

Assurance d'hospitalisation myFlex

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA

Conditions complémentaires (CC)

Edition 01.2027

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires selon la LCA de la CSS Assurance constituent la base des conditions complémentaires suivantes (CC) dans la mesure où les présentes CC ne prévoient pas de réglementations divergentes.

Table des matières

1	Conditions d'admission	2
2	Prestations assurées	2
3	Prestations complémentaires	5
4	Droit aux prestations	5
5	Participations aux coûts	5
6	Limitation des prestations	6
7	Bonus pour absence de prestations	6
8	Option Upgrade	6

1 Conditions d'admission

- 1.1 Dans l'assurance d'hospitalisation myFlex, la personne assurée peut choisir entre les trois échelons d'assurance «Economy», «Balance» ou «Premium».
- 1.2 Tant la conclusion initiale d'une assurance d'hospitalisation myFlex que le passage, après la conclusion, à l'échelon d'assurance directement supérieur nécessitent impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peuvent se faire qu'après contrôle et acceptation de celle-ci par la CSS.
- 1.3 Les nouveau-nés sont assurés dans l'échelon d'assurance «Economy» sans aucune réserve au jour de leur naissance pour autant que la CSS reçoive la proposition d'assurance signée au plus tard 30 jours après la naissance.
- 1.4 La couverture d'assurance pour les suites d'accident peut être exclue. La personne assurée qui a exclu la couverture-accidents, dès la conclusion ou par la suite, peut en tout temps en demander l'intégration ou la réintégration, en remettant une déclaration de santé. L'intégration ou la réintégration de la couverture-accidents ne peut être effectuée qu'après contrôle et acceptation de la déclaration de santé par la CSS.

- 1.5 La couverture d'assurance (toutes les prestations énumérées au chiffre 2) pour la maternité peut être exclue. La personne assurée peut en tout temps demander l'intégration ou la réintégration de cette couverture. Un délai de carence de 365 jours (cf. chiffre 2.9) est alors valable.

2 Prestations assurées

Lors d'un cas d'assurance, la CSS alloue les prestations suivantes en complément et subséquentement aux prestations d'autres assurances sociales, notamment de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou de l'assurance-accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). L'étendue des prestations pour l'échelon d'assurance conclu figure dans le tableau ci-dessous.

	Economy	Balance	Premium
2.1 Champ d'application territorial	Couverture dans toute la Suisse pour les traitements planifiés, couverture dans le monde entier pour les traitements d'urgence: La CSS paie toutes les prestations pour les examens diagnostiques et les traitements médicaux. Pendant un séjour à l'étranger, les prestations sont limitées à la phase aiguë du traitement si, simultanément, un rapatriement en Suisse n'est pas approprié.		Couverture dans le monde entier pour les traitements planifiés et les traitements d'urgence: La CSS paie toutes les prestations pour des examens diagnostiques et les traitements médicaux. Pour les traitements planifiés à l'étranger, la CSS paie un montant de CHF 500 000 au maximum par année civile.
Si les documents et justificatifs ne permettent pas de constater dans quelle division la personne assurée a été traitée, la CSS verse les prestations comme pour la division privée à son domicile suisse avec la participation aux coûts convenue.			
2.2 Liberté du choix des divisions (commune, demi-privée, privée) pour les traitements stationnaires	Avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle entend se faire soigner ou séjourner et paie pour cela, en fonction de la division choisie, la participation aux coûts annuelle mentionnée dans la police.		
2.3 Hôpital stationnaire	La CSS paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des hôpitaux qui, au moment du traitement, sont considérés comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA.		La CSS paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des hôpitaux.
Pour les traitements planifiés, une garantie de paiement pour le fournisseur de prestations et la division choisis doit avoir été délivrée par la CSS au plus tard au moment de l'admission auprès du fournisseur de prestations. Si tel n'est pas le cas, les coûts ne sont pas remboursés. En cas d'urgence, la garantie de paiement pour le fournisseur de prestations ainsi que pour la division choisis doit être demandée sans délai.			
2.4 Hôpital ambulatoire	La CSS ne paie les coûts de traitement et de séjour ambulatoire ou semi-hospitalier auprès des fournisseurs de prestations fixés pour l'hospitalisation stationnaire (chiffre 2.3) que dans la mesure où la personne assurée ne dispose d'aucune assurance complémentaire pour les coûts ambulatoires à la CSS et où ce traitement ambulatoire sert à éviter ou à raccourcir une hospitalisation stationnaire assurée, cependant au plus 90 % du montant maximum pour une hospitalisation stationnaire selon le tarif (de référence) reconnu par la LAMal.		

