst- und Mehrleistungen die drei Angebotsstufen «Economy», «Balance» und «Premium». Die CSS bestimmt den jeweiligen Leistungsumfang der einzelnen Angebotsstufen autonom.		
3.2	Dienst- und Mehrleistungen werden von der Erfüllung gewisser von der CSS einseitig formulierten und jederzeit abänderbaren Bedingungen abhängig gemacht.		
3.3	Die Liste der aktuellen Leistungen publiziert die CSS im Internet. Sollte die CSS im Internet keine solche Liste publizieren, können die Leistungen auf den CSS-Agenturen eingesehen werden.		
4	Leistungsanspruch		
4.1	Die Leistungen werden nach den Behandlungs- resp. Ausführungsdaten auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.		
4.2	Wird eine Leistungsbegrenzung pro Versicherungsfall vereinbart, gilt diese unabhängig vom Behandlungs- resp. Ausführungsdatum auf den einzelnen Versicherungsfall (inkl. Komplikationen und allfällige Nach- resp. Anschlussbehandlungen) bezogen und gilt als ausgeschöpft, sobald sämtliche im Zusammenhang mit diesem Versicherungsfall angefallenen Kosten die Leistungsgrenze erreicht haben.		
4.3	Die in den vorliegenden ZB vorgesehenen Leistungen bzw. Beiträge werden im vereinbarten Umfang ausschliesslich ergänzend und im Nachgang zu den in den Ziffer 31.1 AVB genannten Versicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, ausgerichtet. Kostenanteile, welche diese Versicherungen decken, sowie Kostenbeteiligungen aus diesen Versicherungen sind in der Spitalversicherung myFlex nicht versichert, unabhängig davon, ob die genannten Versicherungen bestehen oder nicht.		
4.4	Sofern unter Ziffer 2 nichts anderes geregelt ist, werden höchstens die effektiv entstandenen und nachgewiesenen Kosten vergütet.		
4.5	Bei Behandlungen im Ausland ist unverzüglich die CSS-Notrufzentrale beizuziehen. Leistungen werden nur erbracht, wenn die CSS-Notrufzentrale diese genehmigt resp. organisiert hat.		
5	Kostenbeteiligungen		
5.1	Bei stationären Aufenthalten gelten die auf der Police aufgeführten jährlichen Kostenbeteiligungen. Bei ambulant erbrachten Leistungen gilt ein genereller Selbstbehalt von 10%. Auf summenmässig begrenzte Leistungen wird keine Kostenbeteiligung bzw. kein Selbstbehalt erhoben, sofern in Ziffer 2 nichts anderes erwähnt ist.		
5.2	Die versicherte Person kann vor Antritt einer stationären Behandlung wählen, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) sie sich behandeln lassen resp. aufhalten will und bezahlt dafür gemäss entsprechend gewählter Abteilung die auf der Police aufgeführte jeweilige jährliche Kostenbeteiligung.		
5.3	Die versicherte Person kann einen Wechsel in eine andere Kostenbeteiligungsvariante jederzeit beantragen. Ein Wechsel in eine Kostenbeteiligungsvariante mit geringerer Kostenbeteiligung der versicherten Person wird nach Abgabe und Annahme einer Gesundheitsdeklaration auf Beginn des der Annahme folgenden Monats gewährt. Wird keine Gesundheitsdeklaration abgegeben oder diese seitens der CSS nicht vorbehaltlos akzeptiert, so erfolgt für die Versicherungsstufen «Balance» und «Premium» der Wechsel erst auf Beginn des dem Antrag folgenden übernächsten Kalenderjahrs, während ein solcher in der Versicherungsstufe «Economy» ausgeschlossen ist.		
5.4	In der Spitalversicherung myFlex werden die folgenden Kostenbeteiligungsvarianten geführt:		

