

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**MARCHÉ PUBLIC DE TRAVAUX**

|  |
| --- |
| **ASSURANCES ET SES GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR LA CONSTRUCTION D’UN BATIMENT DE PSYCHIATRIE** |

Cadre réservé à l'acheteur

**Contrat N°**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**CHU de BESANCON**

**Etablissement support du GHT-CFC**

DPIMS -TRAVAUX - Bât Blanc +2

3 Boulevard Alexandre Fleming

25030 Besançon Cedex

Table des matières

[1-](#_Toc180674349) [CONTRACTANT 3](#_Toc180674350)

2- [OBJET DU MARCHE 5](#_Toc180674352)

[3-](#_Toc180674353) [DURÉE DU MARCHÉ – DURÉE DES GARANTIES 5](#_Toc180674354)

[4-](#_Toc180674355) [DELAI DE VALIDITE DE L’OFFRE 5](#_Toc180674356)

[5-](#_Toc180674357) [COTISATIONS 5](#_Toc180674358)

[1) Assurance dommages-ouvrage 6](#_Toc180674359)

[2) Assurance Tous Risques Chantier 6](#_Toc180674360)

[3) Assurance RC Maître d’ouvrage 6](#_Toc180674361)

[4) Contrat Collectif de Responsabilité Décennale (CCRD) 7](#_Toc180674362)

[6-](#_Toc180674363) [REGLEMENTS 7](#_Toc180674364)

[6.1 Délais de paiement 7](#_Toc180674365)

[7-](#_Toc180674366) [LISTE DES RESERVES EVENTUELLES AU CAHIER DES CHARGES 7](#_Toc180674367)

[8- MODALITES DE GESTION DU CONTRAT D’ASSURANCE ET DES SINISTRES 8](#_Toc180674368)

[9- ACCEPTATION DE L’OFFRE (à compléter par le pouvoir adjudicateur ) 10](#_Toc180674369)

[1) Assurance dommages-ouvrage 10](#_Toc180674370)

[2) Assurance Tous Risques Chantier 10](#_Toc180674371)

[3) Assurance RC Maître d’ouvrage 10](#_Toc180674372)

[4) Contrat Collectif de Responsabilité Décennale (CCRD) 10](#_Toc180674373)

[ANNEXE 1-](#_Toc180674374) [FICHE DE CORRESPONDANCE 11](#_Toc180674375)

# **1-** **CONTRACTANT**

Je, soussigné :

* **CIV :**
* **NOM :**
* **PRENOM :**
* **FONCTION :**
* **TELEPHONE :**
* **COURRIEL :**

Nom de la Société que je représente :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**
* **TVA COMMUNAUTAIRE N°**

Agissant pour **mon propre compte :**

**Agissant (en cas de co-assurance) en qualité de compagnie apéritrice** pour mon compte ainsi que pour les compagnies d’assurances suivantes :

Compagnie 1 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

**PART (exprimée en pourcentage) dans la co-assurances :**

Compagnie 2 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

**PART (exprimée en pourcentage) dans la co-assurances :**

Compagnie 3 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

**PART (exprimée en pourcentage) dans la co-assurances :**

agissant **(en qualité d’intermédiaire d’assurances)** pour le compte de(des) société(s) ou mutuelle(s) d’assurances suivantes :

Compagnie 1 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

(en cas de co-assurance préciser la part exprimée en pourcentage de cette compagnie dans la coassurance ) :

Compagnie 2 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

(en cas de co-assurance préciser la part exprimée en pourcentage de cette compagnie dans la coassurance ) :

Compagnie 3 :

* **DENOMINATION SOCIALE :**
* **ADRESSE 1 :**
* **ADRESSE 2 :**
* **CODE POSTAL :**
* **VILLE :**
* **FORME DE LA SOCIETE : CAPITAL :**
* **RCS :**

(en cas de co-assurance préciser la part exprimée en pourcentage de cette compagnie dans la coassurance ) :

**Les Coordonnées nécessaires aux envois des demandes de compléments ou de documents lors de la passation ou de l’exécution du marché doivent être renseignées dans la fiche annexée au présent marché.**

**Engagement du candidat :**

Après avoir pris connaissance des documents constitutifs du cahier des clauses administratives particulières et des documents qui y sont mentionnés (notamment du CCTP).

