



ATOUT FRANCE

L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT TOURISTIQUE

ACTE D'ENGAGEMENT MARCHE DE SERVICES : POLICES D'ASSURANCE SOUSCRIPTION DES CONTRATS D'ASSURANCE FRAIS DE SOINS - PREVOYANCE

LOT 3 : PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EXPATRIES

PASSE	En application des articles 25 – 67 à 68 du Décret n°2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.
REPRESENTANT DU POUVOIR ADJUDICATEUR	Monsieur le Directeur Général
ORGANISME CHARGE DE REGLEMENT	La Direction Financière

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

ARTICLE 1 - CONTRACTANT

Je (Nous) soussigné(s),

.....

Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

- ◆ après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières et des documents qui y sont mentionnés,
- ◆ après avoir produit les documents, certificats, attestations, déclarations exigés au règlement de la consultation.

Nous engageons, sans réserve, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les missions objet du présent marché, dans les conditions ci-après définies. L'offre ainsi présentée ne nous lie que si son acceptation nous est notifiée entre la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation et la date d'effet du contrat soit le 1^{er} janvier 2019.

Nous, co-traitants soussignés,

1 : Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

% du taux de couverture

2 : Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

% du taux de couverture

3 : Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

% du taux de couverture

4 : Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

% du taux de couverture

5 : Représentant la société

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

% du taux de couverture

- ◆ après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières et des documents qui y sont mentionnés,
- ◆ après avoir produit les documents, certificats, attestations, déclarations exigés au règlement de la consultation.

Nous engageons, sans réserve, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les missions objet du présent marché, dans les conditions ci-après définies. L'offre ainsi présentée ne nous lie que si son acceptation nous est notifiée entre la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation et la date d'effet du contrat soit le 1^{er} janvier 2019.

**L'entreprise.....
est le mandataire, l'apporteur du groupement conjoint d'assureurs.**

ARTICLE 3 - DESIGNATION DE L'INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE

Je (Nous) soussigné(s),

.....

Représentant la société.....

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

Ai (avons) confié la gestion de ce contrat à notre intermédiaire
d'assurance :

M. Représentant la société.....

Immatriculée au R.C.S. (R.M.) sous le numéro

Code APE

ARTICLE 4 - DUREE DU MARCHE

Le marché est conclu pour une durée de 5 ans avec possibilité de résiliation
chaque année à l'échéance principale.

Le marché se terminera le 31 décembre 2023.

En cas de résiliation par l'une des parties, quelle qu'en soit la cause, un
préavis de 2 mois devra être respecté.

ARTICLE 5 - PRIX

Le prix du marché est soumis à variation, dans les conditions prévues au
CCAP, dont le candidat a pris connaissance.

ARTICLE 6 - ENGAGEMENT DU PLACEMENT DE LA TOTALITE DU RISQUE

Le candidat certifie avoir placé aux conditions ci-après l'intégralité du
risque à assurer (100% de l'assurance ou de la co-assurance) dès le
moment où il remet son offre.

Il engage sa responsabilité ou celle de son Cabinet ou de la Compagnie qu'il
représente sur cet engagement.

☐ **SOLUTION DE BASE**

☐ **VARIANTE N°**

Merci de bien vouloir cocher la case correspondante et de présenter un acte d'engagement par solution proposée

OFFRE FAITE EN EUROS

1. Solution de base : Frais de soins

Préciser pour chaque formule :

- Taux de prime,
- Merci de compléter l'annexe projection : les formules sont déjà enregistrées, vous n'avez qu'à mentionner le taux (ligne en rouge).

Il est demandé au candidat de préciser le pourcentage de ses frais de chargement applicables pour chaque contrat et tarification : %

Seul le taux est contractuel. Toutefois, le candidat peut choisir d'exprimer sa proposition en € et non en % du PMSS.

A des fins de comparaison entre les candidats, la prime mensuelle sera calculée sur la base du PMSS 2018 : 3 311 €.

Pays	Régime de base	Assistance
Espagne		
Grande Bretagne		
Italie		
Danemark		
Emirats Arabes Unis		
Corée		
Belgique		
Suisse		

2. Solution de base : Prévoyance

Préciser :

- Taux de prime,
- Merci de compléter l'annexe projection : les formules sont déjà enregistrées, vous n'avez qu'à mentionner le taux.

TAUX TRANCHE A	TAUX TRANCHE B	TAUX TRANCHE C

En cas de différence entre l'application du taux sur l'assiette et la projection de la prime indiquée par le candidat, il sera fait application du taux sur l'assiette en priorité.