	Economy	Balance	Premium
2.5 Réadaptation stationnaire	La CSS paie les coûts de traitement et de séjour pour une réadaptation stationnaire en division commune, demi-privée ou privée dans des cliniques de réadaptation qui, au moment du traitement, sont considérées comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA.		La CSS paie les coûts de traitement et de séjour pour une réadaptation stationnaire en division commune, demi-privée ou privée de cliniques de réadaptation.
	Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile	Illimité
2.6 Réadaptation ambulatoire	La CSS ne paie les coûts de traitement et de séjour ambulatoire ou semi-hospitalier auprès des fournisseurs de prestations fixés pour le séjour de réadaptation stationnaire (chiffre 2.5) que dans la mesure où la personne assurée ne dispose d'aucune assurance complémentaire pour les coûts ambulatoires à la CSS et où ce traitement ambulatoire sert à éviter ou à raccourcir un séjour de réadaptation stationnaire assuré, cependant au plus 90 % du montant maximum pour un séjour de réadaptation stationnaire selon le tarif (de référence) reconnu par la LAMal.		
	Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile	Illimité
2.7 Psychiatrie stationnaire	La CSS paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des cliniques psychiatriques qui, au moment du traitement, sont considérées comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA. Un traitement stationnaire suppose toujours une nécessité d'hospitalisation (le patient a besoin d'un traitement en milieu hospitalier, autrement dit des mesures diagnostiques et thérapeutiques ne sont possibles qu'à l'hôpital pour des raisons de matériel et de personnel). Des séjours de longue durée en cliniques psychiatriques de jour et de nuit, pour lesquels une nécessité n'est pas donnée, ne sont pas payés par cette assurance.		La CSS paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des cliniques psychiatriques. Un traitement stationnaire suppose toujours une nécessité d'hospitalisation (le patient a besoin d'un traitement en milieu hospitalier, autrement dit des mesures diagnostiques et thérapeutiques ne sont possibles qu'à l'hôpital pour des raisons de matériel et de personnel). Des séjours de longue durée en cliniques psychiatriques de jour et de nuit, pour lesquels une nécessité n'est pas donnée, ne sont pas payés par cette assurance.
	Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile	Au maximum pendant 180 jours par année civile
2.8 Cures balnéaires et cures de convalescence	Cures balnéaires: lorsque la personne assurée a subi préalablement un traitement approfondi en raison de maladies de l'appareil de soutien et de l'appareil locomoteur, que la cure se déroule dans un centre thermal reconnu par la CSS et dirigé par un médecin, qu'elle dure au moins deux semaines, qu'elle comprend des mesures balnéologiques et physiatriques et qu'elle est surveillée par un médecin du centre. Cures de convalescence: après une hospitalisation dans des établissements de convalescence reconnus par la CSS.		
	Pour les cures balnéaires et les cures de convalescence combinées: au maximum CHF 20 par jour jusqu'à maximum CHF 500 par année civile	Pour les cures balnéaires et les cures de convalescence combinées: au maximum CHF 80 par jour jusqu'à maximum CHF 2000 par année civile	Pour les cures balnéaires et les cures de convalescence combinées: au maximum CHF 160 par jour jusqu'à maximum CHF 4000 par année civile
2.9 Maternité	En cas de maternité, à l'échéance d'un délai de carence de 365 jours depuis le début de l'assurance et si les prestations de maternité n'ont pas été exclues, la CSS alloue: a) les mêmes prestations qu'en cas de maladie. b) les coûts pour un accouchement stationnaire dans une maison de naissance mentionnée sur la liste des hôpitaux du canton pour un montant équivalant à une hospitalisation pour une naissance (en tenant compte de la participation aux coûts choisie en conséquence).		