* Je m'engage, conformément aux dits documents, à exécuter les prestations demandées aux prix indiqués ci-dessous,
* J’engage la société ou mutuelle, sur la base de mon offre,
* **Si je suis un intermédiaire d’assurances (agent général, courtier)**, j’atteste que je suis dûment habilité (dans le cadre d’un mandat qui m’a été conféré) à présenter une offre d’une compagnie d’assurances

# **2-** **OBJET DU MARCHE**

Le marché porte sur la souscription des polices d’assurances dommages-ouvrage, tous risques chantier et RC Maître d’ouvrage en vue de garantir les travaux de Construction d’un bâtiment de psychiatrie au 3 Boulevard Alexandre Fleming, 25030 Besançon Cedex

# **3-** **DURÉE DU MARCHÉ – DURÉE DES GARANTIES**

Le présent marché d’assurances est conclu pour la durée du chantier de construction (jusqu’à sa réception) en ce qui concerne la garantie Tous Risques Chantier et pour une durée ferme de dix années à compter de la réception du chantier pour ce qui est des garanties de dommages-ouvrage .

Concernant la garantie RC Maître d’Ouvrage : celle-ci sera opérante pour toutes réclamations présentées en tenant compte des délais de prescription légaux.

# **4-** **DELAI DE VALIDITE DE L’OFFRE**

Le délai de validité des offres est fixé à cent vingt (180) jours à compter de la date limite de réception des offres.

# **5-** **COTISATIONS**

A compléter par le candidat . Mentionner impérativement les taux HT et TTC

## Assurance dommages-ouvrage

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT (\*)** | **TAUX TTC (\*)** | **MONTANT PRIME HT** | **MONTANT PRIME TTC** |
| Dommages-ouvrage obligatoire |  |  |  |  |
| Bon fonctionnement des éléments d’équipement |  |  |  |  |
| Dommages immatériels consécutifs |  |  |  |  |
| Dommages aux existants |  |  |  |  |
| Dommages aux éléments d’équipements inertes |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

## Assurance Tous Risques Chantier

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT (\*)** | **TAUX TTC (\*)** | **Montant de la prime HT** | **Montant de la prime TTC** |
| Tous risques chantier |  |  |  |  |
| Dommages aux existants |  |  |  |  |

Prorogation des garanties :

|  |  |
| --- | --- |
| Délai maximum de prorogation automatique sans surprime | **3 mois** |
| Modalités financières liées à la prorogation au-delà du délai de prorogation automatique |  |

## Assurance RC Maître d’ouvrage

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT (\*)** | **TAUX TTC (\*)** | **Montant de la prime HT** | **Montant de la prime TTC** |
| RC Maître d’ouvrage |  |  |  |  |

## Contrat Collectif de Responsabilité Décennale (CCRD)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT (\*)** | **TAUX TTC (\*)** | **Montant de la prime HT** | **Montant de la prime TTC** |
| CCRD |  |  |  |  |

# **6-** **REGLEMENTS**

## 6.1 Délais de paiement

Le délai maximum de paiement des acomptes, des règlements partiels définitifs éventuels et du solde est de 50 jours à compter de la date d’émission de la facture.

