

**INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE EPINIERE (ICM)**

**47, boulevard de l’Hôpital**

**75013 PARIS**

1. **MARCHE PUBLIC DE SERVICES D’ASSURANCES**
2. **LOT 1 RESPONSABILITE CIVILE GENERALE ET PROFESSIONNELLE**

**ACTE D’ENGAGEMENT**

# IDENTIFICATION DE L’ACHETEUR

**INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE EPINIERE**

CHU PITIE-SALPETRIERE

47, boulevard de l’Hôpital

75013 PARIS

# CARACTERISTIQUES DU MARCHE

OBJET DU MARCHE

|  |  |
| --- | --- |
| **N° LOT** | **INTITULE DU LOT** |
| **1** | **Responsabilité Civile Générale et Professionnelle** |
| **2** | **Dommages aux Biens et risques divers** |

PROCEDURE DE PASSATION DU MARCHE

|  |
| --- |
| Appel d’offres avec négociation et audition (éventuelle) des candidats. |

DUREE DU MARCHE

|  |
| --- |
| Le marché est conclu pour une durée de 4 ans, du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2023 inclus moyennant, en cas de résiliation, le respect d’un préavis de quatre mois pour l’assureur et deux mois pour l’assuré à compter de la date d’échéance.  |

VARIANTES

* *Variantes « facultatives » (= solutions alternatives à l'initiative de l’acheteur avec exigences minimales)*

**Les variantes facultatives sont autorisées, elles pourront porter sur les montants de garanties et les niveaux de franchise. La proposition de variante est facultative.**

**Dans le cas où le candidat proposerait une variante, celui-ci devra répondre obligatoirement à l’offre de base au risque de voir son offre rejetée.**

**Les variantes seront analysées selon les mêmes critères appliqués à l’offre de base définis au règlement de consultation.**

* *Variantes « obligatoires » (= Prestations supplémentaires éventuelles à l'initiative de l'acheteur)*

**NEANT**

# PERSONNES RESPONSABLES DANS LE CADRE DE L’EXECUTION DU MARCHE

Ordonnateur :

**Le Directeur de l’Administration de l’ICM**

### **Article 1er - Contractant**

EN CAS DE GROUPEMENT, LES PARTIES DEVRONT ETRE CLAIREMENT IDENTIFIEES

**CONTRACTANT 1**

NOM – PRENOM ………………………………………………………………….…………….

MAIL – TELEPHONE :……………………………………………………………….…………..

POSTE OCCUPE : …..……………………………………………………..…………….………..

NOM DE LA SOCIETE : …………………………………………………………………………..

FORME JURIDIQUE : ……………………………………………………….…….………..……..

ADRESSE DU SIEGE DE LA SOCIETE : .………………………………………………………..

N°SIRET : ……………………………………………………………………………………………

CODE APE : …………………………………………………………………………………………

NOM DU CHARGE DE CLIENTELE REPONDANT

A LA CONSULTATION : ..…………………………………………………………………..….….

MAIL – TELEPHONE : ……………………………………………………………………….……

ADRESSE POSTALE POUR TOUTE COMMUNICATION : ………………………………..…..

**CONTRACTANT 2 (en cas de groupement)**

NOM – PRENOM ………………………………………………………………….…………….

MAIL – TELEPHONE :……………………………………………………………….…………..

POSTE OCCUPE : …..……………………………………………………..…………….………..

NOM DE LA SOCIETE : …………………………………………………………………………..

FORME JURIDIQUE : ……………………………………………………….…….………..……..

ADRESSE DU SIEGE DE LA SOCIETE : .………………………………………………………..

N°SIRET : ……………………………………………………………………………………………

CODE APE : …………………………………………………………………………………………

NOM DU CHARGE DE CLIENTELE REPONDANT

A LA CONSULTATION : ..…………………………………………………………………..….….

MAIL – TELEPHONE : ……………………………………………………………………….……

ADRESSE POSTALE POUR TOUTE COMMUNICATION : ………………………………..…..

