

alan

Alan Santé

Individuels & Dolce Vita

Conditions Générales



Conditions générales Santé Alan

Alan Frais de santé Individuels

Alan Frais de santé Dolce Vita (retraités)

Le présent document constitue les Conditions Générales unifiées des Contrats collectifs facultatifs Alan Santé, regroupant deux Contrats distincts :

- Alan Santé Individuels : un contrat frais de santé pour les particuliers,
- Alan Santé Dolce Vita : un contrat frais de santé pour les retraités.

Chaque contrat collectif Frais de Santé à adhésion facultative est souscrit par le Souscripteur individuel auprès d'Alan Insurance. La réunion des Conditions Générales au sein d'un même support a pour but de renforcer l'information du Souscripteur, tout en précisant les formules et clauses spécifiquement requises dans les Conditions particulières remis lors de la souscription.

Le Contrat, régulé par le code des assurances ainsi que la législation en vigueur, se compose des documents suivants :

- Les présentes **Conditions Générales** détaillent les obligations des parties et les modalités d'application des garanties, notamment la liste des documents nécessaires à leur règlement,
- Les **Conditions Particulières** remises lors de la souscription, indiquent notamment le caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des salariés ou de celles des ayants-droit, la nature du Contrat, sa date d'effet, le type de prestations choisies et leur montant, les cotisations, ainsi que les éventuelles dérogations aux Conditions générales,
- D'éventuels avenants venant modifier les dispositions du Contrat.

Sommaire

Principes généraux	3
Garanties et Services	8
Autres dispositions	14

1. Principes généraux

1.1. Objet des Contrats

Les présentes Conditions Générales s'appliquent au contrat d'assurance individuelle pour les Individuels et Retraités couvrant les frais de santé relevant de la branche 2 « Maladie », au sens de l'article R.321-1 du code des assurances.

L'assureur est Alan Insurance, société anonyme d'assurance au capital de 203,431,579 € (RCS 908 311 103), 117 Quai de Valmy, 75010 Paris. L'assureur a confié à Alan Services (RCS 908 361 314, n° ORIAS 220 049 25, 117 Quai de Valmy, 75010 Paris), la gestion et la distribution de ses contrats d'assurance. Alan Insurance est soumise aux dispositions du code des assurances et à la législation applicable, et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09. Les rapports annuels sur la solvabilité et la situation financière d'Alan Insurance sont accessibles sur alan.com.

Le Contrat est souscrit par une personne physique (« le Souscripteur ») pour son bénéfice et éventuellement celui de ses ayants droit (« les Bénéficiaires »). Il définit les modalités et conditions selon lesquelles l'Assureur assure au bénéfice des Assurés (Souscripteur et Bénéficiaires) une protection complémentaire « Frais de santé », et de couvrir, en supplément de la Sécurité sociale et selon les besoins du Souscripteur, une partie ou la totalité des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, selon les conditions établies et les exclusions contractuelles.

Chaque Souscripteur reçoit un numéro de contrat distinct attribué à chaque Contrat (Individuel ou Dolce Vita), et des Conditions particulières séparées.

1.2. Prise d'effet du Contrat

Le Contrat prend effet à la date souhaitée par le Souscripteur telle que précisée dans les Conditions Particulières, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation. Cette date d'effet ne peut être antérieure à la date de signature du Contrat. Le Contrat est initialement conclu pour une période comprise entre sa date d'effet et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction le 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties.

 **En signant les Conditions particulières, le Souscripteur s'engage pour une période initiale de douze (12) mois.** Les échéances principales de renouvellement sont fixées au 1er janvier de chaque année. Les conditions de remboursement et la grille tarifaire initialement appliquées sont garanties de la date d'adhésion au 31 décembre de l'année civile en cours.

Les personnes éligibles adhèrent au Contrat en signant les Conditions particulières lors du parcours de souscription proposé par l'Assureur. Un IBAN est demandé au Souscripteur, qui signe un mandat de prélèvement.

1.3. Modifications du Contrat

Modification des garanties et cotisations

L'Assureur peut proposer une révision du Contrat à tout moment. En cas de modification des droits et obligations de l'Assuré, les modifications donnent lieu à une information écrite par l'Assureur au moins trois (3) mois avant la date de prise d'effet et, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle Notice d'information au Souscripteur. Le Souscripteur peut refuser les modifications en résiliant le Contrat depuis son espace Alan, dans les conditions et délais prévus par les présentes Conditions Générales et par la réglementation applicable.

Modifications imposées par une évolution légale ou réglementaire

Le Contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires à sa date d'effet. En cas de modifications législatives ou réglementaires impactant les garanties (mise en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables) ou les cotisations (modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature), l'Assureur peut procéder aux ajustements nécessaires. L'Assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente (30) jours pour refuser à compter de l'information. Les modifications non refusées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente (30) jours.