	Economy	Balance	Premium
2.9 Maternité (suite)	c) un montant maximum unique de CHF 1000, sans justificatif de coûts, pour un accouchement stationnaire (y c. en cas de naissances multiples) dans une maison de naissance ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton. Si la totalité de la période de convalescence se déroule dans la maternité, mais pas l'accouchement à proprement parler, un montant unique de CHF 500 au maximum est versé sans justificatif de coûts.	c) la totalité des coûts du séjour, sur présentation d'un justificatif, pour un accouchement stationnaire dans une maison de naissance ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton. Si la totalité de la période de convalescence se déroule dans la maison de naissance, mais pas l'accouchement à proprement parler, ce sont au maximum 50 % des frais de séjour qui sont pris en charge sur présentation d'un justificatif.	
	d) la contribution maximale unique mentionnée ci-après, sans justificatif de coûts, pour un accouchement ambulatoire dans une maison de naissance ou à domicile (y c. en cas de naissances multiples). Ces prestations ne peuvent pas être cumulées.		
	CHF 1000 par accouchement	CHF 1500 par accouchement	CHF 2000 par accouchement
2.10 Nouveau-né	a) Pour un nouveau-né en bonne santé , la CSS rembourse les coûts de séjour et du premier examen selon le tarif reconnu dans la LAMal pendant l'hospitalisation de la mère, à condition qu'il soit assuré à la CSS dès sa naissance au moins pour l'échelon Economy de la présente assurance d'hospitalisation myFlex.		
	La CSS alloue ces prestations au plus pendant 10 jours à partir de la naissance	La CSS alloue ces prestations au plus pendant 30 jours à partir de la naissance	La CSS alloue ces prestations au plus pendant 60 jours à partir de la naissance
	b) Pour les soins du nouveau-né en bonne santé et assuré à la CSS, celle-ci ne paie aucune prestation en cas de nouvelle hospitalisation de la mère.	b) Pour les soins du nouveau-né en bonne santé et assuré à la CSS, celle-ci paie au maximum CHF 100 par jour en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans les 10 semaines qui suivent la naissance.	b) Pour les soins du nouveau-né en bonne santé et assuré à la CSS, celle-ci paie tous les frais en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans les 10 semaines qui suivent la naissance.
2.11 Rooming-In	Pas de prestations	Dans le cas de l'hospitalisation stationnaire d'un enfant mineur assuré à la CSS, celle-ci paie au titre de l'assurance de l'enfant au maximum CHF 80 par jour jusqu'à CHF 2000 par année civile pour les coûts de séjour de la personne accompagnante.	Dans le cas de l'hospitalisation stationnaire d'un enfant mineur assuré à la CSS, celle-ci paie au titre de l'assurance de l'enfant au maximum CHF 160 par jour jusqu'à CHF 4000 par année civile pour les coûts de séjour de la personne accompagnante. Dans le cas de l'hospitalisation d'un adulte assuré à la CSS, celle-ci paie au titre de l'assurance de la personne adulte au maximum CHF 160 par jour jusqu'à CHF 4000 par année civile pour les coûts de séjour de la personne accompagnante.
2.12 Stérilisation stationnaire	La CSS paie les coûts d'une stérilisation stationnaire pour les femmes/hommes jusqu'à concurrence du montant mentionné ci-après par cas d'assurance, la participation aux coûts selon la division et la variante de participation aux coûts choisie est appliquée. Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'assurance ambulatoire myFlex.		
	CHF 500 par cas d'assurance	CHF 4000 par cas d'assurance	CHF 10 000 par cas d'assurance