**CONTRACTANT 3 (en cas de groupement et co-assurance)**

NOM – PRENOM ………………………………………………………………….…………….

MAIL – TELEPHONE :……………………………………………………………….…………..

POSTE OCCUPE : …..……………………………………………………..…………….………..

NOM DE LA SOCIETE : …………………………………………………………………………..

FORME JURIDIQUE : ……………………………………………………….…….………..……..

ADRESSE DU SIEGE DE LA SOCIETE : .………………………………………………………..

N°SIRET : ……………………………………………………………………………………………

CODE APE : …………………………………………………………………………………………

NOM DU CHARGE DE CLIENTELE REPONDANT

A LA CONSULTATION : ..…………………………………………………………………..….….

MAIL – TELEPHONE : ……………………………………………………………………….……

ADRESSE POSTALE POUR TOUTE COMMUNICATION : ………………………………..…..

**CONTRACTANT 4 (en cas de groupement et co-assurance)**

NOM – PRENOM ………………………………………………………………….…………….

MAIL – TELEPHONE :……………………………………………………………….…………..

POSTE OCCUPE : …..……………………………………………………..…………….………..

NOM DE LA SOCIETE : …………………………………………………………………………..

FORME JURIDIQUE : ……………………………………………………….…….………..……..

ADRESSE DU SIEGE DE LA SOCIETE : .………………………………………………………..

N°SIRET : ……………………………………………………………………………………………

CODE APE : …………………………………………………………………………………………

NOM DU CHARGE DE CLIENTELE REPONDANT

A LA CONSULTATION : ..…………………………………………………………………..….….

MAIL – TELEPHONE : ……………………………………………………………………….……

ADRESSE POSTALE POUR TOUTE COMMUNICATION : ………………………………..…..

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DES ASSUREURS**  | **CAPACITE D’APERITION**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL**  | 100 %  |

**Le mandataire non solidaire du groupement conjoint, dûment habilité, est la société :**

…………………………………………………………………………………………………..

**Article 2 – Engagement du candidat**

1. **Le candidat certifie** avoir pris connaissance des pièces du marché, dont notamment le Cahier des clauses techniques particulières :
* **RESPONSABILITE CIVILE GENERALE ET PROFESSIONNELLE**
1. **Et s’engage** :

□ Sans réserve, conformément aux documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations définies au présent marché.

□ Avec réserves faites aux documents visés ci-dessus, indiquées au point V « Réserves » du présent Acte d’Engagement, à exécuter les prestations définies au présent marché.

L'offre ainsi présentée ne me (nous) lie que si son acceptation m'est (nous est) notifiée dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation.

# TARIFICATION

**Masse salariale au 31/12/2018 : 11 393 019 €**

**OFFRE DE BASE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TAUX HT** | **TAUX TTC** | **PRIME HT** | **PRIME TTC** |
| **Responsabilité civile générale (toutes activités confondues + formation + communication y compris Garanties de recherches biomédicales et fondamentales en tant que simple utilisateur)** |  |  |  |  |
| **Garantie Risques cyber – Données de santé** |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**Les prix du présent marché sont réputés établis sur la base des conditions économiques du mois précédent la remise des offres. Ce mois est appelé "mois zéro".**

V. RESERVES

Si le candidat s’est engagé à exécuter les prestations avec réserves :

**Nombre de réserves**

 Les réserves doivent être numérotées et détaillées en annexe.