Le consentement du Souscripteur aux modifications est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation modifiée ou l'absence d'opposition au prélèvement bancaire dans les trente (30) jours suivant son exécution. A défaut d'accord sur cette révision, le Souscripteur et l'Assureur peuvent mettre fin au Contrat sans attendre l'échéance annuelle.

Toute autre modification donne lieu à un avenant signé entre l'Assureur et le Souscripteur.

1.4. Résiliation

Résiliation par le Souscripteur

******Le Souscripteur s'engageant pour une période initiale de couverture de douze (12) mois, il peut notifier la résiliation à l'Assureur via l'espace personnel dès le 12ème mois de couverture. Par exception, le Souscripteur peut, au cours de la première année de couverture, résilier son Contrat lorsqu'il obtient le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire (article L.861-4-1 du code de la Sécurité sociale). La résiliation du Contrat prend effet à la date souhaitée par le Souscripteur et au plus tôt le jour de la réception de la demande. La cotisation couvrant la période antérieure à la résiliation est due à l'Assureur. La résiliation du Contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les Bénéficiaires.

Résiliation par l'Assureur - non paiement des cotisations

 En cas de défaut de paiement dans les dix (10) jours de son échéance, l'Assureur peut suspendre les garanties trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure, puis résilier le Contrat dix (10) jours plus tard (soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure), conformément à l'article L.113-3 du code des assurances.

La résiliation n'interrompt pas les procédures de recouvrement des cotisations dues.

1.5. Droit à renonciation du Souscripteur

Les Contrats Alan Individuels et Alan Dolce Vita sont à adhésion facultative. Le Souscripteur dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la conclusion du Contrat pour renoncer au contrat, sans motif ni pénalité. Ce droit s'exerce en deux clics depuis l'espace membre, via le bouton "Renoncer au contrat ici". Un accusé de réception est adressé par email, mentionnant le contenu de la demande, sa date et son heure d'envoi.

⚠ Ce droit devient caduc dès qu'une activité de couverture est enregistrée au titre du contrat : remboursement effectué, soin transmis par télétransmission, ou prise en charge en cours de traitement.

1.6. Obligations du Souscripteur

Souscription du Contrat

La souscription s'effectue selon les modalités convenues entre le Souscripteur et l'Assureur et principalement en ligne via le site internet alan.com ou l'application mobile en fournissant des informations exactes et à jour. À tout moment du processus, le Souscripteur peut vérifier ses informations ou obtenir l'assistance de l'Assureur. Avant de finaliser, le Souscripteur prend connaissance des dispositions contractuelles et valide la souscription. Il reçoit ensuite ses Conditions Particulières avec son numéro de contrat.

Un espace personnel sécurisé est mis à disposition du Souscripteur, accessible via le site internet et l'application mobile Alan. Il permet de consulter les documents contractuels, gérer les garanties et les affiliations, suivre les remboursements et accéder aux attestations et communiquer avec Alan. Les informations sont archivées de façon sécurisée conformément aux exigences légales. Les documents électroniques et la signature électronique ont la même valeur légale qu'un document papier signé à la main.

Vérifications

En cas de doute sérieux sur l'éligibilité du Souscripteur ou d'un Bénéficiaire, l'Assureur peut demander tout justificatif utile. Le Souscripteur dispose d'un délai de quinze (15) jours pour transmettre les éléments requis à compter d'une notification écrite de l'Assureur. À défaut de réponse après relance et, lorsque cela est nécessaire, mise en demeure, l'Assureur peut prendre les mesures prévues par la loi et le Contrat, notamment mettre fin à la couverture de la personne qui ne remplit plus les conditions d'éligibilité.

En cours de Contrat

Le Souscripteur s'engage à déclarer à l'Assureur tout événement aggravant les risques existants ou créant de nouveaux risques (notamment tout changement de domicile, de situation familiale ou de régime), dès qu'il en a connaissance. Des justificatifs peuvent être demandés pour tout changement déclaré.

Déclaration et suppression d'un Bénéficiaire

Les Bénéficiaires, affiliés à un régime de Sécurité sociale français, sont précisés dans l'espace Alan dès leur inscription à la date souhaitée. Le Souscripteur peut ajouter un Bénéficiaire depuis son espace Alan, à la date souhaitée.

Un engagement d'une durée initiale de douze (12) mois est demandé pour chaque Bénéficiaire. À l'issue de cette période, le Souscripteur peut notifier à l'Assureur, via son espace Alan, la fin de la couverture du Bénéficiaire.

Par exception, le Souscripteur peut résilier l'adhésion d'un Bénéficiaire lorsque ce dernier obtient le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire, conformément aux dispositions de l'article L.861-4-1 du code de la sécurité sociale.

