|  |
| --- |
| MARCHéS PUBLICS  **ACTE D’ENGAGEMENT**  **Marché N°** **2025-0011-02-00-MPF**  LOT N°2 : Prévoyance |

# Identification de l’Acheteur

**Numih France**

**12 Rue Michel Labrousse**

**CS 93668**

**31036 TOULOUSE Cedex 1**

**N°SIRET : 183 100 213 00028**

* Nom, prénom, qualité du signataire du marché public :

**Monsieur Mostafa LASSIK, Directeur Général de Numih France**

* Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R.2191-60 du Code de la commande publique (nantissements ou cessions de créances) :

**Monsieur** **Mostafa LASSIK, Directeur Général de Numih France**

* Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

**Monsieur l’Agent Comptable de Numih France**

12 Rue Michel Labrousse

CS 93668

31036 TOULOUSE Cedex 1

Tel. : 05.67.69.71.80

# Identification du Titulaire

* 1. Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire

*(Cocher les cases correspondantes.)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAISON SOCIALE :** |  |
| **ADRESSE SIEGE SOCIAL :** |  |
| **N° SIRET :** |  |
| **ADRESSE MAIL :** |  |
| **N° DE TELEPHONE :** |  |

S’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte à exécuter les prestations demandées ;

Engage la société ……………………… sur la base de son offre à exécuter les prestations demandées ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement à exécuter les prestations demandées ;

* 1. Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations

Pour l’exécution du marché public, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(Cocher la case correspondante.)*

Conjoint OU  Solidaire

*(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si groupement, identité du mandataire du groupement : | |  | | | |
| **Intermédiaire :** | Dénomination : |  | | ORIAS : |  |
| SIRET : |  | | Adresse : |  |
| Est-il membre du groupement :  OUI /  NON | | | | |
| **Organisme porteur du risque n°1 :**  Tel que figurant sur la fiche info organisme porteur transmise au stade candidature | Dénomination : |  | | | |
| SIRET : |  | Adresse : |  | |
| Si groupement : coassurance :  OUI /  NON – si oui % du risque : | | | | Apériteur :  OUI /  NON |
| Si groupement, risque porté et rôle dans le groupement ; répartition des prestations : | | | | |
| **Organisme porteur du risque n°2 :**  Tel que figurant sur la fiche info organisme porteur transmise au stade candidature | Dénomination : |  | | | |
| SIRET : |  | Adresse : |  | |
| Si groupement : coassurance :  OUI /  NON – si oui % du risque : | | | | Apériteur :  OUI /  NON |
| Si groupement, risque porté et rôle dans le groupement répartition des prestations : | | | | |
| **Organisme porteur du risque n°3 :**  Tel que figurant sur la fiche info organisme porteur transmise au stade candidature | Dénomination : |  | | | |
| SIRET : |  | Adresse : |  | |
| Si groupement : coassurance :  OUI /  NON – si oui % du risque : | | | | Apériteur :  OUI /  NON |
| Si groupement, risque porté et rôle dans le groupement répartition des prestations : | | | | |
| **Autre :** | Dénomination : |  | Adresse : |  | |
| SIRET : |  | | Sous-traitant : | OUI /  NON – si oui voir article 2 ci-après |
| Préciser les missions de l’opérateur : |  | | | |

# Objet du contrat

* **Objet du marché public**

La présente consultation concerne la souscription de différents contrats d’assurances couverture sociale pour le compte du Numih France.

Lot 1 : Marché d’assurances complémentaire santé pour le personnel de Numih France

* **Cet acte d'engagement correspond ;**

Au lot n° 2:PREVOYANCE

A l’offre de base.

(*Variantes non autorisées)*

* **Forme du marché**

La présente consultation est passée sous la forme d’un appel d’offres ouvert en application :

• des articles L. 2124-1 et R.2124-2 1°du code de la commande publique ;

• des articles R 2161-2 à R2161-5, L 2125-1, R 2162-1 à R2162-6 et R 2162- 13 à R2162 -14 du code de la commande publique

Le marché passé sous forme d’accord-cadre sera exécuté par l’émission de bons de commande en application des articles L.2125-1-1°, R.2162-1 à 6 et R.2162-13 et 14 dudit code.

# Durée d’exécution du marché public

* **Durée d’exécution**

Le marché prendra effet le **1er janvier 2026**, pour une durée initiale de 1 an (12 mois).

* **Reconductions et modalités des reconductions**

Le marché public est reconductible :  NON  OUI

Le présent marché comprend 3 reconductions tacites de 12 mois sans que sa durée totale ne puisse excéder 4 ans. Le présent marché prendra fin au **31 décembre 2029,** sauf non-reconduction dans les conditions de résiliation suivantes.