# PAIEMENT

#

a) paiement de l’opérateur économique cocontractant :

L’acheteur se libérera des sommes dues, au titre du présent marché, en faisant porter le montant au crédit du compte ci-après :

|  |  |
| --- | --- |
| - du compte ouvert au nom de : |  |
| - à (établissement de crédit, agence ou centre, adresse): |  |
| - code banque | - code guichet | - n° de compte | - clé RIB |
|  |  |  |  |

Ce cadre doit obligatoirement être complété. De plus, et dans tous les cas un RIB ou un RIPdoit être joint.

b) paiement des membres du groupement cocontractant :

L’acheteur se libérera des sommes dues, au titre du présent marché, en faisant porter le montant au crédit du compte ci-après selon les répartitions jointes à l'annexe 1.

|  |  |
| --- | --- |
| - du compte ouvert au nom de : |  |
| - à (établissement de crédit, agence ou centre, adresse): |  |
| - code banque | - code guichet | - n° de compte | - clé RIB |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| - du compte ouvert au nom de : |  |
| - à (établissement de crédit, agence ou centre, adresse): |  |
| - code banque | - code guichet | - n° de compte | - clé RIB |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| - du compte ouvert au nom de : |  |
| - à (établissement de crédit, agence ou centre, adresse): |  |
| - code banque | - code guichet | - n° de compte | - clé RIB |
|  |  |  |  |

Ces cadres doivent obligatoirement être complétés. De plus, et dans tous les cas un RIB ou un RIPpour chaque co-traitant doit être joint.

Dans tous les cas, si une modification de domiciliation bancaire devait intervenir, le titulaire en informe l’acheteur par courrier recommandé avec accusé de réception, un RIB ou RIP sera joint.

c) délais de paiement :

Le mode de règlement des appels de prime choisi est le virement par mandat administratif. Il interviendra dans les **30 jours** suivant la réception de la facture par l’Acheteur, conformément aux règles de la comptabilité publique.

Le taux des intérêts moratoires sera celui du taux d’intérêt de la principale facilité de refinancement appliquée par la Banque centrale européenne à son opération de refinancement principal la plus récente effectuée avant le premier jour de calendrier du semestre de l’année civile au cours duquel les intérêts moratoires ont commencé à courir, majoré de huit points.

Le dépassement du délai de règlement ouvre de plein droit, et sans autre formalité, pour le titulaire du marché, le bénéfice d'intérêts moratoires à compter du jour suivant l'expiration du délai ainsi qu’à une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement d’un montant de 40 €.

**Fait en un seul original**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A |  |  Le |  |

Mention(s) manuscrite(s) "Lu et approuvé"

Signature(s) et cachet(s) de (des) entreprise(s)

|  |
| --- |
|  |

Signature et cachet du mandataire :

|  |
| --- |
|  |

**Acceptation de l'offre**

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement. (Réservé à l’acheteur)

L'offre acceptée correspond : [ ]  à l'offre de base

Le représentant de l’Acheteur :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A |  |  Le |  |

**NOTIFICATION DU MARCHE AU TITULAIRE (Date d’effet du marché)**

|  |
| --- |
| *En cas de remise contre récépissé :**Le titulaire signera la formule ci-dessous :**«  Reçu à titre de notification une copie du présent marché »* |
| A ……………………………………… le ………………………………[[1]](#footnote-1) |
| Signature |
|  |
|  |
| *En cas d’envoi en LR/AR (Lettre recommandé avec accusé de réception):* *Coller dans ce cadre l’avis de réception postal, daté et signé par le titulaire (valant date de notification du marché)* |

Elle est complétée par les annexes suivantes[[2]](#footnote-2)  :

**1) Annexes comprenant les pièces remises par le titulaire à l’appui de son offre :**

[ ]  Annexe n°1 relative aux réserves faites au cahier des clauses techniques particulières ;

[ ]  Annexe n°2 relative à la désignation et répartition des cotraitants en cas de groupement ;

**2) Annexes comprenant les pièces remises par le titulaire après le dépôt de son offre, sur demande de l’Etablissement**

[ ]  Annexe n°… relative aux demandes de précisions sur la teneur des offres ;

[ ]  Annexe n°… relative à la mise au point du marché (ou OUV11) ;

[ ]  Annexe n°… relative à la demande dans le cadre de l’offre anormalement basse ;

[ ]  Autres annexes (A préciser).

1. Date et signature originales [↑](#footnote-ref-1)
2. Cocher la case correspondante [↑](#footnote-ref-2)