Changement d'offre de couverture à l'initiative du Souscripteur

Le Souscripteur peut à tout moment opter pour une offre avec une meilleure couverture. Ce changement entraîne un nouvel engagement de douze (12) mois, commençant le jour de la nouvelle couverture. Une fois arrivé au terme de son engagement de douze (12) mois, le Souscripteur peut choisir une offre avec une couverture plus faible sans que cela n'entraîne une nouvelle période d'engagement.

1.7. Personnes assurables

Assurés

Pour bénéficier des prestations définies dans chaque Contrat, l'Assuré et son Bénéficiaire doit être affilié à un régime de Sécurité sociale français, avoir suivi le parcours d'affiliation Alan et fournir un IBAN.

Alan Santé Individuels (offre "particuliers")

Peut souscrire au Contrat toute personne physique âgée **75 ans ou moins** au moment de la souscription, couverte par un régime obligatoire de protection sociale français.

Alan Santé Dolce Vita (offre "retraités")

Peut souscrire au Contrat toute personne physique âgée de **75 ans ou moins** au moment de la souscription, couverte par un régime obligatoire de protection sociale français. L'Adhérent principal doit être retraité, non titulaire d'une activité salariée. Une déclaration sur l'honneur est signée à la souscription pour attester du statut de retraité.

Couverture des Bénéficiaires

Peuvent être couverts par les Contrats Alan Santé Individuels ou Alan Santé Dolce Vita en qualité de Bénéficiaires du Souscripteur :

Définition du Conjoint, Concubin et Partenaire de PACS

- le Conjoint est la personne mariée à l'Assuré,
- le Concubin est la personne vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du code civil),
- le Partenaire de PACS est la personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacte civil de solidarité (article 515-1 du code civil).

Alan Individuels (offre "particuliers") : le Conjoint, Partenaire de PACS ou Concubin du Souscripteur doit être âgé de 75 ans ou moins au moment de la souscription.

Définition de l'enfant à charge

Sont considérés comme Bénéficiaires les enfants de l'Assuré, de son Conjoint, de son Concubin ou de son Partenaire de PACS, remplissant cumulativement les conditions suivantes :

Condition d'âge (sauf limite d'âge différente mentionnée au tableau de garanties annexé à la Notice) :

- les enfants mineurs (moins de 18 ans),
- les enfants âgés de 18 à moins de 25 ans qui poursuivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (contrat d'apprentissage ou de professionnalisation),
- sans limite d'âge, les enfants titulaires de la carte mobilité inclusion mention invalidité (L.241-3 du code de l'action sociale et des familles) ou percevant une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou allocation pour adulte handicapé).

Condition fiscale : être à la charge fiscale de l'Assuré ou de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire fiscalement déductible.

Les enfants de l'Assuré nés vivants et viables dans les 300 jours suivant son décès sont également considérés comme enfants à charge.

Gestion des bénéficiaires

Dès l'inscription des Bénéficiaires, ces derniers sont mentionnés dans l'espace Alan à la date indiquée par l'Assuré.

Un engagement d'une durée initiale de douze (12) mois est demandé pour chaque Bénéficiaire. À l'issue de cette période, le Souscripteur peut notifier à l'Assureur, via son espace Alan, la fin de la couverture du Bénéficiaire.

La suppression d'un Bénéficiaire affilié à titre **facultatif** au Contrat est possible :

- **à tout moment après douze (12) mois de couverture continue, la suppression prenant effet à la date déterminée par l'Assuré (au plus tôt à la réception de la demande),**
- **avant la fin du 12ème mois :**
 - en cas d'augmentation de sa cotisation, la suppression prenant effet à la date du renouvellement de l'affiliation, ou
 - lorsque ce dernier obtient le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire (article L.861-4-1 du code de la sécurité sociale).

La qualité de Bénéficiaire prend fin :

- **dès la perte des conditions d'éligibilité définies contractuellement,**
- **dès lors que l'Assuré principal n'est plus assuré par Alan,**
- **sur demande expresse de l'Assuré concernant son Bénéficiaire.**

L'Assureur peut mettre fin à la couverture d'un bénéficiaire devenu éligible à une couverture salariée obligatoire s'il ne demande pas de dispense d'affiliation au régime collectif obligatoire de son employeur dans les délais.

Le Bénéficiaire ne peut être assuré par l'assureur en tant qu'assureur surcomplémentaire pour le même risque santé couvert au titre d'un autre contrat frais de santé assuré par Alan.

2. Garanties et Services

2.1. Conditions de remboursement

Les frais de santé ne donnent lieu à remboursement que s'ils correspondent à des soins dispensés postérieurement à la prise d'effet des garanties et pendant la durée effective du Contrat. Aucun remboursement n'est effectué pour les soins dispensés après résiliation ou suspension du Contrat, même si ces soins résultent d'événements antérieurs.

La date des soins retenue est :

- pour les actes référencés par la Sécurité sociale : celle indiquée sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale,
- pour les actes non référencés par la Sécurité sociale : la date de facturation.

