



ATOUT FRANCE

L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT TOURISTIQUE

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

LOT 1 : FRAIS DE SOINS

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

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 €.

1. Tarification 1

a. Ensemble du personnel

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Famille		

b. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Famille		

2. Tarification 2

a. Ensemble du personnel (ayants droit à titre obligatoire)

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

b. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

3. Tarification 3

a. Ensemble du personnel (ayants droit à titre facultatif)

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

b. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

4. Informations complémentaires

Dans l'hypothèse dans laquelle ATOUT FRANCE décide de rejoindre la CCN des Organismes de Tourisme à caractère non lucratif (IDCC : 1909 N° de brochure : 3175), il est demandé au candidat de répondre à la question suivante :

La CCN mentionne dans son article 4 accord du 15 septembre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé obligatoire pour tous les salariés que :

4.2. Les garanties sont complétées, au profit des salariés, par des prestations à degré élevé de solidarité et financées tel que prévu à l'article 8.2. Ces prestations sont précisées en annexe et seront notamment et prioritairement affectées à une participation aux départs en vacances des enfants de salariés en situation de handicap reconnu ou de maladie grave.

Le candidat précisera ci-dessous les prestations qu'il propose à ce titre :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 a handwriting practice worksheet. It consists of multiple rows of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no margins or additional markings.

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		
		Avez-vous des centres médicaux	☐ OUI	☐ NON
		○ Avec opticiens	☐ OUI	☐ NON
		○ Avec dentistes	☐ OUI	☐ NON
		○ Autres	A préciser	
		Avez-vous des bureaux d'accueil du public	☐ OUI	☐ NON
		○ Nombre	Documentation à joindre à l'offre.	
		○ Adresses	Documentation à joindre à l'offre.	
		○ Horaires d'ouverture, y compris pendant la période estivale	Documentation à joindre à l'offre.	

Etes-vous en lien Noémie avec la sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Accompagnement des salariés dans la lecture des devis A PRECISER :

TIERS PAYANT L'assureur peut-il procéder au paiement direct des frais médicaux ? ☐ OUI ☐ NON

Délai de paiement jours

L'assureur fournit-il à l'assuré un justificatif des frais médicaux remboursés ? ☐ OUI ☐ NON

L'assuré doit-il fournir une demande de prise en charge hospitalisation ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, est-ce automatique ? ☐ OUI ☐ NON

Le tiers payant fonctionne-t-il pour les visites externes ? ☐ OUI ☐ NON

L'assureur accepte-t-il le tiers payant sur les centres mutualistes ? ☐ OUI ☐ NON

Le candidat devra apporter des précisions sur le tiers payant :

- ☐ Médical
- ☐ Radiologie
- ☐ Opticiens
- ☐ Dentaires
- ☐ Kinés
- ☐ Autres

Documentation à joindre à l'offre.

Ces informations porteront plus précisément sur son implantation à Paris et en Ile de France Documentation à joindre à l'offre.

ASSISTANCE Il est demandé au candidat d'apporter toutes les informations possibles sur les prestations d'assistance mises en place pour les assurés au delà de la partie assurance des frais médicaux Documentation à joindre à l'offre.

**SECURISATION
JURIDIQUE, SOCIALE ET
FISCALE**

Accompagnement complet	☐ OUI	☐ NON
Descriptif de l'accompagnement proposé : Notamment information et consultation CE	...	
Élaboration de modèles (accords collectifs)	☐ OUI	☐ NON
Conseil dans la rédaction des documents juridiques	☐ OUI	☐ NON
Si oui : quel est son étendue ?	Documentation à joindre à l'offre.	
Lors de la mise en place du régime, le candidat devra faire une permanence une fois par mois pendant 3 mois pour répondre aux interrogations des salariés	☐ OUI	☐ NON
L'assureur fournit-il les notices d'information ?	☐ OUI	☐ NON

**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 sinistralité, état du marché, mesures gouvernementales, etc....	☐ OUI	☐ NON
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
--	------------------------------	------------------------------

☐ NON

Documentation à joindre à l'offre.

☐ Annuelle
☐ Semestrielle
☐ Sur demande
☐ Autre

☐ NON☐ NON☐ NON

A SPECIFIER

« Il est rappelé que les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération peuvent demander à conserver le bénéfice des garanties. »
L'adhésion des salariés est maintenue, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail **indemnisé ou pas**. Parallèlement le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Merci de préciser vos modalités de fonctionnement sur ce point

ASSURANCES DES RETRAITES

A SPECIFIER

**Merci de préciser vos
modalités de fonctionnement
sur ce point**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 complètera les tableaux ci-dessous en reprenant ses choix de garanties et de tarifications)

1. Tarification 1

a. Ensemble du personnel

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Famille		

b. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Famille		

2. Tarification 2

a. Ensemble du personnel (ayants droit à titre obligatoire)

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

b. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

3. Tarification 3

c. Ensemble du personnel (ayants droit à titre facultatif)

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

d. Contrat collectif à adhésion facultative loi Evin

Garanties	Solution de base Taux Régime de base obligatoire	Solution de base Taux Régime complémentaire facultatif
Isolé		
Famille		

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

A, le