



LAMPAUL-GUIMILIAU

VILLE DE LAMPAUL-GUIMILIAU

29400

MARCHE de PRESTATIONS de SERVICES d'ASSURANCES

4 ans
du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020
résiliable annuellement au terme de la durée
de l'engagement ferme

LOT 5

RISQUES STATUTAIRES

ACTE D'ENGAGEMENT **(A.E.)**

ACTE D'ENGAGEMENT

Je soussigné (nom et prénom) :

Représentant en tant que (fonction) :

ou

Agissant comme (agent général – courtier) :

De (nom organisme assurance) :

Au capital de :

Adresse du siège social :

Numéro d'identification SIRET :

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Techniques Particulières et du Règlement de la consultation :

1) *M'engage, aux conditions du présent acte, comportant 8 pages, et des documents annexés :*

- *Cahier des clauses techniques particulières dûment complété,*
- *Lettre de réserves jointe selon dispositions du Règlement de consultation et du C.C.T.P. (comportant pages numérotées de à)*

Et aux conditions financières qui suivent, à établir un contrat d'assurance aux conditions de primes précisées ci-dessous.

2) *Demande que la collectivité règle les sommes dues au titre du marché ainsi conclu par virement au crédit du compte ouvert ou nom de :*

- sous le numéro :

- banque :

Fait en un seul original,

A , le

APPEL A CONCURRENCE 2016 ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES

Nom du candidat	
Nom Organisme d'assurance	

1 - PERSONNEL CNRACL

1.1 OFFRE DE BASE :

TAUX TTC sur masse salariale soumise à cotisations
pour des **GARANTIES IDENTIQUES A CELLES EN COURS** (cf tableau page suivante)
C'est sur cette offre que le classement des offres sera établi.

--

1.2 OFFRES DETAILLEES et Autres formules de garanties :

TAUX TTC sur masse salariale soumise à cotisations (cf tableau page suivante)
Ces offres détaillées font partie intégrante de l'offre de base et la collectivité pourra composer avec elles la formule de garantie qui lui convient.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">1 – DECES</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">1.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">3 – MATERNITE</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">3.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">5 – MALADIE ORDINAIRE</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">5.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5.1</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5.2</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	1 – DECES		1.0		3 – MATERNITE		3.0		5 – MALADIE ORDINAIRE		5.0		5.1		5.2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">2 – FRAIS MEDICAUX</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">2.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">4 – AT/MP – IJ Seulement</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">4.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4.1</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4.2</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">6 – LM / LD</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">6.0</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">6.1</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	2 – FRAIS MEDICAUX		2.0		4 – AT/MP – IJ Seulement		4.0		4.1		4.2		6 – LM / LD		6.0		6.1	
1 – DECES																																			
1.0																																			
3 – MATERNITE																																			
3.0																																			
5 – MALADIE ORDINAIRE																																			
5.0																																			
5.1																																			
5.2																																			
2 – FRAIS MEDICAUX																																			
2.0																																			
4 – AT/MP – IJ Seulement																																			
4.0																																			
4.1																																			
4.2																																			
6 – LM / LD																																			
6.0																																			
6.1																																			

2 – PERSONNEL IRCANTEC

2.1. OFFRE DE BASE :

TAUX TTC sur masse salariale hors charges pour **garanties ci-dessous**

GARANTIE	Franchise	TAUX
Incapacité / invalidité / Maternité	30 jours	

3 – ENGAGEMENT DANS LE TEMPS

3.1. Le candidat s'interdit de résilier et s'engage d'une manière ferme et irrévocable à maintenir sans modification (hors jeu de l'indexation) les garanties, franchises et conditions tarifaires, pendant toute la durée du marché.

CACHET ET SIGNATURE

APPEL A CONCURRENCE 2016 ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES

1 - PERSONNEL CNRACL

1-1 OFFRE DE BASE : GARANTIES EN COURS

Tous risques avec franchise de 30 jours par arrêt en maladie ordinaire et LM/LD
Charges sociales garanties à concurrence de 46 %
base actuelle cotisations et garanties : TIB, NBI, SFT, Indemnités & Accessoires

1-2 OFFRES DETAILLEES et Autres formules de garanties :

1.0	Décès sans franchise	
2.0	Frais médicaux AT/MP sans franchise	
3.0	Maternité sans franchise	
4.0	4 Accidents du travail et maladies professionnelles (IJ Seulement)	Sans franchise
4.1		Avec franchise de 30 jours par arrêt
4.2		Avec franchise de 30 jours par arrêt Suppression franchise pour arrêts > 60 jours continus
5.0	5 Maladie Ordinaire	Sans franchise
5.1		Avec franchise de 30 jours par arrêt
5.2		Avec franchise de 30 jours par arrêt Suppression franchise pour arrêts > 60 jours continus
6.0	6 Longue maladie/ Longue durée	Sans franchise
6.1		Avec franchise de 180 jours par arrêt

2 - PERSONNEL IRCANTEC : GARANTIES EN COURS

Tous risques sauf décès avec franchise de 30 jours par arrêt en maladie ordinaire et grave
maladie
Charges sociales garanties à concurrence de 33%

CACHET ET SIGNATURE

LETTRE d'ENGAGEMENT « SERVICES »
à fournir par les **intermédiaires** sur papier à en-tête.