	ECONOMY Variante 1	BALANCE Variante 1	PREMIUM Variante 1
Allgemeine Abteilung:	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung
Halbprivate Abteilung:	40 % bis CHF 8000 pro Kalenderjahr	20 % bis CHF 2000 pro Kalenderjahr	keine Kostenbeteiligung
Private Abteilung:	70 % bis CHF 14 000 pro Kalenderjahr	35 % bis CHF 4000 pro Kalenderjahr	35 % bis CHF 2000 pro Kalenderjahr

	ECONOMY Variante 2	BALANCE Variante 2	PREMIUM Variante 2
Allgemeine Abteilung:	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung
Halbprivate Abteilung:	20 % bis CHF 4000 pro Kalenderjahr	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung
Private Abteilung:	35 % bis CHF 7000 pro Kalenderjahr	35 % bis CHF 2000 pro Kalenderjahr	keine Kostenbeteiligung

6 Leistungseinschränkungen

- 6.1 Die CSS erbringt im Versicherungsfall keine Leistungen für alternativ- bzw. komplementärmedizinische Behandlungen und Heilmittel.
- 6.2 Die freie Wahl unter den Leistungserbringern entfällt, wenn die versicherte Person eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen hat. Im Widerhandlungsfall werden aus dieser Versicherung keine Kosten übernommen.
- 6.3 Bei Aufenthalten und/oder Behandlungen bei einem anerkannten Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB, dessen Abteilung sich auf der Liste der Leistungserbringer ohne CSS-erkannte allgemeine, halbprivate oder private Abteilung (vgl. Ziffer 41 AVB) befindet, werden dafür keine Kosten übernommen. Ziffer 6.3 gilt nur für die Versicherungsstufen «Economy» und «Balance».
- 6.4 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen werden. Die CSS führt für diese Variante eine Liste (vgl. Ziffer 41 AVB), aus welcher ersichtlich ist, welche Leistungserbringer ausgewählt werden können. Bei Aufenthalten und/oder Behandlungen bei einem auf der Liste der CSS fehlenden Leistungserbringer werden keine Kosten übernommen. Ziffer 6.4 gilt nur für die Versicherungsstufen «Economy» und «Balance».

7 Leistungsfreiheitsbonus

- 7.1 Jede versicherte Person kann in den Genuss einer einmaligen jährlichen Bonusvergütung kommen, wenn die CSS während der Beobachtungsperiode keine gemäss den vorliegenden ZB geschuldeten Versicherungsleistungen bezahlt hat.
- 7.2 Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum von Anfang September bis Ende August der zwei letzten aufeinander folgenden Jahre, während welcher die versicherte Person diese Spitalversicherung myFlex abgeschlossen hat.
- 7.3 Bei einem Erstabschluss der Spitalversicherung myFlex kann die CSS kürzere Beobachtungsperioden vorsehen.
- 7.4 Die Höhe der Bonusvergütung wird auf der Grundlage des Erreichungsgrads des Produktergebnisses der Spitalversicherung myFlex alljährlich durch die CSS festgelegt. Eine Auszahlung erfolgt, sofern das Produktergebnis des letzten abgeschlossenen Geschäftsjahres innerhalb der Beobachtungsperiode im Rahmen des gemäss den technischen Grundlagen ermittelten Wertes liegt.

- 7.5 Der Leistungsfreiheitsbonus wird im der Beobachtungsperiode nachfolgenden Kalenderjahr vergütet, sofern die versicherte Person per 01.01. dieses Kalenderjahres weiterhin diese Spitalversicherung myFlex bei der CSS führt. Die versicherte Person wird über ihre Anspruchsberechtigung und die Höhe der individuellen Bonusvergütung schriftlich orientiert.