Le maître d’ouvrage se libérera des sommes dues au titre du présent contrat en faisant porter le montant au crédit du (des) compte (s) précisé () s ci-après

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte : |  |
| Établissement : |  |
| Agence : |  |
| N° du compte : |  |
| Code Banque : |  |
| Code guichet : |  |
| Clé RIB : |  |
| BICC : |  |
| IBAN : |  |

# **7-** **LISTE DES RESERVES EVENTUELLES AU CAHIER DES CHARGES**

**(Tableau à compléter par le candidat)**

**Les exclusions significatives (autres que celles habituellement précisées dans les contrats d’assurances) devront également être mentionnées dans le présent tableau. Aucun renvoi à des conditions générales ou particulières en guise de réponse ne sera accepté.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° Réserve** | **NATURE RESERVE** | **COMMENTAIRES EVENTUELS** |
|  |  |  |

# **8- MODALITES DE GESTION DU CONTRAT D’ASSURANCE ET DES SINISTRES**

**(le tableau sous format Excel joint au présent document sera obligatoirement à compléter par le candidat**

**Nb : ce tableau comporte les onglets suivants**

* **La gestion du contrat d’assurances,**
* **La gestion des sinistres)**

Mention manuscrite "LU ET APPROUVE"

FAIT EN UN SEUL ORIGINAL

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature(s) du candidat

ou du mandataire dûment habilité

par un pouvoir

# **9- ACCEPTATION DE L’OFFRE (à compléter par le pouvoir adjudicateur )**

## Assurance dommages-ouvrage

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NATURE DES GARANTIES | TAUX HT (\*) | TAUX TTC (\*) | MONTANT PRIME HT | MONTANT PRIME TTC |
| Dommages-ouvrage obligatoire |  |  |  |  |
| Bon fonctionnement des éléments d’équipement |  |  |  |  |
| Dommages immatériels consécutifs |  |  |  |  |
| Dommages aux existants |  |  |  |  |
| Dommages aux éléments d’équipements inertes |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

## Assurance Tous Risques Chantier

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NATURE DES GARANTIES | TAUX HT (\*) | TAUX TTC (\*) |
| Tous risques chantier |  |  |

Prorogation des garanties :

|  |  |
| --- | --- |
| Délai maximum de prorogation automatique sans surprime | **3 mois** |
| Modalités financières liées à la prorogation au-delà du délai de prorogation automatique |  |

## Assurance RC Maître d’ouvrage

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT(\*)** | **TAUX TTC (\*)** | **Montant de la prime HT** | **Montant de la prime TTC** |
| RC Maître d’ouvrage |  |  |  |  |

## Contrat Collectif de Responsabilité Décennale (CCRD)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DES GARANTIES** | **TAUX HT(\*)** | **TAUX TTC(\*)** | **Montant de la prime HT** | **Montant de la prime TTC** |
| CCRD |  |  |  |  |

A………………………………………… Le…………………………….

Le Maître d’ouvrage Signature

# **ANNEXE 1-** **FICHE DE CORRESPONDANCE**

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner cette fiche afin de permettre au CHU de Besançon de diffuser les différentes informations et documents aux personnes habilitées.

|  |  |
| --- | --- |
| **Suite à l’ouverture des plis et durant l’analyse des propositions lors de la passation du marché, pour toute demande de précisions, compléments ou autre** | |
| **M/Mme :………………………………………………** | **M/Mme :………………………………………………** |
| **Fonction :…………………………………………….** | **Fonction :…………………………………………….** |
| **Téléphone…………………………………………….** | **Téléphone…………………………………………….** |
| **Télécopie……………………………………………..** | **Télécopie…………………………………………….** |
| **Courriel : ……………………………………………..** | **Courriel : ……………………………………………..** |

|  |
| --- |
| **Adresse postale, télécopie et mail pour la transmission des lettres relatives à l’issue de la consultation** |
| **M/Mme :………………………………………………** |
| **Fonction :…………………………………………….** |
| **Téléphone…………………………………………….** |
| **Télécopie……………………………………………..** |
| **Courriel : ……………………………………………..** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour les besoins durant l’exécution du marché** | |
| **D’un point de vue technique** | **D’un point de vue administratif** |
| **M/Mme :………………………………………………** | **M/Mme :………………………………………………** |
| **Fonction :…………………………………………….** | **Fonction :……………………………………………** |
| **Téléphone……………………………………………** | **Téléphone……………………………………………** |
| **Télécopie…………………………………………….** | **Télécopie…………………………………………….** |
| **Courriel : ……………………………………………..** | **Courriel : ……………………………………………..** |