RESERVES OU AMENAGEMENTS LIBRES DU CANDIDAT

◆ Les réserves éventuelles doivent faire l'objet ci-dessous d'une énumération précise et exhaustive.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Les dérogations ci-avant sont intégrées dans le montant de prime exprimé dans l'acte d'engagement.

ARTICLE 8 - PRECISIONS SUR LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT

A compléter par le candidat

ENGAGEMENT DE MAINTIEN DE TARIF		L'assureur s'engage à maintenir le taux net pendant 2 ans, hors augmentation légale et réglementaire	☐ OUI	☐ NON
ENGAGEMENT DE GESTION	INFORMATIQUE	L'assureur possède-t-il un logiciel spécifique pour la gestion des sinistres ?	☐ OUI	☐ NON
		Un compte personnalisé est-il ouvert pour l'employeur ?	☐ OUI	☐ NON
		Un compte personnalisé est-il ouvert par assuré ?	☐ OUI	☐ NON
PRESTATIONS ANNEXES	GESTION	Un interlocuteur unique, chargé de clientèle, sera-t-il mis à la disposition de l'assuré ?	☐ OUI	☐ NON
		Quel service gère le paiement des prestations :		
		○ En interne	☐ OUI	☐ NON
		○ Un autre réseau	☐ OUI	☐ NON
		○ une plateforme téléphonique de gestion	☐ OUI	☐ NON
		Assistance téléphonique : Préciser		
		○ le numéro d'appel		
		○ les horaires d'ouverture, y compris pendant la période estivale		
		Etes-vous en lien Noémie avec la sécurité sociale ?	☐ OUI	☐ NON
		Accompagnement des salariés dans la lecture des devis	A PRECISER :	
ADAPTATION PERMANENTE DES REGIMES		Accompagnement en matière d'évolution des régimes afin d'assurer un niveau de garantie optimisé	☐ OUI	☐ NON
		Veille juridique permanente	☐ OUI	☐ NON
		Projections tarifaires en fonction de la	☐ OUI	☐ NON

sinistralité, état du marché, mesures gouvernementales, etc....

Suggestion de prévention ☐ OUI ☐ NON

Communication d'un bilan global de gestion pour vérifier la réalisation des objectifs ☐ OUI ☐ NON

Réunions régulières ☐ OUI ☐ NON
Périodicité proposée : ...
Prévoir au minimum une fois par an

COMMUNICATION ET RESPONSABLE

Communication annuelle par l'assureur du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties en pourcentage des cotisations et primes émises ☐ OUI ☐ NON

ÉTATS STATISTIQUES

Détail des statistiques fournies par le candidat Documentation à joindre à l'offre.

Modalités de production des états statistiques ☐ Annuelle
☐ Semestrielle
☐ Sur demande
☐ Autre

Rapport complet des résultats techniques ☐ OUI ☐ NON

Dossier statistiques pour une analyse précise de la consommation médicale par postes sensibles ☐ OUI ☐ NON

Modèle joint ☐ OUI ☐ NON

ARTICLE 9 - PAIEMENT

L'assuré se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit :

- du compte ouvert au nom de :
- sous le numéro :
- code banque :
- code guichet :
- banque :
- ou Trésor Public :

Le mode de règlement est le virement.

J'affirme ou Nous affirmons, sous peine de résiliation de plein droit du marché à mes ou nos torts exclusifs, aux torts exclusifs de la ou les sociétés pour laquelle j'interviens ou nous intervenons, que ladite Société ne tombe pas sous le coup de l'interdiction découlant des articles 45 et 48 de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015.

Fait en un seul original.

A _____ , le

Mention manuscrite "Lu et Approuvé"

Cachet et Signature

PARTIE RESERVEE AU POUVOIR ADJUDICATEUR

La présente offre est acceptée dans les termes suivants :

(Le pouvoir adjudicateur complétera les tableaux ci-dessous en reprenant ses choix de garanties et de tarifications)

1. Solution de base : Frais de soins

Pays	Régime de base	Assistance
Espagne		
Grande Bretagne		
Italie		
Danemark		
Emirats Arabes Unis		
Corée		
Belgique		
Suisse		

2. Solution de base : Prévoyance

TAUX TRANCHE A	TAUX TRANCHE B	TAUX TRANCHE C

Ma signature fait du présent acte d'engagement la pièce principale du marché.

A, le