 Pour les traitements de longue durée, notamment les traitements orthodontiques et similaires, l'Assureur rembourse par semestre de traitement. Pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date de début du semestre indiquée sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale est retenue. Pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date de début du semestre indiquée sur la facture est retenue. Le semestre complet est pris en charge lorsqu'il débute pendant la période de couverture. Aucun calcul au prorata n'est effectué.

2.2. Modalités de transmission des demandes

La gestion du Contrat s'effectue exclusivement via l'espace Alan. Les demandes de remboursement sont transmises à l'Assureur soit via le dispositif de tiers payant ou de télétransmission mis en place par celui-ci, soit par tout moyen qu'il met à disposition (notamment la messagerie électronique) lorsque les justificatifs sont envoyés directement par l'Assuré.

2.3. Pièces justificatives requises

Les remboursements sont effectués sur présentation des documents suivants :

- décomptes de la Sécurité sociale mentionnant les montants remboursés par le régime obligatoire,
- factures acquittées des professionnels de santé correspondant aux actes référencés par la Sécurité sociale,
- décomptes de la première complémentaire santé en cas de couverture multiple.

Alan peut demander des documents complémentaires afin de vérifier la réalité et la conformité de la demande de remboursement. Il peut s'agir notamment des documents suivants : ordonnances médicales, bons de livraison pour les équipements optiques ou dentaires, devis détaillés, preuves de paiement, photos des équipements médicaux reçus, documents de traçabilité ou de conformité de l'équipement ou du dispositif médical délivré, ainsi que tout document attestant du respect, par le professionnel de santé ou le fabricant, des obligations déclaratives ou d'enregistrement prévues par la réglementation applicable. Pour les dispositifs médicaux sur mesure, ces documents peuvent notamment comprendre la déclaration du fabricant auprès de l'ANSM lorsqu'elle est obligatoire, ou tout document équivalent.

L'instruction de la demande peut être suspendue jusqu'à réception des justificatifs nécessaires. L'absence d'un document ne constitue pas, à elle seule, une preuve de fraude ou de non-conformité.

💡 L'Assuré doit conserver tous les justificatifs relatifs à ses demandes de remboursement pendant une durée minimale de deux ans à compter de la date des soins. À défaut, le remboursement est limité à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué uniquement après réception de l'ensemble des documents nécessaires.

Pour certaines vérifications, des informations médicales peuvent être demandées, limitées aux informations strictement nécessaires à la demande de remboursement. Ces informations doivent être envoyées au Médecin conseil d'Alan via l'espace membre sécurisé Alan, ou par courrier à : Alan Services, à **l'attention du Service médical**, 117 Quai de Valmy 75010 Paris.

L'Assuré est responsable de l'exactitude de ses coordonnées bancaires et de la sécurité de ses identifiants de connexion. En cas de perte, vol ou divulgation involontaire de ces informations, il informe immédiatement Alan.

2.4. Fonctionnement des garanties

Principe de subsidiarité

⚠️ **Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité sociale ouvrent droit à remboursement par l'Assureur, sauf exceptions expressément prévues au tableau de garanties.** L'Assureur intervient dans les limites et plafonds contractuels pour les soins dispensés pendant la période de garantie. Ces garanties sont susceptibles d'évoluer, de même que la tarification y afférente (voir article "Modifications du Contrat".

Expression des garanties

Le montant des prestations est exprimé selon l'une des deux formules suivantes (voir tableau de garanties) :

- "Y compris le remboursement de la Sécurité sociale" : montant total incluant la part remboursée par la Sécurité sociale obligatoire,
- "En complément du remboursement de la Sécurité sociale" : montant s'ajoutant à la part remboursée par la Sécurité sociale.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Les garanties peuvent être exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) qui correspond au tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale qui correspond au :

- tarif conventionné pour les actes effectués par un professionnel conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire,
- tarif d'autorité pour les actes effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (tarif forfaitaire inférieur au tarif de convention),
- tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et biens médicaux.

La base de remboursement peut être différente du prix réel facturé pour la prestation ou le produit.

Renouvellement des forfaits

- **forfaits annuels : renouvellement au 1er janvier de chaque année et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre,**
- **forfaits lunettes : renouvellement tous les deux ans (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans) à compter de la date d'achat du dernier équipement, sauf en cas d'évolution de la correction constatée par une nouvelle ordonnance médicale,**
- **forfaits aides auditives: se renouvellent tous les quatre ans à compter de la date d'achat de l'équipement.**

Les périodes relatives aux forfaits lunettes et aides auditives constituent des conditions impératives pour la qualification de "contrat responsable", au sens de l'article **Contrat solidaire et responsable**.