Je, soussigné (-e), M (-elle, -me, -r), représentant en tant que (fonction) le cabinet X (raison sociale), agissant comme (agent général, courtier) auprès de la compagnie d'assurances X, m'engage à fournir, dans le cas où mon offre serait retenue, les services suivants :

- 1. les services qui m'incombent et qui sont établis tant par les règles déontologiques de ma profession que par la jurisprudence,*
- 2. un accusé de réception écrit de chaque déclaration de sinistre, comportant un numéro interne d'enregistrement,*
- 3. une réponse écrite dans un délai de 15 jours maximum à toute demande,*
- 4. la fourniture, 1 fois par an, de statistiques détaillées sur le(s) contrat(s) dont le placement et la gestion m'auraient été confiés, cet état comprenant notamment les éléments suivants :*
 - ◇ date du sinistre,*
 - ◇ cause,*
 - ◇ date d'enregistrement,*
 - ◇ situation du dossier,*
 - ◇ montant réglé,*
 - ◇ montant évalué,*
 - ◇ franchise appliquée (ou applicable).*
- 5. un commentaire sur l'évolution de ces statistiques et des conseils sur les mesures de prévention protection qui pourraient être prises pour en améliorer l'évolution,*
- 6. un état budgétaire annuel faisant ressortir, pour le(s) contrat(s) géré(s) :*
 - ◇ le montant TTC des primes payées (révision éventuelle comprise),*
 - ◇ le montant HT des primes,*
 - ◇ le montant des frais de gestion « compagnie »,*
 - ◇ le montant des commissions perçues,*
 - ◇ le montant des primes « utiles »,*
 - ◇ le rapport sinistres payés/primes TTC et /primes « utiles »,*
 - ◇ le rapport sinistres payés et évalués/primes TTC et /primes « utiles ».*

Fait à _____ , le _____

Cachet et signature :

LETTRE d'ENGAGEMENT « SERVICES »

à fournir par les **organismes d'assurance** sur papier à en-tête.

Je, soussigné (-e), M (-elle, -me, -r), représentant en tant que (fonction) la (société, mutuelle) d'assurances X, m'engage à fournir, dans le cas où mon offre serait retenue, les services suivants :

1. les services incombant normalement aux intermédiaires d'assurances et qui sont établis tant par les règles déontologiques de cette profession que par la jurisprudence,
2. un accusé de réception écrit de chaque déclaration de sinistre, comportant un numéro interne d'enregistrement,
3. une réponse écrite dans un délai de 15 jours maximum à toute demande,
4. la fourniture, 1 fois par an, de statistiques détaillées sur le(s) contrat(s) dont le placement et la gestion m'auraient été confiés, cet état comprenant notamment les éléments suivants :
 - ◇ date du sinistre,
 - ◇ cause,
 - ◇ date d'enregistrement,
 - ◇ situation du dossier,
 - ◇ montant réglé,
 - ◇ montant évalué,
 - ◇ franchise appliquée (ou applicable).
5. un commentaire sur l'évolution de ces statistiques et des conseils sur les mesures de prévention protection qui pourraient être prises pour en améliorer l'évolution,
6. un état budgétaire annuel faisant ressortir, pour le(s) contrat(s) géré(s) :
 - ◇ le montant TTC des primes payées (révision éventuelle comprise),
 - ◇ le montant HT des primes,
 - ◇ le montant des frais de gestion « compagnie »,
 - ◇ le montant des primes « utiles »,
 - ◇ le rapport sinistres payés/primes TTC et/ primes « utiles »,
 - ◇ le rapport sinistres payés et évalués/primes TTC et/ primes « utiles ».

Fait à _____, le _____

Cachet et signature :

MANDAT de l'ORGANISME ASSUREUR à l'intermédiaire d'assurances (Agent ou Courtier)

Ce document doit impérativement être un original pour être valable

Je soussigné (nom et prénom) :

Représentant en tant que (fonction) :

ORGANISME ASSUREUR CANDIDAT :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

certifie avoir reçu l'intégralité du dossier de consultation, et donne mandat à :

(nom, prénom) :

représentant en tant que (fonction) :

INTERMEDIAIRE d'ASSURANCES (Agent – Courtier)

.....
.....
.....
.....
.....

d'émettre pour le compte de l'organisme assureur l'acte d'engagement et les réserves au Cahier des Clauses Techniques Particulières, et de signer l'ensemble des documents de la consultation.

Fait à, le

Pour l'organisme assureur, candidat
(Cachet, Nom et fonction du signataire)

Pour l'intermédiaire d'assurances
(Cachet, Nom et fonction du signataire)

Ajouter mention manuscrite : « bon pour mandat »

ACCEPTATION DE L'OFFRE

Est acceptée la présente offre pour valoir marché avec engagement ferme de l'organisme assureur de ne pas résilier ni modifier les conditions de garanties, franchises et tarifs pendant (cocher la case) :

4 ans

Le marché se trouve ainsi conclu à la date figurant ci-dessous, pour les taux suivants :

1 CNRACL

1.1. Garanties et taux	
Type et N° des Garanties retenues	Taux TTC

1.2. Base cotisations et Indemnisations				
Ligne comptable		OUI	NON	Montant BP en cours
64111	Rémunération principale			
64112	Nouvelle Bonification Indiciaire			
	Supplément familial			
	Indemnité de résidence			
64118	Autres indemnités			
Charges sociales				

2 IRCANTEC

2.1. Garanties et taux	
Franchise choisie en maladie Ordinaire	Taux TTC

2.2. Base cotisations et Indemnisations				
Ligne comptable		OUI	NON	Montant BP en cours
64131	Rémunération principale			
64138	Autres indemnités			
Charges sociales				

A _____, le