Le titulaire ne peut s'opposer à la non-reconduction du marché, ni refuser sa reconduction.

Outre les conditions prévues au Code des Assurances modifiées le cas échéant par les stipulations ci-après, le contrat est résiliable annuellement à la date anniversaire du contrat moyennant un préavis de 6 mois pour le Titulaire et de 6 mois pour l’Acheteur par courrier recommandé avec accusé de réception.

L’assureur renonce à la faculté de résiliation du contrat pour sinistre prévue par le Code des assurances, en dehors de la résiliation annuelle à l’échéance et sous réserve du respect du préavis de 6 mois.

* **Prestations similaires**

Conformément aux dispositions de l’article R.2122-7 du Code de la commande publique, des prestations similaires au présent marché public pourront être réalisées.

Le marché de prestations similaires pourra être mis en place dans les conditions fixées à l’article susmentionné.

Le montant maximum tient compte de l’estimation de ces dernières dans le cas où l’acheteur souhaiterait y recourir.

Le choix de l’acheteur de ne pas recourir aux prestations similaires n’ouvrira droit à aucune indemnisation du titulaire.

# Prix du marché public

Le marché est traité à prix unitaire.

**L’ensemble des services à exécuter au titre de cet acte d’engagement sera rémunéré selon les modalités définies au présent document éventuellement complétées par l’Annexe 1 - Fiche tarification.**

Les montants indiqués sur la fiche de tarification s’entendent tous compris : taxes, frais de gestion, commissions, droits d’adhésion… sauf indication expresse contraire du titulaire.

Les montants totaux indiqués constituent des cotisations provisionnelles calculées à partir des éléments fournis aux candidats à la date de l’engagement de la consultation. Le cas échéant, un ajustement sera appliqué à la date d’effet du marché à partir des éléments actualisés à cette date.

Seules les modalités de détermination de la cotisation sont contractualisées (taux, cotisation unitaire forfaitaire, minima annuels de cotisation…). **Elles sont fermes, et toutefois actualisées selon la variation de l’indice éventuellement retenu (voir C.C.P. et fiche de tarification).**

La révision est applicable chaque année à l’échéance annuelle selon la variation de l’indice par période de 12 mois à partir de la valeur de référence indiquée par le Titulaire. L’indice n’est applicable que sur les prix unitaires. Il ne s’applique pas sur les franchises et montants des garanties.

Sauf si elle est forfaitaire, la cotisation est recalculée chaque année sur la base des éléments techniques actualisés servant d’assiette de cotisation. Cette mise à jour s’effectue chaque année à l’initiative du titulaire du marché.

**Aucune autre cause d’évolution de la cotisation ne peut être appliquée**. Cependant, il est expressément convenu que toute évolution de la fiscalité sera applicable au contrat.

* **Montant estimatif :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | **Références des lots de la consultation** | **Montant estimatif en €HT** |
| 1 | Marché d’assurances complémentaire santé pour le personnel de Numih France | **6 000 000 € HT** |
| 2 | Marché d’assurances prévoyance pour le personnel de Numih France | **3 500 000 € HT** |

* **Montant maximum :**

Le marché est conclu sans minimum et les montants maximum suivants pour la durée totale pour chaque lot :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | **Références des lots de la consultation** | **Montant maximum en €HT** |
| 1 | Marché d’assurances complémentaire santé pour le personnel de Numih France | **7 800 000 HT** |
| 2 | Marché d’assurances prévoyance pour le personnel de Numih France | **4 500 000 HT** |

•Est entendu par montant maximum, le montant au-delà duquel le marché s’éteindra de fait.

•Est entendu par montant estimatif, le montant envisagé par l’acheteur sur la période pour la réalisation des prestations. Il ne s’agit donc pas d’un montant minimum.

**TAUX DE COTISATIONS SUR LE SALAIRE BRUT :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GARANTIES** | **TAUX DE COTISATION** |
| **SOLUTION DE BASE** | **GARANTIE DECES / PTIA (toutes causes)** | …................% |
| **GARANTIE INCAPACITE** | …................% |
| **GARANTIE INVALIDITE** | …................% |

|  |
| --- |
| **Indication du montant des frais de gestion :**  **Courtage : ….      %**  **Porteur du risque : ….      %**  **Autres : ….      % à préciser**  **Cumul : ….      %** |

# Modalités de règlement des prestations

* 1. Compte (s) à créditer

*(Joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire ou postal.)*

* Nom de l’établissement bancaire :
* Numéro de compte :
* IBAN :
* BIC :
  1. Avance

Je renonce au bénéfice de l'avance :  Non  Oui

*(Cocher la case correspondante.)*

Sous-Traitance

**Déclaration de sous-traitance :**

Recours à la sous-traitance :  **OUI** /  **NON –** si OUI joindre obligatoirement en annexe un formulaire DC4 par sous-traitant.