	Economy	Balance	Premium
2.13 Coûts de transport en vue d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation	La CSS paie les coûts du transport effectué dans le but d'éviter ou de raccourcir des séjours stationnaires pour autant que la personne assurée n'ait pas d'assurance complémentaire pour coûts de transport à la CSS jusqu'à concurrence du montant mentionné ci-après. Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'assurance ambulatoire myFlex.		
	Jusqu'à CHF 250 au maximum par année civile	Jusqu'à CHF 1000 au maximum par année civile	Jusqu'à CHF 2000 au maximum par année civile
2.14 Entreprises téméraires	Pas de prestations		Les maladies et accidents dus à des entreprises téméraires (cf. chiffre 28.2, let. I, CGA) sont assurés au maximum jusqu'à un montant de CHF 500 000 par année civile.
2.15 Maladies chroniques	La CSS ne paie que les prestations des séjours pour maladies aiguës. Les prestations pour maladies chroniques ou leur traitement ne sont pas payées par cette assurance. Sont considérées comme maladies chroniques, celles qui ne correspondent plus à une nécessité d'hospitalisation aiguë stationnaire. Les prestations qui sont allouées par des institutions prévues pour le traitement de personnes assurées ne souffrant pas d'une maladie aiguë, comme les EMS, les homes pour personnes âgées, les résidences pour personnes âgées, les hospices ou les séjours de longue durée dans des cliniques psychiatriques de jour ou de nuit ne sont pas couvertes par cette assurance.		

3 Prestations complémentaires

- 3.1 La CSS détermine dans une liste (cf. chiffre 41 des CGA) quelles prestations complémentaires peuvent être allouées en rapport avec le chiffre 2, comme la promotion de la santé, la prévention ou l'assistance. Pour les prestations complémentaires proposées, il existe également les trois niveaux d'offre «Economy», «Balance» et «Premium». La CSS détermine également de façon autonome l'étendue des prestations des différents niveaux d'offre.
- 3.2 Les prestations complémentaires dépendent de la réunion des conditions formulées unilatéralement par la CSS et modifiables en tout temps.
- 3.3 La liste actualisée des prestations est publiée par la CSS sur Internet. Si tel n'est pas le cas, il est possible de la consulter dans les agences CSS.

4 Droit aux prestations

- 4.1 Les prestations sont imputées selon les données de traitement et d'exécution sur la somme de prestations assurée par année civile. Les coûts intervenant après épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
- 4.2 Si une limitation des prestations est convenue par cas d'assurance, celle-ci est valable indépendamment de la date de traitement ou d'exécution sur chaque cas d'assurance (y c. les complications ou éventuellement les traitements subséquents ou ultérieurs) et est considérée comme épuisée dès que tous les coûts réels dans le cadre de ce cas d'assurance ont atteint la limite de prestations.
- 4.3 Les prestations ou contributions prévues dans les présentes CC sont versées exclusivement à titre de complément et subséquemment aux assurances citées au chiffres 31.1 des CGA, notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les parts de coûts que couvrent ces assurances ainsi que les participations aux coûts issues de ces assurances ne sont pas assurées dans l'assurance d'hospitalisation myFlex, indépendamment du fait que les assurances existent ou non.
- 4.4 Pour autant que rien d'autre ne soit prévu au chiffre 2, sont remboursés au maximum, sur présentation de justificatifs, les coûts effectifs.
- 4.5 Pour les traitements à l'étranger (notamment avant une hospitalisation), il est impératif de contacter immédiate-

ment la centrale d'urgence de la CSS, laquelle organise le traitement (p. ex. chambre à deux lits, si disponible), le coordonne et délivre des garanties de paiement. Si les traitements médicaux ne sont pas organisés et autorisés par la centrale d'urgence de la CSS, le droit aux prestations peut être refusé ou fixé selon la libre appréciation (chiffre 26 des CGA) dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage (chiffre 24.1 des CGA) ou en cas de violation des obligations en cas de sinistre (notamment les obligations de renseigner, de se faire examiner et d'annoncer ainsi que l'existence d'une garantie de paiement; chiffre 25). Les traitements médicaux en cas de danger imminent font exception à cette règle.