8 Option Upgrade

(Optionsrecht für einen Versicherungsstufenwechsel ohne Gesundheitsdeklaration)

- 8.1 Wer eine Spitalversicherung myFlex in der Versicherungsstufe «Economy» oder «Balance» abschliesst, kann sich gegen die Entrichtung einer Zusatzprämie das einmalige Recht sichern, ohne erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration in die Versicherungsstufen «Balance» resp. «Premium» zu wechseln.
- 8.2 Es kann eine der folgenden Varianten beantragt werden:
- a) «Economy» zu «Balance»
 - b) «Balance» zu «Premium»
- 8.3 Eine Option kann längstens bis zum vollendeten 68. Lebensjahr beantragt und muss spätestens mit Wirkung auf den dem vollendeten 70. Lebensjahr folgenden 1. Januar erklärt werden. Spätere Ausübungserklärungen entfalten keinerlei Rechtswirkungen. Die Option erlischt ohne weiteres per dem vollendeten 70. Lebensjahr folgenden 31. Dezember, wenn sie zuvor nicht rechtsgültig ausgeübt wurde.
- 8.4 Die Option wird nur versicherten Personen gewährt, welche eine Spitalversicherung myFlex nach überprüfter Gesundheitsdeklaration ohne Einschränkungen resp. Ausschlüsse/Vorbehalte abschliessen konnten. Die Option kann ohne erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration noch während den 16 der Abgabe der Gesundheitsdeklaration folgenden Monaten beantragt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann eine Option nur gegen erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration beantragt werden. Es gilt diesfalls Ziffer 1.2 sinngemäss.
- 8.5 Die Ausübung der Option ist der CSS gegenüber schriftlich zu erklären, wobei diese Erklärung der CSS bis spätestens am letzten Arbeitstag im Monat November zu den üblichen Bürozeiten zugegangen sein muss. Verspätet eingegangene Erklärungen sind nichtig und entfalten keinerlei Rechtswirkungen. Bei gültiger Erklärung der Option erfolgt der vereinbarte Versicherungsstufenwechsel per 01.01. des nachfolgenden Kalenderjahres.

- 8.6 Nach gültiger Erklärung der Option bleiben die diesbezüglichen Zusatzprämien (Ziffer 17 AVB) bis zum 31. Dezember, der dem Versicherungsstufenwechsel vorangeht, geschuldet. Danach wird der Prämientarif, welcher für die optierte Versicherungsstufe gilt, in Rechnung gestellt.
- 8.7 Die Option kann nur einmal und frühestens 12 Monate nach deren Abschluss mit Wirkung auf den nächstfolgenden 1. Januar ausgeübt werden.
- 8.8 Sie kann frühestens mit Wirkung auf den dem vollendeten 20. Lebensjahr folgenden 1. Januar ausgeübt werden. Danach kann sie nur im Abstand von jeweils fünf Jahren ausgeübt werden (d.h., auf den dem vollendeten 25., 30., 35. usw. Lebensjahr folgenden 1. Januar).
- 8.9 Bei der Ausübung der Option erfolgt der Versicherungsstufenwechsel unter Beibehaltung des versicherten Risikos (Krankheit, Unfall, Mutterschaft). Hat die versicherte Person überdies die Kostenbeteiligungsvariante mit der höheren Kostenbeteiligung gewählt, erfolgt der Versicherungsstufenwechsel unter Beibehaltung dieser Variante.
- 8.10 Die Option kann von der versicherten Person mit Wirkung auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden. Kündigt die versicherte Person die Spitalversicherung myFlex resp. fällt diese aus einem anderen Grund dahin, so erlischt die Option ohne weiteres auf den Zeitpunkt der Beendigung dieser Versicherung.
- 8.11 Die von der versicherten Person der CSS gegenüber bezahlten Zusatzprämien für die Option verbleiben im Kündigungsfall resp. beim Dahinfallen der Versicherung vollumfänglich der CSS, unabhängig davon, ob die Option jemals ausgeübt wurde oder nicht.
- 8.12 Nimmt eine versicherte Person einen regulären Versicherungsstufenwechsel nach Abgabe einer Gesundheitsdeklaration vor, so fällt eine für einen entsprechenden Versicherungsstufenwechsel abgeschlossene Option mit Wirkung auf diesen ohne Kündigung dahin. Die versicherte Person hat auch diesfalls keinen Anspruch auf Rückerstattung der für die Option bezahlten Zusatzprämien.