 Pour les garanties soumises à condition de renouvellement (lunettes, aides auditives), l'Assureur peut demander à l'Assuré, en cas d'indices objectifs de non-respect de ce délai, un extrait de relevé de remboursements de son précédent organisme complémentaire limité aux équipements optiques et auditifs, portant sur la période de renouvellement applicable à l'équipement concerné précédant la demande, afin de vérifier qu'aucun équipement de même nature n'a été pris en charge au cours de cette période. À défaut, l'Assuré peut produire toute pièce équivalente en sa possession. L'Assuré dispose de trente (30) jours pour produire ces documents, faute de quoi l'Assureur est fondé à rejeter la demande.

 **Pour les garanties exprimées sous forme de forfaits ou plafonds annuels (optique, lentilles, médecines alternatives), les demandes de remboursement doivent être soumises avant le 31 mars de l'année civile suivante. Passé ce délai, le droit au remboursement pour l'année concernée est caduc.**

Application des garanties

Aucune compensation entre les différents postes n'est possible pour l'application des limites et plafonds. Sauf mention contraire, les plafonds et forfaits annuels s'entendent par personne couverte. Les garanties prises en compte par l'Assureur pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins.

Les actes dentaires et de stomatologie, y compris les actes chirurgicaux et l'imagerie dentaire, relèvent exclusivement de la garantie Soins Dentaires, même réalisés en établissement de santé.

Les équipements 100% Santé font l'objet d'un prix limite de vente (PLV) fixé par la réglementation applicable. La prise en charge est intégrale dans la limite du PLV applicable à la date des soins. Tout montant facturé au-delà du PLV par le professionnel de santé reste à la charge de l'Assuré et ne donne pas lieu à remboursement.

 En cas de non-paiement des cotisations par le Souscripteur, les garanties peuvent être suspendues dans les conditions et délais prévus à l'article « Résiliation par l'Assureur » et à l'article L.113-3 du code des assurances. Pendant la période de suspension, les garanties ne produisent plus d'effet et les soins dispensés pendant cette période ne sont pas pris en charge. La régularisation des cotisations met fin à la suspension pour l'avenir, sans effet rétroactif.

Limitation aux frais réellement engagés

Le montant total des remboursements ne peut jamais excéder les frais réellement supportés par l'Assuré, tous organismes confondus. Cette limitation inclut les pénalités financières hors parcours de soins, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Les prestations exprimées en forfait annuel sont soumises aux mêmes règles :

- un forfait ne peut être utilisé que dans la limite des frais réellement engagés,
- les forfaits ne sont ni reportables ni cumulables d'une année sur l'autre.

Si l'Assuré bénéficie de plusieurs contrats d'assurance complémentaire, il peut demander le remboursement à l'assureur de son choix, les garanties de même nature s'appliquant dans la limite de chaque garantie contractuelle.

Cette limitation, conforme à la loi "Evin" n° 89-1009 du 31 décembre 1989, garantit que les remboursements interviennent uniquement sur les frais restant à charge après intervention de tous les autres remboursements, l'Assureur pouvant demander tout justificatif permettant de vérifier le montant des frais engagés et les remboursements déjà perçus.

Contrat responsable et solidaire

 Un contrat "responsable" suit des règles légales qui favorisent de bonnes pratiques de santé. Il offre des avantages fiscaux mais limite certains remboursements et encourage le respect du parcours de soins. Un contrat "non responsable" offre plus de liberté dans les remboursements, mais ne bénéficie pas des mêmes avantages fiscaux et sociaux. Le taux de taxe sera supérieur et le salarié devra payer des charges salariales sur la cotisation.

Le présent Contrat est qualifié de « responsable ».

Exclusions communes à tous les contrats :

Exclusions communes à tous les contrats :

- la participation forfaitaire de l'Assuré ou des Bénéficiaires prévue à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale,
- les franchises pratiquées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et laissées à la charge de l'Assuré ou des Bénéficiaires,
- la baisse du taux de remboursement liée au non-respect du parcours de soins.

Le Contrat est également "solidaire" car il n'y a pas de questionnaire médical à remplir.

Tiers payant

La procédure de tiers payant peut dispenser l'Assuré ou les Bénéficiaires de faire l'avance des fonds auprès de certains professionnels de santé. Elle est applicable selon les professionnels de santé et les départements où un accord a été signé. Pour en bénéficier, l'Assuré présente au professionnel de santé la carte de tiers payant et sa carte Vitale.

Alan propose une carte de tiers payant et une attestation téléchargeables depuis l'espace membre. Une carte papier peut être émise gratuitement sur demande.

En cas de radiation de l'Assuré, ce dernier s'engage à restituer ou à détruire sa carte de tiers payant.

L'Assureur se réserve le droit de réclamer toute somme indûment versée en cas de non-respect de ces dispositions ou en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

Territorialité et monnaie

Les garanties « Frais de santé » prennent en charge les actes et soins de santé engagés en France.