5 Participations aux coûts

- 5.1 En cas de séjour hospitalier, les participations aux coûts annuelles mentionnées dans la police sont valables. Pour les prestations allouées à titre ambulatoire, une quote-part générale de 10 % est valable. Il n'est perçu aucune participation aux coûts ou quote-part sur les prestations dont les sommes sont limitées, à condition que le chiffre 2 ne mentionne rien d'autre.
- 5.2 Avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle veut être soignée ou séjourner et elle paie la participation aux coûts annuelle mentionnée dans la police conformément à la division choisie.
- 5.3 La personne assurée peut en tout temps proposer de passer dans une autre variante de participation aux coûts. Un changement pour une autre variante de participation aux coûts avec une participation aux coûts faible de la personne assurée est accordée après la remise et l'acceptation d'une déclaration de santé pour le début du mois qui suit l'acceptation. Si aucune déclaration de santé n'est remise ou si celle-ci n'est pas acceptée sans réserve par la CSS, le changement pour les échelons d'assurance «Balance» ou «Premium» ne se fait qu'au début de la deuxième année civile qui suit la proposition alors qu'il est exclu dans l'échelon d'assurance «Economy».
- 5.4 Dans l'assurance d'hospitalisation myFlex figurent les variantes de participation aux coûts suivantes:

	Economy Variante 1	Balance Variante 1	Premium Variante 1
Division commune:	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts
Division demi-privée:	40 % jusqu'à CHF 8000 par année civile	20 % jusqu'à CHF 2000 par année civile	aucune particip. aux coûts
Division privée:	70 % jusqu'à CHF 14 000 par année civile	35 % jusqu'à CHF 4000 par année civile	35 % jusqu'à CHF 2000 par année civile

	Economy Variante 2	Balance Variante 2	Premium Variante 2
Division commune:	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts
Division demi-privée:	20 % jusqu'à CHF 4000 par année civile	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts
Division privée:	35 % jusqu'à CHF 7000 par année civile	35 % jusqu'à CHF 2000 par année civile	aucune particip. aux coûts

6 Limitation des prestations

- 6.1 Lors d'un cas d'assurance, la CSS n'alloue pas de prestations pour des traitements et médicaments de médecine complémentaire.
- 6.2 Le libre choix du fournisseur de prestations est supprimé lorsque la personne assurée a conclu une assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. En cas d'infraction aux règles, aucun coût n'est pris en charge à partir de cette assurance.
- 6.3 En cas de séjours et/ou de traitements prodigués auprès d'un fournisseur de prestations reconnu conformément au chiffre 9 des CGA dont la division figure sur la liste des fournisseurs de prestations sans division commune, demi-privée ou privée reconnue par la CSS (cf. chiffre 41 des CGA), aucun frais n'est pris en charge. Le chiffre 6.3 n'est valable que pour les échelons d'assurance «Economy» et «Balance».
- 6.4 En contrepartie d'une réduction de primes, il est possible de conclure la variante d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. La CSS tient une liste pour cette variante (cf. chiffre 41 des CGA) qui indique quels fournisseurs de prestations peuvent être choisis. En cas de séjours et/ou de traitements prodigués auprès d'un fournisseur de prestations non mentionné sur la liste de la CSS, aucun frais n'est pris en charge. La CSS peut modifier la liste de manière unilatérale. Si certains fournisseurs de prestations sont supprimés de la liste, les personnes assurées peuvent, dans le même échelon et avec le même niveau de participation aux coûts, passer à la variante d'assurance sans limitation du choix du fournisseur de prestations sans remplir de déclaration de santé. Quoiqu'il en soit, la CSS garantit un choix adéquat en tout temps, d'un point de vue régional et médical. Le chiffre 6.4 n'est valable que pour les échelons d'assurance «Economy» et «Balance».

7 Bonus pour absence de prestations

- 7.1 Toute personne assurée peut bénéficier d'un remboursement annuel unique sous forme de bonus si, au cours de la période de référence, la CSS n'a pas versé de prestations d'assurance dues selon les présentes CC.
- 7.2 Est considérée comme période de référence la période s'étendant de début septembre à fin août des deux dernières années consécutives au cours desquelles la per-

sonne assurée a conclu cette assurance d'hospitalisation myFlex.

- 7.3 Lors de la conclusion initiale de l'assurance d'hospitalisation myFlex, la CSS peut prévoir des périodes de référence plus courtes.
- 7.4 Le montant du remboursement du bonus est défini tous les ans par la CSS sur la base du degré atteint par le résultat du produit de l'assurance d'hospitalisation myFlex. Un versement a lieu pour autant que soit disponible le résultat du produit du dernier exercice clôturé au sein de la période de référence dans le cadre de la valeur calculée selon des bases techniques.
- 7.5 Le bonus pour absence de prestations est remboursé au cours de l'année civile consécutive à la période de référence pour autant que la personne assurée soit encore couverte au 01.01. de cette année civile par l'assurance d'hospitalisation myFlex. La personne assurée est informée par écrit de ses droits et du montant du remboursement individuel du bonus.

