

# DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

## GARANTIE SOUTIEN FINANCIER

### LEXIQUE

#### AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE ALD-30

Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite(nt) un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des trente (30) Affections de Longue Durée (ALD-30) établie par décret et définie par le Code de la sécurité sociale. L’Affection de Longue Durée ALD-30 doit être constatée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de la Caisse d’Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

#### POLYPATHOLOGIE ALD-32

Le terme « polypathologies » est employé en cas d’atteinte par plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d’une durée prévisible supérieure à six (6) mois. L’état de polypathologies ALD-32 doit être constaté par le médecin traitant et reconnu par le médecin conseil de la Caisse d’Assurance Malade au cours de la période de garantie.

#### DECES ACCIDENTEL

Est considéré comme un décès accidentel toute atteinte corporelle entraînant la mort - à l’exclusion d’une maladie - et résultant d’un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s’il n’est pas extérieur, qui est involontaire. Ce sont notamment les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d’animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

**Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie, le suicide, la tentative de suicide, les traitements à but esthétiques et leurs conséquences.**

La preuve de la relation de cause à effet entre l’accident entraînant le décès et le risque assuré incombe aux ayants droit du membre participant.

#### DELAI D’ATTENTE

Période de trois (3) mois, décomptée à partir de la date de réalisation de l’un des risques susvisés, pendant laquelle la garantie ne s’applique pas. Le délai d’attente court à compter de la prise d’effet de l’adhésion inscrite sur le certificat d’adhésion.

#### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Il s’agit du présent document qui définit la garantie et ses modalités d’entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour la/les demandes(s) d’exonération de cotisations sur une période de douze (12) mois.

#### MALADIE

Toute altération de la santé entraînant une modification de l’état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n’ayant pas pour origine un accident, ni le fait volontaire du membre participant ou d’un tiers.

#### MEMBRE PARTICIPANT

Il s’agit de la personne physique, ayant adhéré à la présente garantie soutien financier et qui bénéficie concomitamment d’un contrat de complémentaire santé en cours de validité et assuré par la Mutuelle.

#### MUTUELLE

Il s’agit de MILTIS, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

#### RISQUE

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant.

## TRANSPORT EN COMMUN

Moyen de transport public commercial terrestre (**excepté le taxi**), maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

## DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie soutien financier est confiée à ASRAMA GESTION, dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, ci-après dénommé le Gestionnaire.

## ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

### Conditions d'adhésion

Le membre participant pour être assurable au titre de la présente garantie, doit résider en France métropolitaine ou dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.

### Formalité d'adhésion

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion.

### Prise d'effet de la garantie - Délai d'attente

**La garantie est subordonnée à l'existence d'un contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle en cours de validité au jour de la survenance du risque.** Elle est acquise au membre participant après réception du règlement de la cotisation.

La garantie prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ASRAMA GESTION du présent Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la Mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1ère cotisation.

**Le droit à la prestation est acquis (3) mois après la prise d'effet de la garantie.**

### Objet, montant et limite de la garantie

En cas de survenance d'affections de longues durées (ALD-30) ou polyopathologies (ALD-32) ou du décès accidentel touchant le membre participant, la garantie soutien financier offre :

- En cas de décès accidentel du membre participant :
- La prise en charge de douze (12) mois de cotisations des ayants droit du membre participant, affiliés sur le même contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle. La prise en charge débute à compter de la date de décès du membre participant.

Le montant de la prise en charge s'effectue sur la base de la cotisation annuelle toutes charges comprises (TTC) fixée au dernier avis d'échéance émis, **dans la limite de mille cinq cents euros (1 500,00 €).**

- En cas d'ALD-30 ou ALD-32 touchant le membre participant :
- La prise en charge de douze (12) mois de cotisations du membre participant et de ses ayants droit affiliés sur le même contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle. La prise en charge débute à compter de la date de déclaration en ALD du membre participant. Le montant de la prise en charge s'effectue sur la base de la cotisation annuelle toutes charges comprises (TTC) fixée au dernier avis d'échéance émis, **dans la limite de mille cinq cents euros (1 500,00 €).**

**L'état pathologique (ALD 30 ou ALD-32) ouvrant droit à garantie doit toujours être constaté pendant la période de validité de la garantie.**

### Durée de l'adhésion

**La durée de la garantie est liée à la période de validité du contrat de complémentaire santé assuré par MILTIS. Elle cesse et est automatiquement résiliée à la même date et dans les mêmes conditions dès lors que le contrat de complémentaire santé est résilié. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.**

### Changement de la situation du membre participant

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans sa situation :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

### Droit de renonciation

Le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de trente (30) jours.

### Informations spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

### Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

### Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec avis de réception.

#### Modèle de lettre de renonciation

**Destinataire :** ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

**Objet :** Renonciation à l'adhésion de la garantie soutien financier

Madame, Monsieur,  
Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du membre participant] demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA]. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.  
A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].  
Signature

## GARANTIE

### Les accidents garantis

La garantie du présent contrat couvre toutes les conséquences de tous les accidents survenus dans le cadre de la vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités au paragraphe « Risques exclus » des présentes dispositions particulières.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

- Les accidents de transport en commun : ce sont les accidents corporels dont peut être victime le membre participant, en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.

- Les accidents de la circulation : ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime le membre participant, en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.

- Les accidents de trajet professionnel : sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile du membre participant, à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

- Les accidents de sports : ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par le membre participant, de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

### Etendue territoriale de la garantie

Les règles de la territorialité de la garantie sont identiques à celles inscrites au sein du contrat de complémentaire santé du membre participant, en cours de validité et assuré par MILTIS.

## CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

**Pour la mise en œuvre de la garantie, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :**

- **L'accident à l'origine du décès du membre participant ou sa déclaration en ALD-30 ou ALD-32 doit survenir pendant la période garantie.**
- **Le décès du membre participant doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'accident garanti.**

## SINISTRES

### Déclaration du sinistre

Le membre participant ou ses ayants droit affiliés le cas échéant ou toute personne ayant un intérêt à agir doivent effectuer une déclaration dans les plus brefs délais auprès du Gestionnaire.

Toutes les pièces sous-mentionnées doivent être transmises au Gestionnaire, à l'adresse postale suivante : Service indemnisation - ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

**Les demandes de prise en charge doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.**

**En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la mutuelle et prouvé, celle-ci a la possibilité de refuser la prise en charge.**

## Pièces justificatives

### En cas de sinistre lié à une ALD-30 ou ALD-32, le membre participant doit fournir :

- Le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Une copie du protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie indiquant les dates de début de la maladie et de reconnaissance par le corps médical en Affections de Longue Durée (ALD-30) ou en polyopathologies (ALD-32) ;
- Une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie mentionnant la prise en charge à 100% pour Affections Longues Durées ou polyopathologies.

### En cas de sinistre lié au décès accidentel du membre participant, ses ayants droit ou toute personne ayant un intérêt à agir, doivent fournir :

- Le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Un extrait d'acte de décès du membre participant ;
- Les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (procès-verbal de gendarmerie, certificat médical, etc.)
- Tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties.
- La Mutuelle ou son Gestionnaire se réserve la possibilité de réclamer au bénéficiaire toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier, dans un délai n'excédant pas 10 jours à compter de la déclaration du sinistre.

### Pour l'ensemble des cas de survenance du risque, toute demande d'indemnisation devra être accompagnée :

Du dernier justificatif de cotisation annuelle (avis d'échéance validé par la Mutuelle ou son Gestionnaire et émis avant la date du sinistre) ;

A compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives demandées et dès acceptation de la prise en charge de la cotisation du contrat de complémentaire santé, la prestation sera réalisée dans les meilleurs délais. ASRAMA GESTION en informera le membre participant ou ses ayants droit affiliés le cas échéant. Il sera indiqué les dates de prise en charge des cotisations du contrat de complémentaire santé.

## CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La Mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge. Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.



## EXCLUSIONS

Aucune garantie ne pourra être délivrée au membre participant :

- En cas de suspension ou de résiliation du contrat de complémentaire santé assuré par la Mutuelle,
- En cas de non régularisation des cotisations émises au titre du présent contrat,
- En cas de non-classification en affections de longue durée (ALD-30) ou polyopathologies (ALD-32) par la caisse d'assurance maladie.
- En cas de décès, autre qu'accidentel, tel que défini dans les présentes dispositions particulières.
- De plus, ne sont pas garanties les conséquences des accidents ayant entraîné le décès du membre participant ;
- Survenus en dehors de la période de validité de la garantie ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par le membre participant ;
- Causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;
- Consécutif à la conduite par le membre participant d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la législation en vigueur ;
- Occasionnés par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
- Consécutifs à une guerre étrangère, guerre civile, à des émeutes ou des mouvements populaires, à une rixe (sauf s'il est prouvé que le membre participant agissait dans le cadre de la légitime défense), à une grève ou lock-out ;
- Occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique, les effets directs ou indirects des risques atomiques ;

## CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse dans les cas suivants :

- Dès lors que le membre participant ne remplit plus les conditions pour être garanti;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation;
- En cas de décès du membre participant;
- En cas de résiliation, par le membre participant, à l'échéance annuelle au 31 décembre, avec un préavis de 2 mois (soit avant le 1er novembre) :
  - 1 - Soit par lettre ou tout autre support durable,
  - 2 - Soit par déclaration faite à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX,
  - 3 - Soit par acte extrajudiciaire,
  - 4 - Soit, lorsque Miltis propose la conclusion de contrat par un mode de communication,
  - 5 - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ;
- En cas de non-paiement des cotisations. Cf. § « Défaut de paiement des cotisations ».

## COTISATIONS

### Païement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel (sauf en cas de paiement par chèque, qui ne peut être mensuel).

### Variation des cotisations relative à l'évolution de la garantie

Les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat. De même, les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment, comme la garantie, en cas de modification de la législation fiscale ou sociale.

### Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle ou son gestionnaire adressera au membre participant, par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### Protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, la mutuelle, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou [contact-cnil@asrama.fr](mailto:contact-cnil@asrama.fr). En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

### Examens des réclamations - Médiation

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à : [reclamation@asrama.fr](mailto:reclamation@asrama.fr), en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé au Service Client de ASRAMA GESTION - 243, Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de membre participant.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai

maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : [www.mediateur-conso.cmap.fr](http://www.mediateur-conso.cmap.fr),
- soit par courrier électronique à : [consommation@cmap.fr](mailto:consommation@cmap.fr)
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP - Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois (3) mois. Cet avis ne lie pas les parties, qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

### Loi et langue applicable

Pour le présent contrat, les relations précontractuelles et contractuelles entre le membre participant et la mutuelle sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties (le membre participant et la mutuelle) utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

**ASRAMA GESTION** • Gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Email : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € • RCS Lyon 842 565 111

N° ORIAS : 18 006 620 [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

**MILTIS** • Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas • 69003 LYON • [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)