Les actes et soins de santé engagés à l'étranger sont couverts sur la base de la garantie applicable aux médecins spécialistes Non-Optam (médecins n'ayant pas signé les conventions de maîtrise des tarifs, ce qui signifie des taux de remboursement généralement plus bas) précisée au tableau des garanties, à condition :

- **que les prescriptions soient émises par un professionnel de santé établi dans un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, ET,**
- **d'avoir préalablement été remboursé par un régime d'assurance maladie obligatoire ou un organisme de sécurité sociale d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, lorsque les actes sont pris en charge par ce régime**

 **Les soins à l'étranger non remboursés par la Sécurité sociale (ou organisme équivalent UE/EEE/Suisse) sont pris en charge uniquement lorsqu'ils sont expressément prévus au tableau de garanties.**

Les prestations sont remboursées sur un compte bancaire en euros, établi en Union européenne, conforme à la norme SEPA et ouvert au nom de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Risques exclus

 **En plus des exclusions spécifiques à chaque garantie, quel que soit le Contrat, Alan ne rembourse jamais :**

- **les actes et frais d'hospitalisation refusés par l'Assurance Maladie, sauf cas expressément prévus dans votre tableau de garanties,**
- **les interdictions de prise en charge prévues dans le cadre des contrats responsables (détaillées à l'article Contrat responsable et solidaire),**
- **les soins pratiqués ainsi que les dispositifs médicaux prescrits ou vendus, par un professionnel de santé ne disposant pas d'un numéro RPPS ou FINESS, ni d'un diplôme d'État dans sa spécialité (seuls les soins dispensés par des professionnels légalement habilités sont remboursés conformément à l'article L.4161-1 du code de la Santé Publique),**
- **les frais liés aux séjours dans les établissements sociaux ou médico-sociaux (par exemple les maisons de retraite) ainsi que dans les unités de soins de longue durée (USLD),**
- **les transports et frais d'hébergements liés aux cures, ainsi que les soins, actes et prothèses dentaires et autres traitements à visée exclusivement esthétique, dépourvus d'indication médicale ou fonctionnelle documentée par le praticien, sauf si l'intervention est consécutive à un accident (toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure)**
- **les soins médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits après la radiation d'un Assuré ou d'un Bénéficiaire,**
- **Les dépassements d'honoraires pratiqués en dehors des cas autorisés par la réglementation applicable ou par la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie restent exclus, sauf lorsqu'ils sont expressément couverts par le tableau de garanties des Conditions particulières, dans les limites et plafonds définis,**
- **la fraction des frais excédant les plafonds, forfaits ou limites prévus par le Contrat,**
- **tout supplément, majoration ou surcoût non expressément pris en charge par le tableau de garanties.**

2.5. Cotisation payée par le Souscripteur

Calcul

La cotisation couvre le coût des garanties souscrites, la taxe de solidarité additionnelle et toute autre taxe applicable en vigueur à la date d'effet du Contrat. La cotisation totale est la somme des cotisations individuelles de toutes les personnes couvertes (Adhérent et Bénéficiaires). Pour le Souscripteur et son conjoint, partenaire ou concubin, les cotisations sont calculées chaque année civile selon l'âge atteint au 31 décembre de l'année précédente.

 Les enfants bénéficient d'un tarif fixe, quel que soit leur âge. La cotisation à partir du troisième enfant est gratuite.

Tarification régionale (Alan Santé Dolce Vita uniquement)

 Note importante : **La tarification régionale décrite ci-dessous s'applique uniquement aux Contrats Dolce Vita. Elle ne s'applique pas aux Contrats Alan Santé Individuel.**

La cotisation mensuelle est déterminée en fonction de :

- la formule de garanties choisie,
- l'âge de l'Assuré au moment de la souscription (tel que défini ci-dessus),
- la zone géographique de résidence, identifiée par le code postal du domicile principal déclaré lors de la souscription.

Deux zones tarifaires sont définies sur la base de critères actuariels objectifs reflétant les différences régionales de coût des soins de santé :

- Zone 1 : Départements 13, 33, 34, 75, 91, 92, 93, 94, 95
- Zone 2 : Tous les autres départements de France métropolitaine

En cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire, le Souscripteur doit en informer l'Assureur. La cotisation sera ajustée lors du prochain renouvellement annuel du contrat au 1er janvier suivant la déclaration du changement.

Ajustement de la cotisation

La cotisation est ajustée annuellement à chaque échéance principale au 1er janvier. En cas d'affiliation en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata. Les nouvelles cotisations sont détaillées dans les Conditions particulières.

Évolution des cotisations pour l'Assuré du Contrat Alan Santé Individuels:

En raison de l'augmentation de l'âge, elles progressent en début de chaque année de :

- 2,5% par an entre 18 et 30 ans,
- 1,5% par an entre 30 et 50 ans,
- 2% par an entre 50 et 65 ans,
- 3,5% par an au-delà.

Païement

Les détails de la grille tarifaire pour chaque type de contrat (Alan Santé Individuels, Alan Santé Dolce Vita) sont spécifiés dans les Conditions particulières.