8 Option Upgrade (Droit d'option pour un changement d'échelons d'assurance sans déclaration de santé)

- 8.1 Quiconque conclut une assurance d'hospitalisation myFlex avec les échelons d'assurance «Economy» ou «Balance» peut s'assurer le droit, moyennant le versement d'un supplément de prime, de passer dans les échelons d'assurance «Balance» ou «Premium» sans avoir à fournir une déclaration de santé.
- 8.2 Il est possible de demander une des variantes suivantes:
a) «Economy» à «Balance»
b) «Balance» à «Premium»
- 8.3 Une option peut être demandée au plus tard jusqu'au 68ème anniversaire de la personne assurée. Celle-ci doit être exercée au plus tard pour le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle durant laquelle la personne a atteint 70 ans. Toute autre déclaration ultérieure d'exercice du droit ne déploie aucun effet juridique. L'option s'éteint de toute façon au 31 décembre qui suit la date à laquelle la personne a atteint 70 ans lorsqu'elle n'a pas été exercée valablement au préalable.
- 8.4 L'option n'est accordée qu'aux personnes assurées qui ont pu conclure une assurance d'hospitalisation myFlex sans limitation ou exclusion/réserve après contrôle de

leur déclaration de santé. L'option peut être demandée sans fourniture d'une nouvelle déclaration de santé encore pendant les 16 mois suivant la remise de la déclaration de santé. Une fois ce délai écoulé, l'option peut à nouveau être demandée uniquement après remise d'une déclaration de santé. Dans ce cas, on applique le chiffre 1.2 par analogie.

- 8.5 L'option doit être exercée par écrit auprès de la CSS; celle-ci doit l'avoir reçue au plus tard le dernier jour ouvrable du mois de novembre pendant les heures d'ouverture habituelles de bureaux. Toute déclaration arrivant en retard est nulle et ne déploie aucun effet juridique. Si la déclaration est valable, le changement d'échelon d'assurance convenu se fait au 1^{er} janvier de l'année civile suivante.
- 8.6 Lorsque l'option a été valablement exercée, les primes complémentaires la concernant (chiffre 17 CGA) restent dues jusqu'au 31 décembre précédant le changement d'échelon d'assurance. Ensuite est facturé le tarif de primes valable pour l'échelon d'assurance choisi.
- 8.7 L'option ne peut être exercée qu'une fois, au plus tôt 12 mois après sa conclusion, avec effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- 8.8 Elle peut être exercée au plus tôt au 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle la personne a eu 20 ans. Ensuite, elle ne peut être exercée qu'à intervalle de 5 ans à chaque fois (c'est-à-dire au 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle la personne a atteint 25, 30, 35 ans, etc.).
- 8.9 Lors de l'exercice de l'option, le changement d'échelon de l'assurance s'effectue en fonction du risque assuré (maladie, accident, maternité). Si la personne assurée a en outre choisi la variante de participation aux coûts avec la participation aux coûts plus élevée, le changement d'échelon d'assurance se fait en conservant cette variante.
- 8.10 L'option peut être dénoncée par écrit par la personne assurée avec effet pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de résiliation de trois mois. Si la personne assurée résilie l'assurance d'hospitalisation myFlex, ou bien si celle-ci est supprimée pour une autre raison, l'option s'éteint dans tous les cas au moment de la fin de l'assurance.
- 8.11 Les primes complémentaires pour l'option payées à la CSS par la personne assurée sont entièrement conservées par la CSS en cas de résiliation ou de suppression de l'assurance indépendamment du fait que l'option ait été exercée ou non.
- 8.12 Si une personne assurée procède régulièrement à un changement d'échelon d'assurance après avoir remis une déclaration de santé, l'option conclue pour un changement correspondant d'échelon d'assurance est supprimée sans résiliation. La personne assurée n'a dans ce cas pas droit au remboursement des primes supplémentaires payées pour cette option.

