



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 2 : PREVOYANCE

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 2018.

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.

ARTICLE 7 - OFFRE

☐ **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 :

- 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.

REPRISE DU PASSE CONNU: revalorisation des prestations en cours

DETAIL PAR ARRET	MONTANT PAR PERSONNE
Numéro 1	
Numéro 2	
Numéro 3	
Numéro 4	
Numéro 5	
Numéro 6	

RESERVES OU AMENAGEMENTS LIBRES DU CANDIDAT

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

[illegible]

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 ET	OUTIL INFORMATIQUE	L'assureur possède-t-il un logiciel spécifique pour la gestion des sinistres ?	☐ OUI	☐ NON
PRESTATIONS ANNEXES	GESTION DU CONTRAT	Si oui, ce logiciel peut-il être mis à la disposition de l'assuré pour consultation des éléments le concernant ?	☐ OUI	☐ NON
		Si oui, ce logiciel peut-il permettre la saisie des déclarations directement par l'assuré ?	☐ OUI	☐ NON
		Un interlocuteur unique sera t-il mis à la disposition de chaque entité ?	☐ OUI	☐ NON
		Les déclarations de sinistre sous forme dématérialisées sont-elles acceptées ?	☐ OUI	☐ NON
	GARANTIES	Quel est l'indice de revalorisation des prestations		
		Garanties des anciens collaborateurs en application article 4 loi n°89-1009 du 31/12/1989	☐ OUI	☐ NON
		Dans l'affirmative, confirmation que les résultats de ces contrats sont indépendant de la consolidation des résultats financiers globaux	☐ OUI	☐ NON

	Maintien de la revalorisation des prestations après résiliation du contrat	☐ OUI	☐ NON
	Maintien des requalifications d'arrêts ou de modification de la catégorie d'invalidité après résiliation du contrat	☐ OUI	☐ NON
CONTROLES MEDICAUX	L'assureur procède-t-il, à la demande de l'assuré, à des contrôles médicaux (contre visite, expertise médicale) par un médecin agréé, pour les risques assurés ?	☐ OUI	☐ NON
	Ce service est-il offert gratuitement ?	☐ OUI	☐ NON
	Existe-t-il une limitation éventuelle en nombre ou en euros ?	☐ OUI	☐ NON
	Si oui Nombre de contrôles alloués à chaque entité par an	 contrôles par an	
	Budget annuel alloué à chaque entité par an	 euros par an	
	Ces contrôles médicaux font-ils l'objet d'une procédure spécifique ?	☐ OUI	☐ NON
		Si oui, veuillez nous transmettre un exemplaire de cette procédure	
AUTRES PRESTATIONS	L'assureur ou son gestionnaire peut-il exercer les recours pour le compte de chaque entité ?		
	- Pour les sommes assurées et non assurées ?	☐ OUI	☐ NON
	- Pour les sinistres et risques non assurés ?	☐ OUI	☐ NON

L'assureur ou son gestionnaire mettent-ils à la disposition de chaque entité des prestations de nature à aider ses services dans la maîtrise de son absentéisme ?

☐ OUI

☐ NON

- Pour la réintégration professionnelle ?

☐ OUI

☐ NON

- Pour le maintien de l'emploi ?

☐ OUI

☐ NON

- Au titre de l'hygiène et la sécurité ?

☐ OUI

☐ NON

*- Pour du soutien psychologique ?
Analyse statistiques et
pré diagnostic*

☐ OUI

☐ NON

Si oui, transmettre un
exemple

Assistance juridique et technique ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, transmettre un
exemple

*Si oui, délai de transmission
des réponses*

.... jour(s)

Assistance logistique ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, transmettre un
exemple

Organisation de formation ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, transmettre un
exemple

*Dans la mesure où ces services
rejoignent l'intérêt de l'assureur
de maîtriser son risque financier,
font-ils tous partie intégrante du
service de base de ce dernier ?*

☐ OUI

☐ NON

*Si NON, lesquels n'en font pas
partie ?*

**SECURISATION
JURIDIQUE, SOCIALE ET
FISCALE**

- Accompagnement complet* ☐ OUI ☐ NON
- Descriptif de l'accompagnement proposé : ...*
- Notamment information et consultation CE* ☐ OUI ☐ NON
- Élaboration de modèles (accords collectifs)* ☐ OUI ☐ NON
- Conseil dans la rédaction des documents juridiques* ☐ OUI ☐ NON
- Si oui : quel est son étendue ?*

**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 : ...*

**COMMUNICATION ET
RESPONSABLE**

*Communication annuelle par
l'assureur du montant et de la
composition des frais de gestion
et provisions affectés aux
garanties en pourcentage des
cotisations et primes émises*

☐ OUI

☐ NON

*Présentation des résultats au
Comité d'Entreprise ou au service
RH avant la fin juin de chaque
année*

☐ OUI

☐ NON

ÉTATS STATISTIQUES

*Détail des statistiques fournies par
le candidat*

*Modalités de production
des états statistiques*

☐ Annuelle

☐ Semestrielle

☐ Sur demande

☐ Autre

**AUTRES SERVICES D'ASSISTANCE
A SPECIFIER**

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)

TAUX TRANCHE A	TAUX TRANCHE B	TAUX TRANCHE C

REPRISE DU PASSE CONNU: revalorisation des prestations en cours

DETAIL PAR ARRET	MONTANT PAR PERSONNE
Numéro 1	
Numéro 2	
Numéro 3	
Numéro 4	
Numéro 5	
Numéro 6	

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

A, le