Le paiement de la première cotisation se fait lors de la signature du contrat si la couverture prend effet immédiatement ou au début du mois suivant. La cotisation est ensuite prélevée en début de chaque mois. Le Souscripteur est responsable des prélèvements de ses cotisations et de celles de ses Bénéficiaires.

Pour des raisons de sécurité et de conformité réglementaire, les paiements par chèque ou en espèces ne sont pas acceptés. Le paiement se fait par prélèvement SEPA automatique après signature d'un mandat de prélèvement lors de la souscription du Contrat.

 **En cas de non-paiement de la cotisation dans le délai de dix (10) jours de son échéance et après mise en demeure de régler cette somme, une majoration de retard s'élevant jusqu'à 10% des sommes dues peut être appliquée (montant minimum de 10€).**

3. Autres dispositions

3.1. Loi et langue applicables

Les Contrats sont régis par la loi française. L'Assureur s'engage à utiliser la langue française pour ses échanges avec le Souscripteur pendant la durée des Contrats.

3.2. Subrogation

Lorsque le Contrat couvre les conséquences d'une atteinte à la personne causée par un tiers, l'Assureur peut être subrogé, dans la limite des prestations indemnitaires versées, dans les droits et actions du Souscripteur ou du Bénéficiaire contre le tiers responsable et son assureur, conformément à l'article L.131-2 du code des assurances. Le Souscripteur ou le Bénéficiaire s'engage à fournir les informations et justificatifs nécessaires à l'exercice de ce recours.

3.3. Forclusion

 L'Assuré ne peut envoyer de demande de remboursement, accompagnée de justificatifs, plus de deux (2) ans à compter de la date de remboursement du régime obligatoire. Pour les prestations non liées à l'intervention du régime obligatoire, le délai est de deux (2) ans à compter de la date du fait générateur motivant la demande.

3.4. Prescription

 La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par les articles L114-1 à L114-3 du code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du code des assurances : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 du code des assurances : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 du code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

 Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du code civil ci-après :

- Article 2240: la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Article 2241 : la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Article 2242 : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Article 2243 : l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Article 2244 : le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- Article 2245 : l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres

codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

- Article 2246 : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

3.5. Mesures de lutte contre la fraude

Fausse déclaration

 **Déclaration intentionnelle trompeuse** : si le Souscripteur du Contrat ou l'Assuré ayant adhéré au Contrat omet ou déforme intentionnellement des informations essentielles pour l'appréciation du risque par Alan, le Contrat est nul. Les cotisations déjà versées restent acquises à Alan (article L.113-8 du code des assurances).

 **Déclaration inexacte dont la mauvaise foi n'est pas établie** : toute omission ou déclaration inexacte du Souscripteur ou de l'Assuré ayant adhéré au Contrat, lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, entraîne l'application des dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, et notamment une réduction proportionnelle des prestations.

3.6. Déchéance de la prise en charge en cas de fraude

 **En cas de demande de remboursement de prestations fictives, de fausse déclaration concernant les prestations de santé, le praticien, le coût des prestations ou de production de faux documents à l'appui d'une demande de remboursement, la prise en charge de la demande concernée est refusée. L'Assuré doit restituer les sommes indûment perçues à ce titre.**

En outre, en cas de fraude établie, l'Assuré s'engage à verser à l'Assureur une indemnité compensatrice du préjudice causé par les démarches internes et externes rendues nécessaires par la fraude, notamment l'enquête, l'expertise et le recouvrement. Cette indemnité est fixée à un montant équivalent à celui des prestations frauduleuses.

En cas d'indices sérieux de fraude, notamment en présence d'incohérences documentaires, de montants anormalement élevés au regard des prix habituellement pratiqués ou de fréquence inhabituelle de soins, l'Assureur peut demander des documents supplémentaires conformément à l'article **Pièces justificatives requises**. L'Assureur informe alors l'Assuré par écrit des motifs de la suspicion et lui accorde un délai de sept (7) jours calendaires pour transmettre les pièces justificatives demandées.

Pendant ce délai, et pour une durée maximale de sept (7) jours ouvrés, l'Assureur peut suspendre :

- l'instruction des demandes de prestations concernées,
- l'usage du tiers payant et des prises en charge directes sauf lorsque le tiers payant est rendu obligatoire par la réglementation (notamment dans le cadre du 100 % Santé).

Cette suspension n'empêche pas l'Assureur de procéder à toute vérification utile, quel que soit la demande de remboursement.

À l'expiration du délai de sept (7) jours :

- si la suspicion est levée, l'instruction reprend et les prestations sont réglées conformément au contrat ;

- si la fraude est établie, la prise en charge est refusée, la déchéance est appliquée et l'Assuré doit restituer les sommes indûment perçues ainsi que l'indemnité prévue au présent article ;
- si les justificatifs nécessaires ne sont pas transmis, la demande peut être refusée conformément aux dispositions relatives aux pièces justificatives. L'absence de justificatifs ne constitue pas, à elle seule, une preuve de fraude.