Dans l’affirmative, chaque DC4 annexé au présent acte d’engagement indique la nature et le montant des prestations que j’envisage (ou nous envisageons) de faire exécuter par chaque sous-traitant payé directement, le nom de chaque sous-traitant et les conditions de paiement de chaque contrat de sous-traitance.

Le montant des prestations sous-traitées indiqué dans chaque annexe constitue le montant maximal de la créance que chaque sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement ou céder.

Chaque annexe constitue une demande d’acceptation du sous-traitant concerné et d’agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance, demande qui est réputée prendre effet à la date de notification du marché. Cette notification est réputée emporter acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

Le montant total des prestations dont la sous-traitance est envisagée conformément à ces annexes est de :

Montant : € HT soit : € TTC

# Signature du Titulaire

Après avoir pris connaissance et accepté les stipulations du cahier des clauses administratives particulières et des documents qui y sont mentionnés, après avoir parfaitement rempli mes obligations de conseil, d’information et de mise en garde, après m’être parfaitement informé notamment en posant toute question utile pour établir mon offre selon les stipulations prévues au CCP et au règlement de consultation et après avoir établi les déclarations et fourni les certificats prévus au Code de la Commande Publique, après avoir fourni les pièces prévues par le règlement de la consultation.

J’atteste que les informations de(s) l’Annexe 2 - Fiche information - Organisme porteur du risque, transmise avec l’offre sont valables.

Je m’engage, par la signature de ce seul document, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies par le marché.

* Agissant en qualité d’assureur / apériteur / intermédiaire **mandaté** *(Rayer la mention inutile)*
* Accepte de garantir **Numih France** pour les risques objet du présent acte d’engagement et selon les garanties retenues par ce dernier à compter de la date de prise d’effet du présent contrat.

**En outre, je m'engage :**

* à ne pas tenir compte de la dégradation éventuelle de la sinistralité entre l’engagement de la présente consultation et la date de prise d’effet du contrat
* à délivrer dans les dix jours de l’accord qui me sera notifié un accusé réception de la notification indiquant le numéro du contrat ainsi que toutes informations pratiques pour sa mise en œuvre **(si le titulaire émet une note de couverture il est informé qu’elle ne sera pas signée par l’acheteur)** ;
* **J’atteste que** l’organisme ou le groupement qui porte et provisionne les risques dispose des agréments utiles à la couverture de l’ensemble des garanties objet du marché auquel il s’engage ;
* **Je reconnais et accepte que l’Acheteur refusera la signature de tout contrat, conditions particulières ou autres documents émis par le titulaire en plus des pièces du marché, je renonce donc à émettre ces documents**.

|  |
| --- |
| Je confirme accepter les stipulations du cahier des clauses particulières dans les conditions suivantes :  **1** / **J'accepte les termes** du cahier des clauses particulières, dont j'ai pris connaissance et qui prévaudront, sauf stipulations plus favorables à l’Acheteur, sur toutes dispositions contraires figurant dans les documents émanant du titulaire.  **ou**  **2** / **Je n’accepte que partiellement** les conditions définies par le cahier des clauses particulières et je liste les points de divergences sur une note de réserves en annexe (impérativement).  **NB : Si l’une des cases ci-dessus n’est pas cochée, le Titulaire est réputé accepter intégralement les stipulations du cahier des clauses particulières (case n°1).** |

**Important :** Il est rappelé au candidat que les réserves formulées doivent être précises et limitées. Elles devront être listées dans un document annexé à l’acte d’engagement.

* 1. Signature du marché public par le titulaire individuel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  | **A …………………………**  **Le ………………………...** |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

* 1. Signature du marché public en cas de groupement

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(article R.2142-23 du code de la commande publique)* :

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(Cocher la case correspondante.)*

Conjoint OU  Solidaire *(Cf. règlement de la consultation)*

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

*(Cocher la ou les cases correspondantes.)*

Pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

Pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

*(Cocher la case correspondante.)*

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

# Signature de l’Acheteur

Est acceptée la présente offre pour valoir Marché.

A Toulouse, le …………………

**Le Directeur Général de Numih France,**

**Mostafa LASSIK**