La décision motivée et les voies de recours sont communiquées à l'Assuré, qui peut contester la décision selon la procédure de réclamation décrite à l'article **Traitement des réclamations**.

3.7. Traitement des réclamations

Pour toute réclamation relative au Contrat (remboursements, cotisations, sinistres, ou tout autre sujet), l'Assureur peut directement être contacté depuis son espace Alan, par email : reclamations@alan.eu ou par courrier : Alan, Service Réclamations, 117 Quai de Valmy 75010 Paris. L'Assureur accuse réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et la traite dans un délai maximum de deux (2) mois calendaires à compter de son envoi. Si la réclamation nécessite plus de temps, le réclamant est informé de la date prévisionnelle de réponse. Sans réponse satisfaisante dans les deux (2) mois, la Médiation de l'Assurance — TSA 50110 — 75441 Paris Cedex 09, **ou par voie électronique**, peut être saisie gratuitement (sans préjudice de tout recours judiciaire). Le dossier doit inclure les dates des événements, les décisions contestées, le contrat et une copie des échanges avec Alan. Le médiateur rend son avis dans un délai de 90 jours à compter de la réception du dossier complet. Il ne s'impose pas aux parties qui conservent le droit de saisir le Tribunal compétent.

3.8. Mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption, ainsi qu'au respect des mesures de gel des avoirs et sanctions économiques et financières. Le Souscripteur s'engage à remettre à l'Assureur les éléments d'identification et de connaissance client demandés, à ce que les sommes qui sont versées au titre du Contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et à ne pas participer au financement du terrorisme. En cas de non-respect de ces obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalise une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée. L'Assureur peut refuser de procéder à l'opération demandée, voire mettre fin au Contrat, si les éléments d'identification ou informations ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

L'Assureur ne paiera pas d'indemnité ni ne fournira de garanties si cela l'expose à des sanctions internationales (Nations Unies, Union européenne, Royaume-Uni ou États-Unis d'Amérique).

3.9. Données personnelles

Finalités des traitements

Les finalités pour lesquelles l'Assureur traite les données personnelles sont détaillées dans la [Politique de confidentialité](#). Toute question ou réclamation concernant la protection des données personnelles échangées dans le cadre du Contrat peut être adressée par le Souscripteur, l'Assuré ou le Bénéficiaire, au Délégué à la Protection des Données de l'Assureur à : privacy@alan.com ou en consultant notre [Politique de confidentialité](#). En aucun cas l'Assureur ne vend les données collectées, ou n'utilise les données de santé pour appliquer des tarifs différenciés.

Responsabilité des traitements

Dans le cadre de la souscription et de la gestion du Contrat, l'Assureur collecte et traite certaines données personnelles d'Assurés et de Bénéficiaires, ainsi que des personnels du Souscripteur impliqués dans l'administration du Contrat, sous sa propre responsabilité. On parle de "responsable de traitement". L'Assureur peut également traiter des données personnelles pour le compte du Souscripteur, dans le cadre de certains services fournis sur la plateforme de l'Assureur. L'Assureur est alors le "sous-traitant" du Souscripteur. Ces traitements de données personnelles se font sous la responsabilité du Souscripteur qui agit alors comme responsable de traitement, tel que détaillé dans l'accord de traitement de données personnelles en Annexe des Conditions Générales.

Échanges avec l'Assurance Maladie Obligatoire

Lorsque les bénéficiaires des soins sont enregistrés auprès de leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, les informations relatives à leurs remboursements peuvent être transmises automatiquement à l'Assureur par voie informatisée. Ces échanges évitent à l'Assuré et aux bénéficiaires concernés d'adresser à l'Assureur les décomptes de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. En revanche, ils doivent transmettre les factures acquittées ou tout autre justificatif nécessaire au traitement de leur demande de remboursement, lorsque ces documents sont requis. L'Assuré et les bénéficiaires peuvent s'opposer à ces échanges informatisés en adressant leur refus à l'Assureur par lettre simple. L'Assureur en informe alors la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dans un délai d'un mois à compter de la réception du refus. En cas d'opposition, l'Assuré et les bénéficiaires concernés doivent transmettre à l'Assureur les décomptes de remboursement établis par leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire afin de permettre le traitement de leurs demandes de remboursement.



Alan, votre partenaire santé

Alan Insurance, société anonyme au capital de 203 431 579 € entièrement libéré (908 311 103 RCS Paris) régie par le code des assurances. Siège social : 117 Quai de Valmy - 75010 Paris.

Alan Insurance délègue la distribution et la gestion du Contrat, ainsi que la fourniture de services de santé à Alan Services, société anonyme (908 361 314 RCS Paris) et en tant qu'intermédiaire d'assurance (n° ORIAS 220 049 25), Siège social : 117 Quai de Valmy - 75010 Paris.

Entités soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest. CS 92459. 75 436 Paris cedex 09.

